

**ALTERACIONES PSICOLÓGICAS COMORBILES AL TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE DOS
ESCUELAS PÚBLICAS DE NEIVA**

**IVÁN RICARDO OME OSORIO
ALEXANDER YUSUNGUAIRA CRUZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA PSICOLOGÍA
NEIVA
2008**

**ALTERACIONES PSICOLÓGICAS COMORBILES AL TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE DOS
ESCUELAS PÚBLICAS DE NEIVA**

**IVÁN RICARDO OME OSORIO
ALEXANDER YUSUNGUAIRA CRUZ**

Monografía de grado presentado como requisito para optar al título de
PSICÓLOGO

Asesor:

Ps. FABIO ALEXANDER SALAZAR

Psicólogo y Especialista en Salud Familiar Integral

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA PSICOLOGÍA
NEIVA**

2008

Nota de Aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva – Huila, 13 de Octubre de 2008

DEDICATORIA

Mis sinceros agradecimientos a todas las personas que en un determinado momento me ayudaron a sacar adelante mis diferentes proyectos, debo agradecer a mis padres, a mi hermana, a mis tíos, primos, abuelos, amigos y maestros por la paciencia y por la enorme contribución que han hecho en mi formación profesional y personal. Soy consciente que aún falta mucho camino por recorrer, no obstante desde que cuente con estas personas, estarán los ánimos para continuar.

Iván Ricardo Ome Osorio

Agradezco en primer lugar a María Alejandra y a Juan Felipe, quienes con paciencia me han esperado en muchas ocasiones tan solo para dar pequeños paseos como compañeros de este largo viaje que apenas comienza, a mi familia que me brinda su apoyo incondicional que me mantiene en el juego, a los amigos miembros del grupo DNEUROPSY siempre tienen una respuesta a las preguntas que surgen, y a los compañeros que siempre hacen que todo sea mejor.

Alexander Yusunguaira Cruz

AGRADECIMIENTOS

Queremos en este apartado, agradecer en primer lugar a las personas que con una muy buena disposición colaboraron con la obtención de los datos, es decir, queremos agradecerles sinceramente a los niños, padres y maestros que participaron en el estudio.

Deseamos agradecer a nuestras familias que apoyaron incondicionalmente este proyecto, queremos dar las gracias a la doctora Piedad Gooding, Esperanza Cabrera, Miryan Oviedo, y por supuesto a nuestro asesor Fabio Alexander Salazar, quienes con sus sugerencias aportaron al desarrollo de este trabajo. De igual forma queremos agradecer a todos nuestros compañeros y amigos quienes también aportaron ideas para la realización de esta investigación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. ANTECEDENTES	21
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. MARCO TEÓRICO	26

5.1 DEFINICIÓN DEL TDAH	26
5.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TDAH	27
5.3 TRASTORNOS COMORBIDOS AL TDAH	31
5.4 DETECCIÓN DEL TDAH EN NIÑOS ESCOLARIZADOS	34
6. DISEÑO METODOLÓGICO	39
6.1 TIPO DE ESTUDIO	39
6.2 POBLACIÓN	39
6.3 MUESTRA	39
6.4 MUESTREO	40
6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	40

6.5.1	Sistema de evaluación de la conducta del niño y del adolescente.	40
6.5.2	Fundamentación estadística	42
6.5.3	Ficha técnica	43
6.6	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
6.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	45
7.	RESULTADOS	46
7.1	ANÁLISIS INDIVIDUALIZADO DE LAS VARIABLES EN LA ESCALA AUTOINFORME (S)	46
7.2	ANÁLISIS INDIVIDUALIZADO DE LAS VARIABLES EN LA ESCALA PADRES (P)	59
7.3	ANÁLISIS INDIVIDUALIZADO DE LAS VARIABLES EN LA ESCALA TUTORES (T)	70
7.4	RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA AUTOINFORME (S)	83

