



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Comorbilidades en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad

Alumno: Molina López, Rosa

Tutor: Carpio Fernández, M^a Villa

Fecha: Febrero 2017

Índice	Página
Resumen y palabras clave	3
1.Introducción	5
2.Marco teórico	5
2.1 Evolución del TDAH	5
2.2 Características generales del trastorno	5
2.3 Diagnóstico clínico	6
2.4 Causas	7
2.5 Prevalencia	8
2.6 Comorbilidad	8
2.6.1. Principales trastornos comórbidos con TDAH	9
2.6.1.1. Trastornos depresivos	9
2.6.1.2. Trastornos de ansiedad	10
2.6.1.3. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	11
2.6.1.4. Trastorno específico del aprendizaje	12
2.7 Evaluación	13
3. Objetivos e hipótesis	13
4. Metodología	14
4.1 Participantes	14
4.2 Instrumentos	15
4.3 Procedimiento	17
4.4 Diseño	18
5. Resultados	18
6. Discusión y conclusiones	29
7. Referencias bibliográficas	33

Resumen

El objetivo del presente estudio es describir la sintomatología comórbida presente tanto en un niño diagnosticado de trastorno por déficit de atención/hiperactividad preferentemente inatento así como en un niño diagnosticado de trastorno por déficit de atención/hiperactividad combinado. El estudio se ha realizado con dos alumnos de 10 y 12 años pertenecientes a dos centros de Educación Primaria del municipio de Martos. Para obtener los datos se revisó la documentación existente en los centros educativos y se administraron pruebas tanto a los profesores, a los padres como a los propios niños; en concreto se administró el Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1992), Prueba de Ansiedad Relacionada con Problemas Emocionales Para Niños (Birmaher, 1997), Informe del Niño (Achenbach y Rescorla, 2001), Listado de Conducta del Niño (Achenbach y Rescorla, 2001), Informe del Profesor (Achenbach y Rescorla, 2001). Los resultados muestran, tal y como era de esperar el niño diagnosticado de trastorno por déficit de atención/hiperactividad combinado presenta mayor sintomatología comórbida que el niño diagnosticado de trastorno por déficit de atención/hiperactividad preferentemente inatento; concretamente se ha encontrado de manera significativa sintomatología ansiosa y dificultades académicas en el niño diagnosticado de trastorno por déficit de atención/hiperactividad preferentemente inatento frente a sintomatología significativa en ansiedad, problemas de conducta y dificultades académicas en el niño diagnosticado de trastorno por déficit de atención/hiperactividad combinado.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención/hiperactividad, síntomas comórbidos, ansiedad, depresión, problemas de conducta y problemas específicos del aprendizaje.

Abstract

The objective of this study is to describe the comorbid symptoms present in both a child diagnoses as attention-deficit hyperactivity disorder inattentive type as in a child diagnoses with attention-deficit hyperactivity disorder combined type. The study was carried out with two students aged 10 and 12 belonging to two primary education centers in the municipality of Martos. In order to obtain the information, the existing documentation was reviewed in the schools and test were administered to the teachers, to the parents and to the children themselves. In particular the Inventory of Children Depression (Kovacs, 1992), Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (Birmaher, 1997), Youth Self-Report (Achenbach y Rescorla, 2001), Child Behavior Checklist (Achenbach y Rescorla, 2001), Teacher Report Form (Achenbach y Rescorla, 2001) were administered. The results show

that, as it was expected that the child diagnoses as having a combined type of attention-deficit hyperactivity disorder present more comorbid symptoms than the child diagnoses with inatent type of attention-deficit hyperactivity disorder, in particular a significant anxiety symptomatology and academic difficulties have been found in the child diagnoses with inattentive attention-deficit hyperactivity disorder in the face of significant symptoms in anxiety, behavioral problems and academic difficulties in the child diagnoses to attention-deficit hyperactivity disorder combined type.

Keywords: attention-deficit hyperactivity disorder, comorbid symptoms, anxiety, depression, behavioral problems, specific learning problems.

1. INTRODUCCIÓN

Aquellos niños que presentan Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) sufren principalmente problemas en tres áreas: atención, impulsividad e hiperactividad lo que impide su adaptación normal y adecuada a los diferentes contextos a los que se exponen en su vida diaria (Presentación Herrero, Siegenthaler Hierro, Jara Jiménez y Miranda Casas, 2010). Además de los problemas y dificultades por las que tienen que atravesar e intentar superar día a día, estos niños sufren problemas y dificultades adicionales generadas como consecuencia de los trastornos que se ven asociados con mucha facilidad al TDAH (De la Peña Olvera, 2000).

Este trabajo pretende describir a partir de dos casos los trastornos asociados al TDAH ya que se considera imprescindible no solo atender al trastorno principal, sino también a los trastornos comórbidos que pueda presentar un sujeto, ya que éstos, le van a generar problemas adicionales que se van sumando a las dificultades propias que genera el TDAH.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Evolución del TDAH

Los primeros casos de niños con TDAH surgen a finales del siglo XIX aunque no es hasta 1995 cuando dicho trastorno empieza a estudiarse en profundidad, coincidiendo con el momento en el que Barckley conceptualiza al TDAH como trastorno del control ejecutivo (Barkley, 1997). Pese a que como se ha mencionado anteriormente es en 1997 cuando se habla de trastorno de control ejecutivo, Tuke en 1892 ya apuntaba al trastorno como un síntoma consecuencia de un estado impulsivo. Desde ese momento hasta nuestros días son múltiples los términos que se han acuñado para referirse a este trastorno (Orjales Villar, 2007).

2.2. Características generales del trastorno

El TDAH es un trastorno caracterizado por tres síntomas principales: inatención, hiperactividad e impulsividad (De la Peña Olvera, 2000). Los síntomas se presentan como conductas disruptivas o molestas propias de la edad y que se dan por tanto también en niños no diagnosticados de TDAH (Rubió Badía, Mena Pujol y Murillo Abril, 2006); para poder considerar las manifestaciones de estos síntomas patológicas deben darse comportamientos propios de los tres síntomas mencionados anteriormente con más frecuencia y gravedad que en niños de su misma edad y nivel de desarrollo (American Psychiatric Association, 2002) produciendo deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral (American

Psychiatric Association, 2014), siendo ésto consecuencia de sus problemas para autorregular la atención, las emociones y la conducta (Rubió Badía et al., 2006). En la Tabla 1 podemos ver las conductas que se consideran prototípicas de cada síntoma.

Tabla 1

Conductas que se consideran propias de cada síntoma del TDAH.

Inatención	Hiperactividad	Impulsividad
Comete errores en las tareas escolares.	Mueve constantemente los pies y manos.	Responde a las preguntas antes de haber terminado de expresarlas el emisor.
Presenta problemas para mantener la atención en las tareas o juegos.	Se levanta de la silla en situaciones en las cuales debería de permanecer sentado.	Presenta problemas para mantenerse a la espera del turno.
Da sensación de que el niño no atiende cuando se le habla de manera directa.	Salta y/o corre durante situaciones o momentos en los cuales es inapropiado.	Interrumpe las actividades de otros.
No cumple las órdenes y no termina sus tareas.	Presenta dificultad para mantenerse tranquilo durante la realización de actividades de ocio.	
Presenta problemas para organizarse en sus tareas.	Parece no cansarse nunca.	
No realiza o se niega a realizar tareas de atención sostenida.	Habla constantemente y en exceso.	
Pierde objetos que usa a diario.		
Presta atención a estímulos irrelevantes.		

Nota. Fuente: Adaptado de Fernández Redondo, J. J., Del Caño Sánchez, M., Palazuelo Martínez, M., y Malugán de Miguelsanz, M. (2011). TDAH. Programa de Intervención Educativa (p. 622). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 621-628.

La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) permite la diferenciación de tres subtipos dentro del TDAH, el preferentemente inatento, el preferentemente hiperactivo-impulsivo y el mixto o combinado, que depende de si el niño presenta principalmente problemas de inatención, de hiperactividad e impulsividad o de los tres síntomas (American Psychiatric Association, 2014).

2.3. Diagnóstico clínico

Según el DSM V (American Psychiatric Association, 2014) los criterios que se han de cumplir para realizar el diagnóstico de TDAH son los siguientes:

1. Presenta síntomas constantes propios de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, lo que afecta al desarrollo personal, social y académico. Los síntomas son los

siguientes:

- **Desatención:** Durante seis meses persisten seis o más de los siguientes síntomas con una intensidad desadaptativa para su nivel de desarrollo y que interfiere en las actividades sociales, académicas/laborales:

Comete errores por no estar atento a los detalles; le es difícil incluso en actividades de ocio mantener la atención; parece no estar escuchándote cuando le hablas; no sigue las normas y no acaba las tareas llegando a serle complicado organizarse; evita realizar tareas que conllevan esfuerzo mental; se distrae durante el desarrollo de sus tareas y/o pierde objetos necesarios para desempeñar sus obligaciones.

- **Hiperactividad-impulsividad:** Durante seis meses persisten seis o más de los siguientes síntomas con una intensidad desadaptativa para su nivel de desarrollo y que interfiere en las actividades sociales, académicas/laborales:

Presenta movimiento excesivo de extremidades; se levanta de su asiento cuando debería estar sentado; corre en lugares inapropiados; le es difícil jugar con calma; se mueve como si estuviera impulsado por un motor; habla excesivamente; responde a las preguntas cuando aún no se ha finalizado de formularlas; muestra dificultad para respetar su turno y /o con frecuencia interrumpe las tareas de otras personas.