7.5 RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA PADRES (P)	84
7.6 RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA TUTORES (T)	85
7.7 COMPARACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS RESULTADOS ENTRE GRUPOS	87
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	91
9. CONCLUSIONES	95
10. RECOMENDACIONES	97
BIBLIOGRAFÍA	98

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Estadísticos de la variable: Actitud negativa hacia el colegio. (S)	47
Tabla 2. Estadísticos de la variable: Actitud Negativa hacia los profesores (S)	48
Tabla 3. Estadísticos de la variable: Atipicidad (S)	49
Tabla 4. Estadísticos de la variable: Locus de Control (S)	50
Tabla 5. Estadísticos para la variable: Estrés Social (S)	51
Tabla 6. Estadísticos para la variable: Ansiedad (S)	52
Tabla 7. Estadísticos para la variable: Depresión (S)	53
Tabla 8. Estadísticos para la variable: Sentido de Incapacidad (S)	54
Tabla 9. Estadísticos para la variable: Relaciones Interpersonales (S)	55
Tabla 10. Estadísticos para la variable: Relaciones con los Padres (S)	56
Tabla 11. Estadísticos para la variable: Autoestima (S)	57

Tabla 12. Estadísticos para la variable: Confianza en sí mismo (S)	58
Tabla 13. Estadístico para la variable: Agresividad (P)	59
Tabla 14. Estadísticos para la variable: Hiperactividad (P)	60
Tabla 15. Estadísticos para la variable: Problemas de Conducta (P)	61
Tabla 16. Estadísticos para la variable: Problemas de Atención (P)	62
Tabla 17. Estadísticos para la variable: Atipicidad (P)	63
Tabla 18. Estadísticos para la variable: Depresión (P)	64
Tabla 19. Estadísticos de la variable: Ansiedad (P)	65
Tabla 20. Estadísticos de la variable: Retraimiento (P)	66
Tabla 21. Estadísticos de la variable: Somatización (P)	67
Tabla 22. Estadísticos de la variable: Habilidades Sociales (P)	68
Tabla 23. Estadísticos de la variable: Liderazgo (P)	69
Tabla 24. Estadísticos de la variable: Agresividad (T)	70
Tabla 25. Estadísticos de la variable: Hiperactividad (T)	71
Tabla 26. Estadísticos de la variable: Problemas de Conducta (T)	72

Tabla 27. Estadísticos de la variable: Problemas de Atención (T)	73
Tabla 28. Estadísticos de la variable: Problemas de Aprendizaje (T)	74
Tabla 29. Estadísticos de la variable: Atipicidad (T)	75
Tabla 30. Estadísticos de la variable: Depresión (T)	76
Tabla 31. Estadísticos de la variable: Ansiedad (T)	77
Tabla 32. Estadísticos de la variable: Retraimiento (T)	78
Tabla 33. Estadísticos de la variable: Somatización (T)	79
Tabla 34. Estadísticos de la variable: Habilidades Sociales (T)	80
Tabla 35. Estadísticos de la variable: Liderazgo (T)	81
Tabla 36. Estadísticos de la variable: Habilidades para el estudio (T)	82
Tabla 37. Estadísticos Globales del Autoinforme (S)	83
Tabla 38. Estadísticos Globales de la escala Padres (P)	84
Tabla 39. Estadísticos Globales de la escala Tutores (T)	85

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Comparación de puntajes en la variable: Atipicidad	87
Gráfico 2. Comparación de puntajes en la variable: Ansiedad	88
Gráfico 3. Comparación de puntajes en la variable: Depresión	89
Gráfico 4. Comparación de puntajes en la variable: Habilidades Sociales	90

RESUMEN

La presente investigación tiene como fin identificar las principales alteraciones psicológicas comorbiles al trastorno de hiperactividad con déficit de atención en niños de dos escuelas públicas en la ciudad Neiva.

Este trabajo fue realizado dentro del enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo de corte transversal; la muestra se tomó de la base de datos obtenida en el estudio “Evaluación del efecto cognitivo y comportamental de la aplicación de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en escolares diagnosticados TDAH de dos escuelas públicas de Neiva 2007” con un total de 28 niños y 76 instrumentos diagnósticos aplicados.