2. El niño presenta la sintomatología anteriormente descrita antes de los 12 años.

3. Varios de los síntomas propios de desatención o hiperactividad-impulsividad se desarrollan en dos o más contextos.

2.4. Causas

El TDAH es una enfermedad neurobiológica (Zuluaga Valencia, 2007) de carácter crónico cuyos síntomas se empiezan a manifestar en la infancia y en la mayoría de los casos persiste incluso durante la vida adulta (De la Peña Olvera, 2000). Dicho trastorno tiene un importante componente genético, de hecho autores como Barkley (2000) o Rothenberger y Banaschewski (2004) indican que el componente genético supone el 80%, lo que indica que al menos uno de los padres de hijos diagnosticados de TDAH es muy probable que también lo padezca (Rothenberger y Banaschewski, 2004; Weiss, Hechtman y Weiss, 2000).

Así mismo datos como los arrojados por Faraone et al. (1999) indican la presencia de alteraciones en el gen D4 del receptor de dopamina, los cuales estaban presentes en niños con TDAH pero no en niños sin dicha patología (Zuluaga Valencia, 2007); en esta misma línea López-Muñoz, Álamo, Quintero-Gutiérrez y García-García (2008) encuentran en niños diagnosticados de TDAH alteraciones catecolaminérgicas y noradrenérgicas en zonas de la

corteza prefrontal. Pero no solo la expresión del TDAH depende de la genética sino que también se ve fuertemente influido por factores ambientales: factores perinatales como alcoholismo materno, madre fumadora durante el embarazo o complicaciones durante el parto (Pineda et al., 2003); factores psicosociales como el pertenecimiento a una clase socioeconómica baja, criarse en un hogar de acogida, formar parte de una familia numerosa, presencia de psicopatología en los progenitores, aunque según un estudio llevado a cabo por Biederman, et al. (2002) indicaba que para aumentar la gravedad es necesaria la presencia de múltiples factores. Por tanto pese a que el componente genético tiene una influencia muy fuerte en la aparición del TDAH, la experiencias tempranas del niño, el contexto primario de socialización del mismo y el sistema social en el cual se encuentra inserto influye en la expresión y evolución del trastorno (Faraone et al., 2005).

2.5. Prevalencia

En cuanto a la prevalencia del trastorno podemos decir que alrededor del 5% de los niños en edad escolar padecen TDAH (American Psychiatric Association, 2014; Visser y Lesesne, 2005). En Estados Unidos el 20% de los niños que son hospitalizados en unidades psiquiátricas y el 44% de los niños que reciben educación especial padecen TDAH. Además se ha observado que el trastorno afecta más a los niños que a las niñas siendo la proporción de 3-1 (De la Peña Olvera, 2000; Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artiles, 2012).

2.6. Comorbilidad

Pese a que como anteriormente se ha mencionado hay menos niñas diagnosticadas de TDAH que niños, cuando éstas lo padecen presentan más comorbilidad con trastornos internalizantes y peor adaptación psicosocial que los niños (De la Peña Olvera, 2000; Hidalgo Vicario y Sánchez Santos, 2014); aún así, alrededor de la mitad de los pacientes diagnosticados de TDAH tienen otro trastorno comórbido (Díez Suárez, Figueroa Quintana y Soutullo Esperón, 2006) lo que genera a la persona que lo padece una sintomatología y dificultades en su desenvolvimiento diario adicional (Lora Espinosa, 2006).

Así mismo se hace una diferencia en la presencia de dichos problemas dependiendo del subtipo de TDAH que presente el sujeto. Así de esta manera se ha percibido que el TDAH predominantemente inatento está más asociado a problemas académicos viéndose reflejados en problemas de aprendizaje, que a problemas de conducta; las cifras de prevalencia son 70% y 30% respectivamente. En cambio los problemas comórbidos que presentan los niños diagnosticados de TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo, se percibe que un 75%

presenta problemas de conducta y un 25% presenta problemas académicos (Hannah, 2002). Además estos niños con frecuencia presentan problemas para relacionarse con los demás, lo que genera rechazo de su grupo de iguales generando una bajada importante en su nivel de autoestima (Ekeland, Heian, Hagen, Abbott y Nordheim, 2006). En una alta proporción de los casos, los problemas para relacionarse son causados por los problemas de autocontrol que presentan. Así mismo sus problemas de impulsividad no les dejan reflexionar ni analizar detenidamente las escenas que están vivenciando en cada momento (Rubió Badía et al., 2006). En el caso de los niños diagnosticados de TDAH combinado, éstos presentan mayores niveles de sintomatología tanto internalizante como externalizante, por este motivo se considera el tipo de TDAH de mayor gravedad (De la Peña Olvera, 2000).

La comorbilidad varía dependiendo de si la población estudiada es clínica o normal, tratamiento precoz o tardío, población infantil o adolescente, estar diagnosticado de TDAH combinado u otro tipo. En este sentido se ha comprobado que la probabilidad de padecer trastornos comórbidos es mayor cuando se trata de adolescentes, que poseen bajo nivel educativo y cultural y bajo cociente intelectual, cuando el diagnóstico de TDAH es combinado, de inicio temprano pero diagnóstico tardío, y cuando hay antecedentes familiares de depresión, trastorno bipolar o TDAH (Díez Suárez et al., 2006).

De esta manera se considera que es imprescindible realizar un diagnóstico precoz de TDAH para así poder hacer frente también de manera temprana a síntomas comórbidos que pudieran desembocar en otro trastorno, impidiendo de esta forma que el trastorno principal, en este caso TDAH, se vea agravado por la presencia de otros trastornos (Levy, Hay, Bennett y McStephen, 2005; Pliszka, 2003). Así mismo la gravedad del trastorno principal se considera mayor, cuantos más trastornos comórbidos presente la persona; ya que se percibe que cada trastorno va aumentando la alteración funcional del sujeto (Kovacs y Devlin, 1998).

2.6.1. Principales trastornos comórbidos con TDAH

Los trastornos que presentan mayor comorbilidad con TDAH son (Díez Suárez et al., 2006; Macià, 2012):

Trastornos depresivos; trastornos de ansiedad; trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta) y trastorno específico del aprendizaje.

2.6.1.1. Trastornos depresivos

Uno de los trastornos señalados como frecuentemente comórbidos con el TDAH son

los trastornos depresivos (Spencer, Biederman y Wilens, 1999). Los síntomas indicativos de depresión en niños son: apatía en vez de tristeza que sería más prototípica de los adultos, aburrimiento, cansancio, desgana, deseo de estar solo y en los adolescentes es muy común la presencia de irritabilidad. Además, también sufren al igual que los adultos alteraciones en el sueño, en el apetito, tienen ideas de inutilidad, de culpa o de suicidio, lo cual se ve reflejado tanto en el rendimiento académico como en las relaciones sociales (Díez Suárez et al., 2006).

Por otro lado los adultos que se encuentran alrededor del niño diagnosticado de TDAH lo critican muy a menudo, le dicen que es muy molesto y le castigan con mucha frecuencia, mientras que las alabanzas y las muestras de cariño y de alegría son menores que en el resto de los niños en general, de manera que no es raro que un niño con TDAH indique lo molesto y torpe que es él en su día a día; de aquí se deduce y es fácilmente visible que los niños que presentan este tipo de problemas además se valoran más negativamente y son más infelices que los niños de su misma edad y etapa evolutiva. Todo lo anteriormente descrito indica que los niños diagnosticados de TDAH sufren síntomas depresivos debido a la información negativa y críticas que obtienen al realizar sus tareas; así mismo al intentar agradar a los demás para reducir las críticas que reciben, lo que consiguen en múltiples ocasiones es tener más errores lo que les hace sentirse más inseguros. Interpretan que a causa de sus problemas de atención y autocontrol, sea cual sea su conducta siempre va a ser errónea, convirtiéndose en un círculo vicioso de inseguridad y fracaso (Rubió Badía et al., 2006).

En cuanto a la prevalencia en niños diagnosticados de TDAH con trastorno de depresión mayor comórbido se sitúa entre el 6% y el 38% tanto en población infantil como adolescente (López, Serrano y Delgado, 2004). Esto nos indica que en niños diagnosticados de TDAH es cuatro veces más probable sufrir un trastorno de depresión mayor que en el resto de la población infantil y adolescente (Pliszka, 2003). En cuanto a la probabilidad de sufrir un trastorno depresivo comórbido es similar en el TDAH combinado como preferentemente inatento (Power Costigan, Eiraldi y Leff, 2004). Además hemos de señalar que aquellos adolescentes que sufren TDAH y un trastorno depresivo comórbido indican un peor pronóstico del trastorno principal, es decir del TDAH, siendo necesarias más frecuentemente hospitalizaciones y teniendo incluso mayor probabilidad de suicidio (Biederman et al., 1996).

2.6.1.2. Trastornos de ansiedad

Otro de los trastornos muy asociados al TDAH son los trastornos de ansiedad. Una alta proporción de niños diagnosticados de TDAH informa además de síntomas propios de trastornos de ansiedad como son: necesidad de apoyo externo para tranquilizarse, sufren de

más síntomas físicos que el resto de niños de su misma edad y etapa evolutiva como podrían ser más cefaleas o padecimiento de síntomas abdominales (Díaz Atienza, 2016), se preocupan en exceso por acontecimientos futuros, y muy a menudo llegan a verse reflejados en críticas por parte de profesores, amigos e incluso sus padres, así como en fracaso escolar, además todo esto hace a los niños sentirse ansiosos (Díez Suárez et al., 2006). También estos niños son más sensibles tanto en las relaciones personales como familiares. Al evaluar a niños con TDAH y niños con TDAH y comorbilidad de trastornos de ansiedad se percibe que éstos últimos perciben la presencia de mayor número de eventos vitales negativos, peor rendimiento tanto en el ámbito escolar como en el ámbito social y niveles de autoestima más bajos (Schachar, Tannock y Logan, 1993).

En cuanto a la prevalencia de trastornos de ansiedad comórbidos en niños diagnosticados de TDAH se sitúa entre el 20% y el 45% (López et al., 2004); esto nos indica que los niños con TDAH presentan una probabilidad tres veces mayor de riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad que la población infantil general (Angold, Costello y Erkanli, 1999).