El instrumento que se utilizó para el diagnóstico de los niños incluidos en el estudio, fue el sistema de evaluación de la conducta de niños adolescentes (BASC); esta versión fue estandarizada para la población española por un equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid y TEA ediciones. El análisis que se realizó fue de tipo nomotético. Se encontró en los niños rasgos depresivos asociados al estrés social de los padres, baja confianza en sí mismos consecuencia de una reducida autoestima y fuerte sentido de incapacidad.

PALABRAS CLAVES: TDAH, COMORBILIDAD, ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

ABSTRACT

The purpose of this research is to identify the main psychological diseases of alteration linked to the hyperactivity disturbance with low level of attention in children of two public institutions in Neiva.

This research was carried out following the quantitative approach and a descriptive design of transverse cutting. The sample was taken from a database obtained in the study "Evaluation of the cognitive and behavioral effect of the application of a stimulation program of performance functions in scholars diagnosed TDAH of two public schools, Neiva 2007" with a total of 28 children and 76 diagnosis instruments applied.

The instrument used in the diagnosis stage was the behavior evaluation system in adolescent's boys (BASC). This version was standardized for the Spanish population by a research group from Complutense University in Madrid and TEA publications.

The analysis was nomothetic. The study found out depressive traits linked to social stress of parents, low self-confidence caused by reduced self-esteem and strong sense of incapacity.

KEY WORDS:

TDAH, COMORBIDITY, PSYCHOLOGICAL ALTERATIONS.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se evidencia una preocupación acerca de los trastornos que alteran el normal desarrollo físico y mental de los niños. No sólo en nuestro país sino a nivel internacional, se encuentran numerosas investigaciones respecto a todos los fenómenos que intervienen en estos procesos de manera negativa. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ha convertido en el trastorno sobre el cual se encuentra un mayor número de investigaciones. En los estudios de prevalencia que se han realizado en distintos países incluido Colombia, se han encontrado altas cifras dentro de la población infantil escolarizada que alertan respecto a la presencia de este fenómeno que pasa desapercibido en muchas ocasiones.

Teniendo en cuenta que es un trastorno de tipo neurológico crónico que tiende a empeorar con el paso del tiempo si no recibe la intervención adecuada y que repercute directamente en la vida del sujeto; es necesario identificar e intervenir los casos; las cifras de prevalencia son importantes pero sobre todo es necesario generar conocimiento respecto a este trastorno porque además suele encontrarse comorbilidad con otras alteraciones psicológicas como depresión, consumo de sustancias psicoactivas, dificultad para relacionarse a nivel social y en la adolescencia, en muchos casos, a tener problemas con la justicia entre otros; como se puede observar, tiende a convertirse en un problema de salud pública.

Esta investigación es cuantitativa con un diseño descriptivo, que pretende identificar las alteraciones psicológicas comorbiles al trastorno de hiperactividad con déficit de atención en niños de dos escuelas públicas de Neiva; para lo cual

se usó la base de datos de un proyecto desarrollado por el grupo DNEUROPSY del Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana titulado “Evaluación del efecto cognitivo y comportamental de la aplicación de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en escolares diagnosticados TDAH de dos escuelas públicas de Neiva 2007” y cuyos autores son: María Piedad Gooding Londoño, Alfredis González Hernández, Alexander yusunguaira Cruz e Iván Ricardo Ome Osorio ya que se encontró en la población elementos que hacen parte de otros tipos de trastornos mentales pero que se convierten en secundarios ya que el propósito era abordar el TDAH.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH es un trastorno que se presenta desde la niñez y que se pensaba desaparecía cuando el niño llegaba a la adolescencia. Pero en más del 50% de los casos de jóvenes diagnosticados con TDAH continúan presentando síntomas en la edad adulta¹. Esta alteración, afecta aspectos académicos, la vida laboral, social y familiar; además, está relacionado con la incapacidad para proyectarse metas a futuro y otros tipos de problemas como alteraciones de sueño, estrés y ansiedad². Por otra parte, esta condición expone a quien la padece a ser retroalimentado de forma negativa sufriendo el rechazo de padres, maestros y compañeros, hecho que afecta la autoestima del sujeto³.

Moreno (2001) plantea que cuando aparecen los síntomas principales de TDAH, también surgen otras características comorbiles como depresión, ansiedad y agresión⁴; de no ser intervenidas en la etapa inicial y de la forma adecuada estas características tienden a empeorar en el futuro⁵. Es por esto que se ve la necesidad de realizar estudios que aborden este trastorno y que presten especial atención al cuadro de características comorbiles que se identifican alrededor y que el CIE 10 refiere como menos específicos, pero que de igual forma afectan de

¹ **Barkley RA.** Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, second ed. New York: Guilford Press. (1998).

² **Stein, D; R. Pat-Horenczyk, S. Blank, Y. Dagan, Y. Barak y T. Gumpel.** Sleep Disturbances in Adolescents with Symptoms of attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. Journal Learning Disabilities, 35, No. 3, 269-275. 2003.

³ **Cunningham, S. y A. Oxford.** Developmental dose response analysis of the effects of menthyphenidate on the peer interaction of attention deficit disordered boys. Journal child Psychology and Psychiatry, 26, 955-971. 1985.

⁴ **Moreno, I..** Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento. Pirámide. Madrid, 2001

⁵ **Navarro M.** Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Rev. Reflexiones 83 (1): 107-120, ISSN: 1021-1209 / 2004

manera negativa la vida de quienes son diagnosticados como TDAH. Si se evalúa el estado en que se encuentran y se conocen los riesgos que representan estas características para el individuo, se podrían describir y plantear posibles formas de intervenirlas.

En Colombia se reporta prevalencia en TDAH del 14%⁶ en la población escolar infantil y aunque no se tienen cifras exactas de la región surcolombiana, es necesario crear estudios que aborden esta problemática a nivel regional ya que se han realizado trabajos relacionados a TDAH con escolares, pero no se han abordado los trastornos comórbidos que aparecen junto al TDAH. El anterior planteamiento, genera la siguiente pregunta de investigación:

¿CUALES SON LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS COMORBILES AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS NIÑOS DE DOS ESCUELAS PÚBLICAS DE NEIVA 2008?

⁶ **ibid**

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las características psicológicas comorbiles al TDAH que se muestran alteradas en los resultados de la aplicación del BASC a padres, maestros y niños diagnosticados.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características psicológicas alteradas, según resultados del instrumento aplicado a los maestros de los niños con TDAH.
- Establecer las características psicológicas alteradas, según resultados obtenidos del instrumento aplicado a los padres de los niños con TDAH.
- Reseñar desde los resultados del autoinforme, aquellas características psicológicas alteradas según los niños del estudio.
- Determinar las características psicológicas alteradas comorbiles al TDAH, según el resultado del consolidado en los tres instrumentos de aplicados.

3. ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de la humanidad se ha tenido conocimiento del cuadro clínico característico del TDAH, pero es hasta 1902 donde se encuentra la primera descripción científica hecha por Still en su trabajo titulado “The Goulstonian Lectures on Some Abnormal Psychological Conditions in Children” que refiere una incapacidad de “inhibición volitiva” encontrada en niños con inteligencia normal y en niños con retraso mental⁷. Este trastorno ha recibido diferentes denominaciones desde comienzos de siglo, algunas de estas son: “daño cerebral mínimo”, “disfunción cerebral mínima” y reacción hiperquinética de la infancia⁸; actualmente el DSM IV, lo denomina como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”⁹.

Los factores psicosociales juegan un papel importante cuando se desarrollan comorbilidades respecto al TDAH. Nigg y Hinshaw (2003) reportaron que los roles de la familia, los patrones de crianza y el manejo de las relaciones están muy relacionados con la conducta adecuada o problemática de los hijos. Estos autores estudiaron grupos de TDAH con y sin comorbilidad de trastornos sociales y depresivos y las características de sus padres¹⁰.