Dentro de los trastornos de ansiedad los más frecuentes comórbidos con TDAH son: el trastorno de ansiedad generalizada cuya prevalencia es del 45% y el trastorno de ansiedad por separación cuya prevalencia es del 30%, siendo diferente la probabilidad de sufrirlo según el sexo, de manera que lo sufren más las niñas y que además están diagnosticadas de TDAH combinado o preferentemente inatento (Díez Suárez et al., 2006; Power et al., 2004).

2.6.1.3. Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta

En cuanto a los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, encontramos como altamente frecuentes comórbidos con el TDAH al trastorno negativista desafiante y al trastorno de conducta.

El trastorno negativista desafiante consiste en enfados explosivos, discusiones y actitud vengativa hacia las figuras de autoridad u otras personas, durante al menos seis meses, produciéndose de manera repetitiva y continua (American Psychiatric Association, 2014).

El trastorno de conducta es un trastorno de mayor gravedad que el trastorno negativista desafiante caracterizado por: agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaños y robos graves, y violaciones serias de los derechos de otros y de las normas sociales, que se produce durante los últimos doce meses (American Psychiatric Association, 2014).

En cuanto a la prevalencia del trastorno negativista desafiante comórbido al TDAH, se ha descrito como el trastorno comórbido más frecuente ya que lo padecen 40% de los casos

diagnosticados de TDAH; en cambio se considera que entre el 5% y el 10% de los niños pertenecientes a la población general lo sufren (Angold et al., 1999; Poeta y Neto, 2006).

En lo que respecta al trastorno de conducta presenta una alta comorbilidad con el TDAH ya que se estima que entre el 20% y el 50% de los niños y entre el 44% y el 50% de los adolescentes con TDAH lo presentan (Lahey, Loeber, Burke y Rathouz, 2002; Phend, 2011), en cambio la prevalencia de dicho trastorno en la población general se sitúa entre el 2% y el 10 % (American Psychiatric Association, 2014), estos datos nos indican que los niños con TDAH sufren más frecuentemente que la población general el trastorno de conducta.

2.6.1.4. Trastorno específico del aprendizaje

Los niños diagnosticados de TDAH muy frecuentemente presentan fracaso escolar y tradicionalmente ese fracaso en el ámbito académico se ha considerado consecuencia de los problemas conductuales y de atención propios de niños que padecen este trastorno. Sin embargo, en la actualidad se acepta que existe una comorbilidad alta entre TDAH y el trastorno específico del aprendizaje, percibiéndose dificultades tanto en la lectura, expresión escrita, como en las matemáticas (Díaz Atienza, 2006). Los comportamientos que son considerados síntoma de un trastorno específico del aprendizaje son: lectura en voz alta de manera lenta e imprecisa, problemas de comprensión lectora, dificultad para hacer inferencias de lo leído, añade, omite o sustituye vocales y/o consonantes, no se expresa adecuadamente de manera escrita cometiendo errores gramaticales, de puntuación y organización, no domina el sentido numérico y tiene dificultades para calcular y establecer el procedimiento matemático y no ha adquirido adecuadamente el razonamiento matemático (American Psychiatric Association, 2014). De esta manera los niños con TDAH son niños que no llegan a alcanzar el nivel de competencias académicas ni de comportamiento social esperados para su edad ya que tienen problemas de aprendizaje y un pensamiento poco reflexivo (Rubió Badía et al., 2006), a este respecto Reina Iturriaga (2001) indica que tanto los niños diagnosticados de TDAH predominantemente inatento como los diagnosticados de TDAH combinado presentan un patrón similar en el ámbito académico y sufren problemas de aprendizaje similares. Así mismo también se ha observado que los niños diagnosticados de TDAH suelen tener peor rendimiento en tareas de inteligencia como podría ser la escala de inteligencia para niños WISC-IV de Wechsler (2005) que los niños sanos (Bustillo y Servera, 2015) concretamente se ha visto que los niños diagnosticados de TDAH predominantemente inatento suelen tener bajo rendimiento en pruebas de velocidad de procesamiento (Thaler, Bello y Etcoff, 2013) mientras que los niños diagnosticados de TDAH combinado suelen tener bajo rendimiento en

Cociente Intelectual verbal, aunque no en el espacial (Reina Iturriaga, 2001).

Las cifras sobre prevalencia de dicho trastorno comórbido con respecto al TDAH se sitúa entre el 10% y el 92%. La gran variabilidad en los datos reside en los parámetros establecidos en las distintas investigaciones. En cambio la prevalencia de trastorno específico de aprendizaje en población no diagnosticada de TDAH se encuentra entre el 2% y el 5%. Esto nos indica que los niños con TDAH tienen más probabilidad de sufrir además un trastorno específico del aprendizaje de manera comórbida (Díaz Atienza, 2016).

2.7. Evaluación

En cuanto al proceso de evaluación de los niños con síntomas de TDAH es necesario tanto obtener datos por parte de los padres, del niño, así como de profesores (Green, Wong, Atkins, Taylor y Feinleib, 1999). Los padres y profesores nos pueden dar información muy precisa en lo que respecta a duración, frecuencia, intensidad y síntomas específicos que presenta el niño, tanto sobre los síntomas característicos del TDAH como de síntomas de posibles trastornos comórbidos (American Academy of Pediatrics, 2000); en cambio el propio niño es el mejor informador sobre los síntomas internalizantes que está teniendo (Daviss, 2008).

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta la información anteriormente citada, el objetivo del presente estudio es describir la sintomatología comórbida tanto en un niño diagnosticado de TDAH predominantemente inatento como en un niño diagnosticado de TDAH combinado.

Las hipótesis específicas que se desprenden de mi principal objetivo son las siguientes:

- Hipótesis de asociación predictiva:

1. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH predominantemente inatento presente sintomatología depresiva y ansiosa, verificable: administrando los cuestionarios CDI, SCARED, YSR, CBCL y TRF puntuará en sintomatología depresiva y ansiosa.

2. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH predominantemente inatento no presente sintomatología de problemas de conducta, verificable: administrando los cuestionarios YSR, CBCL y TRF no puntuará en sintomatología de problemas de conducta.

3. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH predominantemente inatento presente sintomatología de trastorno específico del aprendizaje, verificable: revisando la documentación del centro escolar se percibirá sintomatología de trastorno específico del aprendizaje.

4. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH combinado presente sintomatología depresiva y ansiosa, verificable: administrando los cuestionarios CDI, SCARED, YSR, CBCL y TRF puntuará en sintomatología depresiva y ansiosa.

5. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH combinado presente sintomatología de problemas de conducta, verificable: administrando los cuestionarios YSR, CBCL y TRF puntuará en sintomatología de problemas de conducta.

6. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH combinado presente sintomatología del trastorno específico de aprendizaje, verificable: revisando la documentación del centro escolar se percibirá sintomatología de trastorno específico del aprendizaje.

- Hipótesis de semejanza:

7. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH predominantemente inatento presente sintomatología de dicho trastorno, verificable: administrando el YSR, CBCL y TRF puntuará en sintomatología de TDAH predominantemente inatento.

8. Se espera que el niño diagnosticado de TDAH combinado presente sintomatología de dicho trastorno, verificable: administrando el YSR, CBCL y TRF puntuará en sintomatología de TDAH combinado.

4. METODOLOGÍA

4.1. Participantes

En el presente estudio participaron dos alumnos que pertenecían a la etapa educativa: Tercer ciclo de Educación Primaria; concretamente participó un alumno del colegio “Hermanos Carvajales” de Martos, de 10 años de edad, diagnosticado de TDAH predominantemente inatento, de dislexia, y clasificado como niño con Cociente Intelectual límite. El segundo de nuestros participantes era un niño de 12 años del colegio “San Amador” de Martos de 12 años de edad, diagnosticado de TDAH combinado, de trastorno del lenguaje y clasificado como niño con Cociente Intelectual bajo.

La manera de seleccionar a los participantes fue a través de un proceso de muestreo intencional. Concretamente se pretendía realizar el estudio con un niño diagnosticado de TDAH predominantemente inatento y con otro niño diagnosticado de TDAH combinado ambos de sexo masculino, pertenecientes a la etapa educativa de Educación Primaria y que fueran residentes del municipio jienense de Martos; de esta manera de entre todos los casos posibles para participar en la presente investigación se seleccionaron aquellos que cumplieran los criterios de muestreo que nosotros habíamos determinado previamente.

4.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el presente estudio, para obtener información sobre los sujetos, así como para medir las puntuaciones de los sujetos en diferentes síntomas son los siguientes:

1. Revisión de documentos: De cara a obtener la mayor información posible sobre la evolución de nuestros participantes, saber sus diagnósticos clínicos, así como las intervenciones que se están llevando a cabo con ellos, se hizo una revisión de los documentos que disponía el centro: a) informe psicopedagógico, donde se recoge la historia del alumno a lo largo de sus años escolares, y por tanto su evolución. b) informes clínicos con el objetivo de obtener el diagnóstico o diagnósticos de nuestros participantes. c) expediente escolar de los niños, para obtener información sobre las áreas académicas que les resultan de mayor dificultad, así como para ver las calificaciones obtenidas por nuestros sujetos, ya que nos irían indicando el nivel de competencia educativa alcanzada. d) informes de los profesores, sobre el nivel de trabajo de nuestros participantes, las conductas problemáticas que presentan en el aula y la actitud que presentan hacia el estudio.

2. Cuestionarios y test: con el objetivo de medir síntomas comórbidos de los cuales no teníamos información se administraron test y cuestionarios específicos.

-Para medir la existencia o no de síntomas depresivos se usó el *Inventario de Depresión Infantil* (CDI) de Kovacs (1992) en su adaptación al español de Del Barrio y Carrasco (2004), ya que nuestra población era española. Consiste en una técnica de autoinforme de 27 ítems diseñada para niños de entre 7 y 17 años, con la que se evalúa el grado de afectación de la autoestima, el grado de disforia y el nivel de depresión general, cada uno de los ítems se evalúa en una escala de 0 a 2. Respecto a las propiedades psicométricas del cuestionario, podemos decir que la subescala autoestima posee una fiabilidad test-retest es de .44 y una consistencia interna es de .66; la subescala disforia posee una fiabilidad test-retest de .35 y una consistencia interna de .75 y en la subescala depresión general posee una fiabilidad test-retest de .38 y una consistencia interna de .80 (Del Barrio y Carrasco, 2004).

-Para medir la existencia de síntomas ansiosos se usó el cuestionario *Prueba de Ansiedad Relacionada con Problemas Emocionales para Niños* (SCARED) de Birmaher et al. (1997). Por las características de la población usamos la versión adaptada al castellano de Domènech-Llaseria y Martínez (2008). Consiste en una técnica de autoinforme de 38 ítems diseñada para niños de entre 8 y 17 años, con la que se evalúa la presencia de síntomas de trastornos de ansiedad, donde cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 2, donde 0 es nunca y 2 es siempre. Los trastornos a los que hacen referencia los ítems son: trastorno de pánico,

trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad por separación y rechazo escolar. Respecto a las propiedades psicométricas del cuestionario podemos decir que posee una consistencia interna de .83 para la escala global y fiabilidad test re-test de .72, y en cuanto a las subescalas la fiabilidad va de .44 a .72 (Domènech-Llaberia y Martínez, 2008).

-Para medir la presencia de problemas internalizantes o externalizantes se utilizaron 3 cuestionarios. Un cuestionario de autoinforme YSR de Achenbach y Rescorla (2001) y dos cuestionarios heteroaplicados CBCL para padres (Achenbach y Rescorla, 2001) y TRF para profesores (Achenbach y Rescorla, 2001).

- *Informe del Niño, YSR-11/18* (Achenbach y Rescorla, 2001) es un cuestionario de autoinforme de 112 ítems con los que se evalúan la presencia de trastornos internalizantes o externalizantes diseñado para niños de entre 11 y 18 años. Consta de las siguientes subescalas: introversión-depresión ansiedad-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva. Por las características de nuestra población usamos la versión adaptada al castellano. Los ítems se puntúan en una escala cuya puntuación oscila de 0 a 2; donde 0 significa: no es cierto y 2: significa: cierto frecuentemente. Respecto a las propiedades psicométricas podemos decir que la consistencia interna de las subescalas de dicho cuestionario varían de .67 a .83 y la fiabilidad test-retest fluctúa entre los valores .68 a .86 (Achenbach y Rescorla, 2001).
- *Listado de Conductas del Niño, CBCL-6/18* (Achenbach y Rescorla, 2001), es un instrumento que se aplica a los padres con hijos de entre 6 y 18 años. Por las características de nuestra población se usó la versión adaptada al castellano. Dicho cuestionario consta de 113 ítems, que ayudan a determinar la presencia o no de sintomatología internalizante o externalizante que se divide en las siguientes subescalas: introversión-depresión ansiedad-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva, donde los ítems se puntúan en una escala cuya puntuación oscila de 0 a 2; donde 0 significa: no es cierto y 2: significa: cierto frecuentemente. Además dicho instrumento cuenta con 7 preguntas de respuesta abierta que se complementan con respuestas tipo likert para cuantificar la gravedad de las conductas que mide, donde las alternativas de respuesta son: menos que los demás, igual que los demás, más que los demás, no sé. Respecto a las propiedades psicométricas podemos decir que la consistencia interna de las subescalas de dicho cuestionario varían de .72 a .91 y la fiabilidad fluctúa entre los valores .80 a .93 (Achenbach y Rescorla, 2001).

- *Informe del Profesor, TRF 6-18* (Achenbach y Rescorla, 2001), es un instrumento que se aplica a los profesores de alumnos de entre 6 y 18 años. Por las características de nuestra población usamos la versión adaptada al castellano. Dicho cuestionario consta de 113 ítems, que ayudan a determinar la presencia o no de sintomatología internalizante o externalizante que se divide en las siguientes subescalas: introversión-depresión, ansiedad-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva, donde los ítems se puntúan en una escala cuya puntuación oscila de 0 a 2; donde 0 significa: no es cierto y 2: significa: cierto frecuentemente. Además dicho instrumento cuenta con 10 preguntas de respuesta abierta que se complementan con respuestas tipo likert para cuantificar la gravedad de las conductas que mide, donde las alternativas de respuesta son: menos que los demás, igual que los demás, más que los demás, no sé. Respecto a las propiedades psicométricas podemos decir que la consistencia interna de la escala global es de .92 y la fiabilidad test-retest es de .90 (Livia-Segovia y Ortiz-Morán, 2008).

4.3. Procedimiento

En primer lugar fue imprescindible la asistencia a una reunión con los equipos directivos de cada centro educativo, con el objetivo de saber si en el centro escolar había niños diagnosticados de TDAH y en caso de ser así saber el tipo, y en segundo lugar, pero no por ello menos importante, saber si obteníamos el permiso del centro para poder acceder al alumnado. Así mismo en dicha reunión se les explicó al equipo directivo el procedimiento que se iba a seguir durante todo el estudio así como los objetivos del mismo. Una vez obtenido el consentimiento de los centros educativos, se elaboró un consentimiento informado para los padres. Dichos consentimientos fueron entregados a los equipos directivos de los centros educativos los cuales se encargaron de dárselo a los padres personalmente.

La revisión de documentos se realizó en dos sesiones, una en cada centro de 4 horas cada sesión aproximadamente, para ello se tuvo en cuenta el horario del personal administrativo quien fue el encargado de proporcionar los documentos.

Se administraron los cuestionarios a los niños en dos sesiones de una hora, una sesión en cada centro educativo, para ello se tuvo especialmente en cuenta el horario del alumnado con el objetivo de inmiscuirnos lo menos posible en las horas de docencia. También se les hizo llegar a la familia a través de los hijos un cuestionario para que lo cumplimentaran; así mismo se les entregó a los tutores un cuestionario que nos lo devolvieron una vez

cumplimentado.

4.4. Diseño

El presente estudio es un estudio de dos casos únicos. Se trata de un estudio cualitativo en el cual lo que se pretende es describir los trastornos comórbidos que presentan dos sujetos diagnosticados de TDAH preferentemente inatento y combinado. Este tipo de diseño tiene una gran validez externa aunque baja validez interna. No busca la explicación de las variables objeto de estudio, sino describir aquellos resultados que se han encontrado.

5. RESULTADOS

Para la obtención de la información necesaria para describir a nuestros sujetos hemos utilizado tanto información procedente de los informes clínicos, de los informes psicopedagógicos, del expediente escolar y de los informes del profesorado.

Tal y como se ha mencionado anteriormente hemos trabajado durante todo el proceso de investigación con dos niños. Empezaremos describiendo al de menor edad, por seguir un orden.

Caso A:

Tiene 10 años en el momento de la evaluación, siendo su fecha de nacimiento el 18/06/2006. Fue diagnosticado a los 6 años de edad por el Grupo hospitalario Quirón de Madrid, Servicio de neurología y neurofisiología clínica.

El niño reside en el hogar familiar en el municipio jienense de Martos junto con su padre, su madre y un hermano dos años mayor que él. En la Tabla 2 se describen los antecedentes personales y familiares.

Tabla 2

Antecedentes personales y familiares del Caso A.

Antecedentes personales	Antecedentes familiares
Retraso en la adquisición del lenguaje (1ª palabra → 16 meses; 1ª frase coherente → 6 años). Dificultad para adquirir la lectura. Problemas de psicomotricidad inicial. Problemas de autonomía personal, comunicación y representación → Preescolar	Abuela y padre con dislexia. Tía materna con retraso mental y epilepsia.

Datos de escolarización previa:

Cursó la etapa de Educación Infantil en el “Colegio de Educación Infantil San Fernando” de Martos, donde se aprecian dificultades de comunicación, representación,

autonomía y lenguaje, aunque supera esta etapa educativa con normalidad. El niño empieza la etapa de Educación Primaria en el “Colegio de Educación Primaria Hermanos Carvajales” de Martos en el curso académico 2012/2013, donde desde el inicio el niño muestra dificultades en el ámbito escolar y problemas de atención. La orientadora de dicho centro evalúa al niño y junto con la familia se decide derivarlo a Salud Mental para establecer un diagnóstico.

En el momento del diagnóstico el clínico informa lo siguiente: se percibe que el niño se mueve bastante, presenta dificultad para ordenar tareas y actividades, y se percibe impulsivo en las respuestas. Tiene dificultades para realizar una correcta segmentación silábica, no usa preposiciones ni conjunciones, tiene dificultades de comprensión lectora así como en el área semántica y morfosintáctica, tiene dificultad para clasificar por categorías y su nivel de desarrollo en descripción de acciones es inferior a la media. No se aprecian dificultades de socialización aunque con frecuencia juega solo.

Por todo lo anteriormente descrito se le diagnostica los siguientes trastornos:

Dislexia.

TDAH predominantemente inatento.

Cociente Intelectual límite.

Además a la edad de los 9 años en el centro escolar aprecian un cociente intelectual por debajo de la media.

En el centro escolar la orientadora a la edad de 9 años decide realizar una evaluación de seguimiento en la que se obtienen los siguientes resultados (ver Tabla 3):

Tabla 3

Resultados obtenidos por el centro escolar para el Caso A.

Test/cuestionario/Prueba	Resultados
Test de atención d2 (Brickenkamp y Zillmer, 2001)	Baja capacidad de atención y concentración.
Batería pedagógica evalúa 2 (García-Vidal y Gonzáles-Manjón, 2003).	Lectura (exactitud y comprensión) → Media-baja. Grafía y expresión escrita → Media-baja. Matemáticas (cálculo, numeración y resolución de problemas) → Bajo.
WISC-IV (Wechsler, 2005).	Comprensión verbal, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento → Baja. Razonamiento perceptivo y CI total → Muy bajo.