⁷ **Still GF.** The Goulstonian Lectures on Some Abnormal Psychological Conditions in Children. Lancet 1902. 1:1008-1012

⁸ **Grath L.** El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) Resumen del libro “El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)” Autor: Editorial Médica Panamericana Enero de 2001

⁹ **DSM IV.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

¹⁰ **Nigg, J; y S. Hinshaw.** Parent Personality traits psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention- deficit hyperactivity disorder. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines. 39 (2), 145-159. 2003.

En el año 2004 María Elena Navarro Calvillo, docente de la Facultad de Psicología, en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México; realizó un estudio llamado Depresión en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; encontró que hay una comorbilidad frecuente con trastornos conductuales tales como el síndrome negativista desafiante, el trastorno disocial, los trastornos de depresión, ansiedad y de aprendizaje, lo cual ejerce un impacto importante sobre la relación familiar y social. Se estima una prevalencia del 5% en población infantil y adolescente quienes sufren maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social¹¹.

El TDAH se acompaña de otros problemas menos específicos pero que de igual manera afectan al niño¹². Moreno (2001), reporta problemas de relación social, autoestima y depresión¹³ comorbiles a TDAH. Crystal, Ostrander, Chen, Y August, (2003); mencionan en su libro titulado “Multimethod Assessment of Psychopathology Among DSM-IV Subtypes of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Self-,parent, and teacher report. Journal of abnormal child Psychology” que la agresión predice el TDAH y se correlaciona con baja autoestima, ansiedad, desórdenes de conducta y depresión¹⁴.

A nivel regional para obtener el título como Psicólogo de la Universidad Surcolombiana, Holman Esquivel Silva y Diógenes Silva Polania, realizaron una Monografía titulada “Un Síntoma de la Vida en Familia: El Déficit de Atención con Hiperactividad (2002)”, desde la corriente Psicoanalítica y utilizando como técnica el estudio de caso se trato de identificar el significado de la dinámica familiar

¹¹ **CALVILLO M.** Depresión en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

¹² **CIE- 10**, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

¹³ **Moreno, I.** Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento. Pirámide. Madrid, 2001.

¹⁴ **Crystal, D.S., R. Ostrander, R. Chen y G.August.** Multimethod Assessment of Psychopathology Among DSM-IV Subtypes of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Self-,parent, and teacher report. Journal of abnormal child Psychology. 29, (3), 189-205. 2003.

respecto a un niño que presentaba características relacionadas al TDAH; dentro de las conclusiones se encontró que las razones del comportamiento del niño estaban relacionadas a diferentes estímulos como la agresividad verbal, el autoritarismo, el matriarcado, la ambivalencia del poder y la permisividad de los padres ¹⁵.

En el año 2007 el Grupo de Investigación de la Universidad Surcolombiana DNEUROPSY, realizó un estudio llamado; Evaluación del Efecto Cognitivo y comportamental de la Aplicación de un Programa de Estimulación de las Funciones Ejecutivas en Escolares Diagnosticados TDAH de dos escuelas públicas de Neiva 2007. La implementación de este programa de estimulación de las funciones ejecutivas superiores reportó cambios positivos en el control inhibitorio, mejoró la flexibilidad cognitiva, la capacidad de atención y el proceso de planeación.¹⁶

Los trabajos presentados ofrecen una visión acerca del TDAH, permiten hacer una revisión de la literatura que se encuentra relacionada a las diferentes alteraciones comorbiles que suelen presentarse en compañía de este trastorno, que ha sido identificado por distintos autores en diferentes poblaciones de estudio; estos resultados son aportes importantes para la investigación que se pretende desarrollar.

¹⁵ **Holman E, Silva D.** Un Síntoma de la Vida en Familia: El Déficit de Atención con Hiperactividad, 2002.