Estilo de aprendizaje y motivación:

En general muestra interés por las distintas áreas curriculares; el uso de reforzadores sociales hace que aumente su interés por las tareas escolares; se frustra cuando se le dice que algo ha hecho mal; le gusta aprender cosas nuevas; hay que recordarle a veces lo que tiene

que hacer; en el trabajo se cansa a menudo y quiere cambiar de actividad; tiene dificultades para comprender las instrucciones; en la dinámica y actividades de clase se muestra participativo cuando está seguro de lo que sabe. En caso contrario se muestra inhibido.

Tratamiento:

Ha realizado reeducación auditiva que finalizó en 2014.

Ha asistido a apoyo en psicomotricidad hasta 2014.

Ha tenido apoyo logopédico hasta 2015.

Hasta el momento actual el niño se encuentra con apoyos psicopedagógicos, concretamente clases de pedagogía terapéutica en el centro escolar donde estudia con el objetivo de trabajar la atención, memoria, metacognición y estimulación cognitiva.

Le cuesta bastante las asignaturas de lengua y matemáticas y aunque ha mejorado desde que repitió el curso 2º de Educación Primaria, en la actualidad se encuentra en 4º de Educación Primaria y sigue manifestando dificultades de resolución de cálculo, así como dificultades de comprensión lectora, y expresión tanto oral como escrita. Así mismo el niño manifiesta dificultades para mantener la atención.

Caso B:

En la actualidad tiene 12 años, siendo su fecha de nacimiento el 04/04/2004. Dicho niño fue diagnosticado a los 5 años de edad por el equipo de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud.

El niño reside en el hogar familiar en el municipio jienense de Martos junto a su padre, su madre y dos hermanos, uno mayor que él, que se encuentra estudiando en un instituto del mismo municipio y una hermana menor que está estudiando en el mismo centro escolar que nuestro sujeto. En la Tabla 4 se describen los antecedentes personales y familiares.

Tabla 4

Antecedentes personales y familiares Caso B.

Antecedentes personales	Antecedentes familiares
A los 5 años → movimiento excesivo, falta de atención e impulsividad y problemas de articulación.	No hay datos de problemas relevantes en el entorno familiar.

Datos de escolarización previa:

Este niño se encuentra matriculado en el “Colegio San Amador” de Martos desde los 3 años en el curso académico 2007/2008. Desde el principio el niño muestra dificultades respecto a su grupo de iguales en cuanto a impulsividad. Por estos motivos la orientadora del centro escolar junto a la familia deciden derivarlo a Salud Mental.

En el momento del diagnóstico el niño se muestra impulsivo, hiperactivo y con problemas para mantener la atención. Así mismo se percibe que el niño tiene problemas para articular y pronunciar fonemas.

Por todo lo anteriormente descrito se le diagnostica de:

TDAH combinado.

Trastorno del lenguaje.

A esta edad el niño no presenta dificultades de aprendizaje sin embargo al entrar en Educación Primaria se empiezan a percibir hasta el punto de repetir 2º de Educación Primaria y aún así no llega a superar sus dificultades; también desde este mismo organismo se aprecia Cociente Intelectual bajo.

A la edad de 11 años el centro educativo realiza una evaluación de seguimiento al niño; en dicha evaluación el niño obtiene los siguientes resultados (ver Tabla 5):

Tabla 5

Resultados obtenidos por el centro escolar para el Caso B.

Test/cuestionario/Prueba	Resultados
WISC-IV (Wechsler, 2005).	Comprensión verbal → Muy bajo. Memoria de trabajo, razonamiento perceptivo y velocidad de procesamiento → Medio-bajo. CI total → Bajo.
Test de matrices progresivas (Raven, 1976).	Puntuación total → Muy baja.
Test de percepción de diferencias (caras) (Thurstone y Yela, 2001).	Puntuación total → Muy baja.

Estilo de aprendizaje y motivación:

El niño muestra preferencia por los refuerzos de tipo afectivo e individual, que además es necesario casi siempre; en la realización de actividades, tareas y ejercicios es dependiente del maestro y requiere ayuda constante; es distraído y poco persistente en las tareas, suele abandonar pronto; su ubicación en clase es cerca del profesor; le gusta trabajar solo y en grupo.

Tratamiento:

Ha contado con una profesora itinerante de audición y lenguaje desde 2010 hasta 2014.

Refuerzo en las áreas curriculares básicas desde 2010 hasta la actualidad.

Está asistiendo a clases de integración.

Sus mayores dificultades en el área académica residen en las asignaturas de lengua y matemáticas, teniendo un nivel de 2º de Educación Primaria cuando cursa 4º. En la actualidad

está cursando 6º de Educación Primaria, y se percibe una mejoría importante en atención siendo los síntomas más importantes los relativos a la impulsividad. Así mismo ha mejorado bastante en el área de matemáticas aunque mantiene dificultades importantes en lengua.

Resultados de los cuestionarios y test:

Tras la administración de los cuestionarios a nuestros sujetos se obtienen las siguientes puntuaciones.

Tal y como se pueden apreciar en la Tabla 6, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CDI muestran que no existe riesgo de sufrir un trastorno depresivo en el Caso A. Las puntuación total no es significativa, igual ocurre con la puntuación obtenida en las subescalas baja autoestima y disforia. Tras realizar un análisis exhaustivo de la puntuación dada a los distintos ítems, es llamativo que aunque el niño no puntúa de manera significativa en dicho cuestionario, tiene sentimientos de tristeza frecuentemente tal y como nos indican el ítem 1: estoy triste siempre; y nos indica una percepción de eventos negativos superior a lo normal tal y como nos muestra el ítem 6: estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles; por último nos muestra síntomas de ansiedad tal y como revela la puntuación al ítem 19: siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

Tabla 6

Puntuaciones de sintomatología depresiva comórbida en Caso A.

Cuestionario CDI	Puntuación	Valor
Disforia	6	No significativo
Baja Autoestima	8	No significativo
Total	14	No significativo

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la escala SCARED por el Caso A, tal y como se puede apreciar en la Tabla 7, se percibe que aunque la puntuación total del cuestionario no es significativa, sí que existe un riesgo elevado de sufrir concretamente ansiedad por separación ya que las puntuaciones obtenidas en dicha subescala alcanzan un nivel significativo. Cuando se realiza un análisis exhaustivo de los datos percibimos que los ítems en los que el niño da una puntuación de dos están relacionados con la posible ansiedad por separación; siendo llamativo la puntuación en el ítem 20: Tengo pesadillas en las que algo malo me sucede, al que da dos puntos, lo que es coherente con la puntuación dada al ítem 6 del cuestionario CDI, donde indicaba que estaba seguro de que le ocurrirían cosas terribles. Así mismo es llamativa la puntuación que da al ítem 14: Me preocupa querer ser tan bueno

como otros chicos, lo que nos indica que se siente inferior al resto de niños, pese a que no puntuara de manera significativa en la subescala baja autoestima del cuestionario CDI.

Tabla 7

Puntuaciones de sintomatología ansiosa comórbida en Caso A.

Cuestionario SCARED	Puntuación	Valor
Trastorno de Pánico	2	No significativo
Trastorno Ansiedad Generalizada	2	No significativo
Fobia social	2	No significativo
Ansiedad por Separación	6	Significativo
Rechazo Escolar	0	No significativo
Total	12	No significativo

Tal y como se puede observar en la Tabla 8, en cuanto a las puntuaciones obtenidas por el Caso A en la escala YSR se perciben puntuaciones dentro de valores significativos en la subescala problemas de atención (puntuando tanto en ítems de inatención como de hiperactividad-impulsividad); puntuación que resulta coherente con el diagnóstico principal del niño. Así mismo se encuentran en niveles significativos la puntuación en la subescala introvertido-depresivo; sin embargo esto no es coherente con la puntuación dada en el CDI, donde no fue significativo el valor en ninguna de las subescalas del cuestionario. Además llama la atención que el niño se define a sí mismo como tímido llegando incluso a tener problemas para relacionarse; sin embargo también dice gustarle llamar la atención.

Tabla 8

Puntuaciones en problemas de conducta comórbidos en Caso A.

Cuestionario YSR	Puntuación	Valor
Agresividad	17	No significativo
Ansioso Depresivo	8	No significativo
Problemas Sociales	6	No significativo
Quejas Somáticas	2	No significativo
Problemas de Atención	11	Significativo
Problemas de Pensamiento	2	No significativo
Conducta Delictiva	3	No significativo
Introvertido-Depresivo	7	Significativo

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CBCL por los padres del Caso A, tal y como se observa en la Tabla 9, solo se aprecian puntuaciones a nivel significativo en la subescala problemas de atención (puntuando tanto en ítems de inatención

como de hiperactividad-impulsividad), lo que es coherente con el diagnóstico principal del niño y con la puntuación dada por el niño en el cuestionario YSR; y en la subescala problemas sociales, que estaría relacionada con la introversión de la que informan tanto el propio niño como los padres. Así mismo se perciben niveles marginalmente significativos en las subescalas ansioso-depresivo, problemas de pensamiento e introvertido-depresivo, las puntuaciones de los padres en esta última subescala iría en la misma dirección que la proporcionada por el propio niño aunque el niño puntuaba mayor gravedad; sin embargo tras un análisis exhaustivo de los ítems se percibe que los ítems de la subescala ansioso-depresivo que los padres puntúan con dos puntos están relacionados con baja autoestima, pese a que en el cuestionario CDI no fuera esta puntuación significativa. En la subescala problemas de pensamientos obtiene dos puntos en la presencia de pensamientos obsesivos y en hurgarse en la nariz. Por último el único ítem de la subescala introvertido-depresivo que los padres puntúan con dos puntos está relacionado con la timidez.

Tabla 9

Puntuaciones informadas por los padres para problemas de conducta en Caso A.

Cuestionario CBCL	Puntuación	Valor
Agresividad	9	No significativo
Ansioso Depresivo	9	Marginalmente significativo
Problemas Sociales	11	Significativo
Quejas Somáticas	1	No significativo
Problemas de Atención	16	Significativo
Problemas de Pensamiento	6	Marginalmente significativo
Conducta Delictiva	2	No significativo
Introvertido-Depresivo	4	Marginalmente significativo

En cuanto a las puntuaciones del cuestionario TRF obtenidas por los profesores para el Caso A, tal y como se puede observar en la Tabla 10, se perciben puntuaciones que no alcanzan un nivel significativo en las subescalas del cuestionario, siendo dichos valores contradictorios con los proporcionados por los padres y el propio niño en los cuestionarios CBCL e YSR respectivamente. Es llamativo que no es puntuado ninguno de los ítems del cuestionario con dos puntos. Algo también muy llamativo en dichas puntuaciones es el hecho de no obtener una puntuación significativa en la subescala problemas de la atención, lo que es contradictorio con el diagnóstico principal del niño así como con las puntuaciones dadas en esta subescala por el propio niño y por los padres de éste.

Tabla 10

Puntuaciones informadas por el tutor para problemas de conducta en Caso A.

Cuestionario TRF	Puntuación	Valor
Agresividad	1	No significativo
Ansioso Depresivo	2	No significativo
Problemas Sociales	1	No significativo
Quejas Somáticas	0	No significativo
Problemas de Atención	9	No significativo
Problemas de Pensamiento	1	No significativo
Conducta Delictiva	1	No significativo
Introverso-Depresivo	3	No significativo

Tal y como se pueden ver en la Tabla 11, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CDI muestran que no existe riesgo de sufrir un trastorno depresivo en el Caso B. Las puntuación total no es significativa, igual ocurre con la puntuación obtenida en las subescalas baja autoestima y disforia. Además a través de un análisis más profundo y cualitativo de las respuestas del niño podemos ver que a los únicos ítems que marca con dos puntos son el ítem 15: siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes (lo que es coherente con su diagnóstico de TDAH y no un síntoma depresivo) y el ítem 19: siempre me preocupa el dolor y la enfermedad (se podría considerar más como una consecuencia de su sintomatología ansiosa que consecuencia de un trastorno depresivo).

Tabla 11

Puntuaciones de sintomatología depresiva comórbida en Caso B.

Cuestionario CDI	Puntuación	Valor
Disforia	4	No significativo
Baja Autoestima	2	No significativo
Total	6	No significativo

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la escala SCARED por el Caso B, tal y como se observa en la Tabla 12, se percibe que aunque la puntuación total del cuestionario no es significativa, sí que existe un riesgo elevado de sufrir fobia social y ansiedad por separación ya que las puntuaciones obtenidas en dichas subescalas llegan a niveles significativos; también se percibe riesgo ligero en la subescala trastorno de ansiedad generalizada donde obtiene una puntuación que llega a un valor marginalmente significativo. Así mismo tras realizar un análisis más profundo de las puntuaciones dadas a los ítems podemos apreciar que los ítems a los que el niño da dos puntos son ítems pertenecientes a las

subescalas fobia social, ansiedad por separación y trastorno de ansiedad generalizada, que coinciden con las subescalas que son significativas. Esto nos puede estar indicando que aunque no son muchos los síntomas que tiene para cada uno de esos posibles trastornos de ansiedad, sí que son frecuentes. Por tanto no es tanto la cantidad de síntomas como la frecuencia con la que los siente.

Tabla 12

Puntuaciones de sintomatología ansiosa comórbida en Caso B.

Cuestionario SCARED	Puntuación	Valor
Trastorno de Pánico	0	No significativo
Trastorno Ansiedad Generalizada	8	Marginalmente significativo
Fobia social	5	Significativo
Ansiedad por Separación	4	Significativo
Rechazo Escolar	0	No significativo
Total	17	No significativo

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 13, en cuanto a la puntuación obtenida por el Caso B en el cuestionario YSR podemos ver la presencia de valores significativos en las subescalas agresividad, ansioso-depresivo, problemas de atención y problemas de pensamiento. Tras realizar un análisis exhaustivo de los ítems podemos ver que en la subescala agresividad el niño da dos puntos a los ítems 86: soy tozudo; 95: me enfado con facilidad y 104: soy más ruidoso que otros niños. En cuanto a la subescala ansioso-depresivo los ítems con dos puntos son: 14: Lloro mucho (lo que es incongruente con el CDI donde indica que llora de vez en cuando). 45 soy nervioso (congruente con el diagnóstico principal), 52: me siento culpable (congruente con las puntuaciones dadas en el cuestionario CDI) 112: me preocupo a menudo (congruente y en la misma línea que el SCARED donde se aprecia riesgo ligero de un trastorno de ansiedad generalizada). En cuanto a la puntuación obtenida en la subescala problemas de la atención es coherente con el trastorno ya diagnosticado en el niño; siendo curioso que da dos puntos a ítems referidos tanto a problemas atencionales como impulsivos-hiperactivos; Por último en la subescala problemas de pensamiento da dos puntos a los ítems: 9: no puedo quitarme ciertos pensamientos de la mente; 66: Repito algunas acciones una y otra vez; 83: almaceno cosas que no necesito; 84: hago cosas que ciertas personas consideran extrañas (darse cabezazos contra la pared para relajarse).

Tabla 13

Puntuaciones de problemas de conducta comórbidos en Caso B.

Cuestionario YSR	Puntuación	Valor
Agresividad	11	Significativo
Ansioso Depresivo	11	Significativo
Problemas Sociales	1	No significativo
Quejas Somáticas	5	No significativo
Problemas de Atención	11	Significativo
Problemas de Pensamiento	8	Significativo
Conducta Delictiva	5	No significativo
Introverso-Depresivo	1	No significativo

En cuanto a la puntuación obtenida por parte de los padres del Caso B en el cuestionario CBCL, tal y como se percibe en la Tabla 14, podemos decir que las subescalas agresividad y problemas de atención alcanzan valores significativos siendo dichas puntuaciones similares a las obtenidas por el niño en el cuestionario YSR. Tras realizar un análisis exhaustivo de los ítems podemos ver que en la subescala agresividad los ítems con dos puntos son: 19: exige mucha atención; 20: Rompe sus propias cosas; 22: Desobedece en casa; 68: grita mucho y 104: es más ruidoso de lo común. En cuanto a la subescala problemas de atención la puntuación es coherente con el diagnóstico. En cuanto a la subescala problemas sociales, obtiene un valor marginalmente significativo, siendo los ítems evaluados con dos puntos son: 27: se pone celoso fácilmente y 36: se hace daño con mucha frecuencia. En cuanto a la subescala problemas de pensamiento obtiene valores marginalmente significativos, sin puntuar ningún ítem con dos puntos. Por último la subescala conducta delictiva obtiene un valor marginalmente significativo y los ítems evaluados con dos puntos por parte de los padres son: 28: se salta las normas en casa; 43: es mentiroso; 63: prefiere estar con niños mayores que él y el 105: toma medicamentos sin razón médica.

Tabla 14

Puntuaciones informadas por los padres para problemas de conducta en el Caso B.

Cuestionario CBCL	Puntuación	Valor
Agresividad	19	Significativo
Ansioso Depresivo	6	No significativo
Problemas Sociales	8	Marginalmente significativo
Quejas Somáticas	4	No significativo
Problemas de Atención	19	Significativo
Problemas de Pensamiento	7	Marginalmente significativo

Conducta Delictiva	11	Marginalmente significativo
Introverso-Depresivo	3	No significativo

En cuanto a las puntuaciones obtenidas de los profesores del Caso B en el cuestionario TRF podemos ver en la Tabla 15, que las subescalas agresividad, problemas sociales y problemas de atención son evaluadas con niveles significativos. Hemos de señalar que la puntuación dada a las subescalas agresividad y problemas de atención van en la misma línea que las proporcionadas por el niño y los padres; en lo referente a la subescala problemas sociales los profesores la puntúan con mayor gravedad que los padres. Tras realizar un análisis exhaustivo de los ítems podemos ver que los ítems evaluados por parte de los profesores con dos puntos en la subescala agresividad son: ítem 19: exige mucha atención; ítem 68: grita mucho; 104: es más ruidoso de lo común; siendo relevante dichas puntuaciones ya que tanto los padres como los profesores dan la misma puntuación a estos ítems e incluso el propio niño se percibe así mismo como más ruidoso de lo común. En cuanto a la subescala problemas sociales los ítems valorados con dos puntos por parte de los profesores son: 11: es demasiado dependiente de los adultos y el 27: Se pone celoso fácilmente; siendo importante indicar que este último ítem también era valorado con dos puntos por parte de los padres, aunque el niño no tiene esa percepción de sí mismo en ninguno de los anteriores ítems. En cuanto a la subescala problemas de atención la puntuación es totalmente coherente y en la misma línea que su diagnóstico y resulta curioso ver que en esta subescala no hay ningún ítem valorado con un 0 lo que nos indica que tiene síntomas tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad así como la alta frecuencia y cantidad de síntomas que presenta.

Tabla 15

Puntuaciones informadas por el tutor para problemas de conducta en el Caso B.

Cuestionario TRF	Puntuación	Valor
Agresividad	18	Significativo
Ansioso Depresivo	4	No significativo
Problemas Sociales	8	Significativo
Quejas Somáticas	2	No significativo
Problemas de Atención	36	Significativo
Problemas de Pensamiento	3	No significativo
Conducta Delictiva	5	No significativo
Introverso-Depresivo	2	No significativo

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con este estudio se pretendía analizar la sintomatología comórbida presente en dos niños diagnosticados de TDAH, concretamente, uno de los niños diagnosticado de TDAH predominantemente inatento y el otro de los niños diagnosticado de TDAH combinado.