¹⁶ **Gooding P, Gonzales A, Yusunguaira A, Ome I.** Evaluación del efecto cognitivo y comportamental de la aplicación de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en escolares diagnosticados TDAH de dos escuelas públicas de Neiva 2007.

4. JUSTIFICACIÓN

Una de las razones para consulta clínica psicológica en la población escolar es el TDAH; reporta una prevalencia en Colombia según estudios realizados en Sabaneta Antioquia¹⁷ del 20.4%, sin tener en cuenta el CI y tomando como base un CI de 80 puntos del 15.86%. En Manizales¹⁸ se encontró una prevalencia de 19.8% en hombres y 12.3% en mujeres.

La prevalencia del TDAH es alta en nuestro país¹⁹, y aunque en la región surcolombiana a nivel Huila no se reportan estudios epidemiológicos acerca del TDAH, se sabe que no es la excepción; por lo tanto, es necesario generar conocimientos que permitan desarrollar en el futuro programas de promoción, prevención e intervención para este tipo de trastornos que tienden a empeorar con el paso del tiempo; se conoce que entre un 60% y 70% de los niños diagnosticados con TDAH presentan síntomas en la adolescencia y la edad adulta²⁰. Además, se piensa que un 60% de los adultos con TDAH tienen un segundo trastorno²¹, dentro de los que se destaca el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que conlleva a una importante alteración en la vida de los pacientes, asociándose a problemas legales y convirtiéndose en un problema de salud pública.

¹⁷ **Cornejo JW**, Osio O, Sánchez Y et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev Neurol 2005; 40: 716-22.

¹⁸ **Pineda D**, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gomez LF, et al. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms 4 to 17 Years Old Children in the General Population. J Abnorm Child Psychol 1999; 27: 455-62.

¹⁹ **Ibid.**

²⁰ **Biaggi HR**. Trastorno por déficit de la atención. Un resumen actualizado. Alcmeon, No. 18, 1996.

²¹ **SPENCER T**, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV, Adults with attention deficit hyperactivity disorder : a controversial diagnosis. J clinic psychiatric 59 (suppl 7):59-68, (1998).

El CIE 10 dice que el TDAH se acompaña de otros problemas menos específicos, plantea problemas de relación social, autoestima, depresión y agresión que afectan de manera considerable al niño²². Numerosos estudios sobre comorbilidad estiman que entre un 60% y un 80% de las alteraciones infantiles tienen sintomatologías compartidas (Kendel, Kortlander, Ellsas, & Brady. 1992), de igual manera estos autores plantean comorbilidad entre 15% y 61% para depresión.

Moreno, (2001) afirma que los niños con TDAH suelen ser propensos a sufrir accidentes, se les dificulta mantener la disciplina ya que incumplen o evitan las normas establecidas; también suelen tener problemas de relaciones sociales, alteraciones de sueño, autoestima y depresión. Todos estos elementos tienden a agudizar aún más los síntomas y a desencadenar otros tipos de problema de conducta a futuro.²³

Por lo tanto y de acuerdo a la alta incidencia del TDAH en Colombia y a la naturaleza de las alteraciones psicológicas comorbiles a este trastorno (según los planteamientos y cifras anteriores), se justifica la realización de este trabajo en la medida que entendamos que al conocer los trastornos comorbiles al TDAH, es posible ayudar a disminuir los riesgos a futuro que desencadenan estas alteraciones; de igual forma se debe tener en cuenta que la detección temprana facilita los procesos de intervención que tienen como fin mejorar la calidad de vida de estos niños, de sus familias, del entorno escolar y la sociedad en general.

²² **Del Barrio**, V. Avances en la depresión infantil y juvenil. Información Psicológica, v4, No. 76, 3-23. 2001.

²³ **Moreno**, I. Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento. Pirámide. Madrid. 2001.

5. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y ALTERACIONES PSICOLÓGICAS COMORBILES

5.1. DEFINICIÓN DEL TDAH

La primera descripción del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) se debe al pediatra George Still, en Lancet, en el año 1902, y 100 años después continua siendo un trastorno desconocido en la práctica asistencial en salud, se estima que alcanza cifras de prevalencia similares a la obesidad y al asma²⁴.