En la primera hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH predominantemente inatento presentara sintomatología depresiva y ansiosa.

En lo referente a la sintomatología depresiva no se llegaron a obtener valores a nivel significativo en la escala CDI, aunque en la subescala introvertido-depresivo del YSR sí llega a obtener un valor significativo. Si comparamos la puntuación obtenida por el niño en el YSR con la obtenida por los padres en el CBCL vemos que los padres adquieren una puntuación que sitúa al niño en riesgo de sufrir introversión-depresión; en cambio los profesores en la escala TRF obtienen valores normales en dicha subescala. Si analizamos en profundidad los datos obtenidos se percibe que no es sintomatología depresiva sino propia de introversión, estos datos irían en la misma línea que los obtenidos por Diamond (2005) donde encontraba que los niños diagnosticados de TDAH predominantemente inatento tendían hacia la introversión; así mismo se percibe que los padres en el cuestionario CBCL llegan a obtener valores significativos en la subescala problemas sociales que se relacionan con los problemas de introversión del niño, tal y como indican autores como McQuade y Hoza (2008) los niños diagnosticados de TDAH predominantemente inatento suelen ser niños tímidos lo que les impide tener relaciones sociales adecuadas.

En lo referente a la sintomatología ansiosa en el cuestionario SCARED solo llega a obtener puntuación con valor significativo en la subescala que mide ansiedad por separación. Si comparamos estos resultados con los obtenidos en el YSR se percibe que en este último cuestionario el niño obtiene valores no significativos en síntomas de ansiedad, los padres por su parte en el cuestionario CBCL lo puntúan con valores que lo sitúan en riesgo de sufrir problemas de ansiedad y los profesores por su parte al igual que indicaba el propio niño adquieren valores no significativos; esto podría deberse a que el niño solo sufre síntomas de ansiedad por separación y por tanto solo adquiere valores significativos en la escala que los mide de manera específica; las escalas YSR, CBCL y TRF miden síntomas ansiosos en general y por tanto el niño no adquiere valores significativos en ellas. Por tanto podemos decir que el niño sufre síntomas propios de un trastorno de ansiedad por separación siendo dichos datos similares a los encontrados por Díaz Atienza (2016) y Tzang, Chang y Liu (2009) quienes encontraron que entre otros la ansiedad por separación es un trastorno de ansiedad comórbido muy ligado al TDAH preferentemente inatento.

En la segunda hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH preferentemente inatento no presentara sintomatología de problemas de conducta; en cuanto a los datos encontrados en los cuestionarios YSR, CBCL y TRF informando el propio niño, los padres y los profesores respectivamente, tanto en la subescala agresividad como en la subescala conducta delictiva las puntuaciones obtenidas adquieren valores no significativos, lo que nos indica que en la actualidad el niño no sufre riesgo de padecer un trastorno de conducta; estos datos van en la misma línea que los resultados encontrados por Diamond (2005) quien indica que los niños diagnosticados de TDAH preferentemente inatento no tienen comúnmente problemas de conducta; sin embargo el niño muestra problemas sociales tal y como indican los padres a través del cuestionario CBCL los cuales podrían ser consecuencia de la introversión del niño y no de problemas de conducta tal y como afirman autores como Lora Muñoz y Moreno García (2008).

En la tercera hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH preferentemente inatento presentara sintomatología de trastorno del aprendizaje; en lo que respecta a dicha hipótesis al realizar la revisión de informes clínicos, psicopedagógicos, del profesorado y el expediente escolar, encontramos que el niño muestra dificultades académicas tanto en el área de lengua como de matemáticas; por otro lado ya a los 6 años de edad se le diagnostica dislexia. Además hemos de señalar que este niño presenta un Cociente Intelectual bajo siendo el razonamiento perceptivo su área más deficitaria aunque en comprensión verbal, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento adquiere valores bajos; en cuanto a estos datos Mayes, Calhoum y Crowell (2000) indican la alta prevalencia de problemas académicos en estos niños; por su parte Artigas-Pallarés (2009) indica que los niños con TDAH que tienen problemas en la memoria de trabajo les genera problemas atencionales que son básicos para la lectura generando así problemas de dislexia. En cuanto a los valores bajos en Cociente Intelectual los datos obtenidos en nuestro estudio son similares a los encontrados por otros autores como Assemany, McIntosh, Phelps y Rizza (2001) donde encuentran que los niños diagnosticados de TDAH preferentemente inatento obtienen valores más bajos en Cociente Intelectual que los niños sin dicho diagnóstico.

En la séptima hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH preferente inatento presentara síntomas propios del mismo; los datos obtenidos por los profesores en el cuestionario TRF no llegan a obtener una puntuación significativa, sin embargo sí la obtienen los padres y el propio niño a través de los cuestionarios CBCL e YSR, siendo muy llamativo tras analizar exhaustivamente los datos que ambos no solo indican sintomatología inatenta sino también hiperactiva-impulsiva aunque ésta última es de menor gravedad; el hecho de que

los profesores no informen de manera significativa en dicha sintomatología podría ser debido a que las amplias adaptaciones curriculares que se están desarrollando con el niño impidan que la sintomatología sea fuertemente perceptible en el ámbito académico; también hemos de tener en cuenta que los profesores no parecen ser adecuados informadores ya que no puntúan síntomas importantes de ninguna de las subescalas que los padres y el propio niño sí lo hacen.

A partir de los datos obtenidos en la presente investigación y de lo anteriormente redactado sobre el sujeto diagnosticado de TDAH preferentemente inatento podemos decir que aunque no llega a obtener puntuaciones con niveles significativos en depresión, sí los obtiene en introversión, lo que lleva consigo la consecuencia de sufrir problemas sociales; tal y como se esperaba tiene síntomas propios del trastorno de ansiedad por separación; así mismo tal y como se esperaba no se perciben problemas de conducta. Por otro lado está diagnosticado de dislexia, presentando además Cociente Intelectual bajo como también era de esperar. Así mismo muestra sintomatología de TDAH preferentemente inatento tal y como se esperaba. En cuanto a los problemas de pensamiento indicados se debería investigar.

En la cuarta hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH combinado presentara sintomatología depresiva y ansiosa; en cuanto a la sintomatología depresiva los datos obtenidos en nuestra evaluación a través del cuestionario CDI indican valores no significativos; igualmente las puntuaciones obtenidas en el YSR, CBCL y TRF cumplimentados por el propio niño, los padres y el tutor respectivamente van en la misma línea y nos indican que en contra de lo que nosotros esperábamos no existe dicha sintomatología; en esta línea autores como Presentación y Siegenthaler (2005) en su estudio llevado a cabo con niños diagnosticados de TDAH combinado no llegan a encontrar sintomatología depresiva. Respecto a la sintomatología ansiosa los datos obtenidos en nuestra evaluación a través del cuestionario de ansiedad SCARED indica valores significativos en las subescalas ansiedad por separación y fobia social y marginalmente significativo en la subescala del trastorno de ansiedad generalizada; las puntuaciones dadas al cuestionario YSR van en la misma línea ya que en la subescala de ansiedad de dicho cuestionario obtiene valores significativos, en cambio los padres y profesores en los cuestionarios CBCL y TRF respectivamente dan valores no significativos; esto podría deberse a que el niño no verbalice su ansiedad y lo que se perciba por parte de los padres y profesores sea problemas de conducta. En esta misma línea Presentación y Siegenthaler (2005) encuentran alta comorbilidad entre el TDAH combinado y los siguientes trastornos de ansiedad: ansiedad por separación, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada.

En la quinta hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH combinado

presentara problemas de conducta; en cuanto a los datos encontrados en los cuestionarios YSR y TRF cumplimentados por el niño y el tutor respectivamente la subescala agresividad adquiere valores significativos aunque la subescala problemas delictivos se encuentra en valores no significativos; en cuanto a la evaluación obtenida del niño por parte de los padres a través del cuestionario CBCL la subescala agresividad adquiere valores significativos y la subescala conducta delictiva adquiere un valor marginalmente significativo; estos datos nos hacen pensar que existe riesgo elevado de que el niño esté desarrollando un trastorno de conducta tal y como se planteaba en nuestra hipótesis, de manera similar Roselló (2001) encontraba en su estudio que el 73% de los niños diagnosticados de TDAH combinado presentaban síntomas que indicaban la presencia de trastorno de conducta; por otro lado en la subescala problemas sociales los padres en el cuestionario CBCL obtuvieron una puntuación marginalmente significativa y los profesores en el cuestionario TRF llegan a obtener una puntuación significativa, dichos problemas sociales podrían estar relacionados con los problemas de conducta que presenta el niño lo que hace que los demás lo perciban como agresivo tal y como señalan McQuade y Hoza (2008).

En la sexta hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH combinado presentara sintomatología del trastorno del aprendizaje; en lo que respecta a dicha hipótesis al realizar la revisión de informes clínicos, psicopedagógicos, del profesorado y del expediente académico percibimos que aunque no hay un diagnóstico realizado que indique la presencia de un trastorno del aprendizaje sí que el niño presenta grandes dificultades académicas siendo su nivel académico dos cursos inferiores a lo que le corresponde; estos datos son similares a los encontrados por Presentación y Siegenthaler (2005) donde se percibían grandes problemas académicos en los niños diagnosticados de TDAH combinado si se comparaban con niños sanos. También hemos de señalar el Cociente Intelectual bajo que presenta el niño siendo su punto deficitario la comprensión verbal aunque las puntuaciones obtenidas en memoria de trabajo, razonamiento perceptivo y velocidad de procesamiento obtienen valores medio-bajo, siendo dichos datos similares a los encontrados por otros autores como Reina Iturriaga (2001) quien encuentra grandes problemas en los niños diagnosticados de TDAH combinado en el área verbal pero no así en el área espacial.

En la última hipótesis se esperaba que el niño diagnosticado de TDAH combinado presentara sintomatología propia de dicho trastorno; los datos obtenidos por los padres, profesores y el propio niño así lo corroboran; además es importante señalar que al analizar exhaustivamente los datos proporcionados por dicha subescala en los cuestionarios YSR, CBCL y TRF el niño puntúa tanto en síntomas de inatención como de hiperactividad-

impulsividad tal y como se esperaba.

A partir de los datos obtenidos en la presente investigación y de lo anteriormente redactado sobre el sujeto diagnosticado de TDAH combinado podemos decir que contrario a lo esperado no llega a obtener puntuaciones con niveles significativos en depresión, sin embargo sí los obtiene en ansiedad, concretamente muestra valores significativos para los trastornos fobia social, ansiedad por separación y algunos síntomas de ansiedad generalizada. De igual forma, se percibe sintomatología de problemas de conducta tal y como se esperaba, aunque sin llegar a puntuar significativamente en conducta delictiva; consecuencia de los problemas de conducta podrían estar apareciendo problemas sociales. Por otro lado aunque no está diagnosticado de un trastorno del aprendizaje sí muestra grandes dificultades académicas y un Cociente Intelectual bajo. Además muestra síntomas de TDAH combinado tal y como se esperaba. Por otro lado es interesante comentar la puntuación significativa obtenida por parte del niño y marginalmente significativa obtenida por los padres en la subescala problemas de pensamiento donde se debería de seguir investigando.

El estudio realizado presenta limitaciones que deberían tenerse en cuenta en estudios futuro, se trata de un estudio de dos casos únicos con lo cual aunque se trata de un estudio de gran validez externa tiene baja validez interna. La población estudiada por tanto es muy concreta y procedente de una zona geográfica muy determinada, con lo que los datos no deberían generalizarse. Así mismo hay resultados que se deberían de seguir investigando.

Como sugerencias de mejoras sería apropiado replicar este estudio en una muestra poblacional de mayor tamaño, de distintos colegios y ciudades; también sería interesante tener en cuenta el estilo educativo paterno e investigar los datos obtenidos de carácter ambiguo.

En definitiva, pese a que los datos obtenidos contribuyen de manera importante al conocimiento científico, es imprescindible seguir trabajando en esta línea de investigación sobre el TDAH y sus trastornos comórbidos con el fin de obtener datos de mayor relevancia empírica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth and Families.

American Academy of Pediatrics. (2000). Clinical practice guideline: Diagnosis and

evaluation of the child with attention-deficit/ hyperactivity disorder, *Pediatrics*, 10, 1158-1170.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Madrid: Editorial médica panamericana.

Angold, A., Costello, E. J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.

Artigas-Pallarés, J. (2009). Tratamiento farmacológico de la Dislexia. *Revista de Neurología*, 48, 585-591.

Assemany, A., McIntosh, D. E., Phelps, L., Rizza, M. G. (2001). Discriminant validity of the WISC-III with children classified with ADHD. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 137-47.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and The Nature of Self-Control*. New York: Guildford Press.

Barkley, R. A. (2000). El trastorno de hiperactividad y de falta de atención. *Revista investigación y ciencias*, 22, 50-55.

Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Mick, E., Greene, R. W., y Russel, R. L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow- up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1193-1204.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braate, E., Doyle, A., Spencer, T.,...y Jonhson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159 (1), 36-42.

- Birmaher, B., Khetarpal, S., y Cully, M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Brickenkamp, R., y Zillmer, E. (2001). *Test de atención D2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bustillo, M., y Servera, M. (2015). Análisis del patrón de rendimiento de una muestra de niños con TDAH en el WISC-IV. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2 (2), 121-128.
- Daviss, W. B. (2008). A review of comorbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 565-571.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs*. Madrid: TEA.
- De la Peña Olvera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 43 (6), 243-244.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/ hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/ hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Developmental Psychopathology*, 17, 807-825.
- Díaz Atienza, J. (2016). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6 (1), 44-55.
- Díez Suárez, A., Figueroa Quintana, A., y Soutullo Esperón, C. (2006). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 8 (4), 135-155.

- Domènech-Llaberia, E., y Martínez, M. (2008). *Spanish version of Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED)*. First validation results. Exposed in the 43th anual reunion of the Psychiatry Spanish Association of children and adolescents, 22-24 may.
- Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K. B., Abbott, J., y Nordheim, L. (2006). *Ejercicios para mejorar la autoestima en niños y personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida)*. Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Faraone, S. V., Biederman, F., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., ...y Sakai, J. (1999). Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. (Dopamina d4-allele genético de 7 repeticiones y trastorno de déficit de atención/hiperactividad). *The American Journal of Psychiatry*, 156, 768-770.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Fernández Redondo, J. J., Del Caño Sánchez, M., Palazuelo Martínez, M., y Malugán de Miguelsanz, M. (2011). TDAH. Programa de Intervención Educativa (p. 622). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 621-628.
- García-Vidal, J., y Gonzáles-Manjón, D. (2003). *Batería psicopedagógica EVALUA 2-4-6* (versión 2.0). Madrid: EOS.
- Green, M., Wong, M., Atkins, D., Taylor, J., y Feinleib, M. (1999). *Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Hannah, J. N. (2002). The role of schools in attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Pediatric Annals*, 31, 507-513.
- Hidalgo Vicario, M. I. y Sánchez Santos, L. (2014). Trastorno por Déficit de Atención e

Hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*, 18 (9), 609-623.

Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M., y Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5 (1), 13-26.

Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI) manual North Tanawanda*. New York, NY: Multi-Health Systems.

Kovacs, M., y Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.

Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J., y Rathouz, P. J. (2002). Adolescent outcomes of childhood conduct disorder among clinic-referred boys: predictors of improvement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 333-48.

Levy, F., Hay, D. A., Bennett, K. S., y McStephen, M. (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 368-76.

Livia-Segovia, J., y Ortiz Morán, M. (2008). Análisis Psicométricos de la lista de chequeo de problemas de conducta para niños de 6 a 11 años. *Avances en Medición*, 5, 55-66.

López-Muñoz, F., Álamo, C., Quintero-Gutiérrez, F. J., y García-García, P. (2008). A bibliometric study of international scientific productivity in attention-deficit hyperactivity disorder covering the period 1980-2005. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 381-391.

López, J. A., Serrano, I., y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16 (3), 402-407.

- Lora Espinosa, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 8 (4), 69-114.
- Lora Muñoz, J. A., y Moreno García, I. (2008). Perfil social de los subtipos del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de psicología*, 26 (2), 317-329.
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Mayes, D., Calhoum, L., y Crowell, W. (2000). Learning Disabilities and ADHD: Overlapping Spectrum Disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 417-423.
- McQuade, J. D., y Hoza, B. (2008). Peer problems in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: current status and future directions. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 320-324.
- Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Phend, C. (2011). Comorbidities common with ADHD. *Medpage Today*. Recuperado de: <http://www.medpagetoday.com/Pediatrics/ADHD-ADD/24722>
- Pineda, D. A., Puerta, I. C., Merchán, V., Arango, C. P., Galvis, A. Y., Velásquez, B.,... y Lopera, F. (2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana “paisa”. *Revista de Neurología*, 36, 609-613.
- Pliszka, S. R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *Paediatr Drugs*, 5, 741-50.
- Poeta, L. S., y Neto, F. (2006). Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 43, 584-

- Power, T. J., Costigan, T. E., Eiraldi, R. B. y Leff, S. S. (2004). Variations in Anxiety and Depression as a Function of ADHD Subtypes Defined by DSM-IV: Do Subtype Differences Exist or Not? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (1), 27-37.
- Presentación, M. J., y Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH tipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y aprendizaje*, 28 (3), 261-275.
- Presentación Herrero, M. J., Siegenthaler Hierro, R., Jara Jiménez, P., y Miranda Casas, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención, psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de los niños con TDAH: *Psicothema*, 22 (4), 778-783.
- Raven, J. C. (1976). *Test de matrices progresivas (escala coloreada, series A, B, C, D y F)*. Buenos Aires: Paidós.
- Reina Iturriaga, G. (2001). *Funcionamiento intelectual de niños con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad subtipos combinado y predominantemente inatento*. Tesis Doctoral: Universidad de Puerto Rico.
- Roselló, B. (2001). *Subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Manifestaciones, correlatos y efectos del metilfenidato*. Tesis Doctoral: Universidad de Valencia.
- Rothenberger, A., y Banaschewski, T. (2004). Síndrome por déficit de atención con hiperactividad. *Mente y Cerebro*, 9, 65-71.
- Rubió Badía, I., Mena Pujol, B., y Murillo Abril, B. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 8 (4), 199-216.
- Schachar, R., Tannock, R., y Logan, G. (1993). Inhibitory control, impulsiveness and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 721-1739.

- Spencer, T., Biederman, J., y Wilens, T. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 915-927.
- Thaler, N. S., Bello, D. T., y Etcoff, L. M. (2013). WISC-IV Profiles Are Associated With Differences in Symptomatology and Outcome in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17 (4), 291-301. doi:10.1177/1087054711428806
- Thurstone, L. L., y Yela, M. (2001). *CARAS. Test de percepción de diferencias*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tuke, D. H. (1892). *A Dictionary of Psychological Medicine, 1*. London: Churchill.
- Tzang, R. F., Chang, Y. C., y Liu, S. I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 318-325.
- Visser, M. S., y Lesesne, C. A. (2005). Human development and disability, nation birth defects and developmental disabilities, mental health in the United States: prevalence of diagnosis and medication Treatment for attention deficit/hyperactivity disorder. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 842-847.
- Weiss, M., Hechtman, L., y Weiss, G. (2000). ADHD in parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1059-1061.
- Wechsler, D. (2005). *Escala de inteligencia Wechsler para niños-IV edición (WISC-IV)*. Madrid: TEA.
- Zuluaga Valencia, J. P. (2007). *Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención*. (Doctorado). Universidad de Manizales: Cinde.