El TDAH es un trastorno neurológico, crónico caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención inadecuadas para el grado de desarrollo del niño que repercute en la vida diaria y que probablemente persista a lo largo de toda la vida; parece sustentarse en una fuerte base genética y se encuentra implicado en él diversos factores neuropsicológicos que provocan en el niño alteraciones atencionales, sobreactividad motora e impulsividad. Se trata de un problema genérico de autocontrol que repercute en el desarrollo, en la capacidad de aprendizaje y en el ajuste social²⁵.

Desde 1902, fecha en que el trastorno fue definido por vez primera²⁶ hasta ahora han sido diversas las propuestas de conceptualización, diagnóstico y tratamiento. Los intentos por determinar una tasa de prevalencia se ven afectados por toda una

²⁴ **Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Felman HM, et al.** Prevalence and assessment of attention deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*.;107:e43, 2001.

²⁵ **Barkley RA.** Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 1990.

²⁶ **Still GF.** Some abnormal psychological conditions in children. *Lancet*; 1: 1008-12. 1902.

serie de factores: las variaciones en la clasificación clínica de los criterios diagnósticos (lo que ha afectado al número y a la combinación de signos necesarios para el diagnóstico del TDAH: DSM-II, III, III-R, IV3, IV-TR4, ICD-9, 10)²⁷, Los métodos de evaluación diagnósticos empleados, la fuente de información (padres, maestros, cuidadores), el tipo de muestra (clínica, poblacional) y las características socioculturales (sexo, nivel de maduración y edad, nivel socioeconómico, etc.). Aún con estos inconvenientes, se estima que la prevalencia en Colombia de este trastorno está alrededor del 14%²⁸ para niños y adolescentes entre 4 y 17 años y se manifiesta en mayor medida en el género masculino.

5.2. CRITERIOS DEL DSM IV PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH

El DSM IV es un instrumento que contiene la clasificación de todos los trastornos mentales descritos hasta la fecha, el propósito es brindar descripciones claras y objetivas de los síntomas específicos de cada trastorno de manera que se facilite el diagnóstico clínico.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es referenciado por el DSM IV-TR dentro de la categoría de Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Según este manual el TDAH se puede identificar y diagnosticar sí:

²⁷ **DSM-IV.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson;. DSM-IV-TR. 1995;

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington DC: American Psychiatric Association; p. 85-93.]. 2000.

²⁸ **NAVARRO M.** Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Rev. Reflexiones 83 (1): 107-120, ISSN: 1021-1209 / 2004

A. Existen 1 o 2:

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a)** A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b)** A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c)** A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d)** A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe al comportamiento negativista o a la incapacidad para comprender instrucciones).
- (e)** A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f)** A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g)** A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) A menudo habla en exceso Impulsividad.

(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

5.3. TRASTORNOS COMORBIDOS AL TDAH

Los niños con TDAH muestran un mayor riesgo de presentar otros trastornos asociados o comorbiles.

En primer lugar entiéndase el término comorbilidad como la presencia de un determinado trastorno en la medida que aparece y coexiste cuando el otro está presente, determinando una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada proceso comórbido²⁹.

En la revisión de la literatura se pudo constatar que existe una variación de síntomas del TDAH relacionados con:

- **Depresión Infantil (DI).** Puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes³⁰.

²⁹ **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

³⁰ **Del Barrio, V.** Depresión infantil. Concepto, evaluación y tratamiento. Ariel: Barcelona. 1997.

- **Criterios y síntomas emocionales.** Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil: tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida³¹.
- **Estrés.** Conjunto de situaciones que habitualmente van unidas, interacción entre la persona y su entorno. El estrés puede ser visto como estímulo y como respuesta. En el primer caso, hace referencia a las circunstancias que provocan el malestar; en el segundo, a la reacción que se experimenta frente a estas situaciones y que se traduce en alteraciones del comportamiento, sentimientos y sensaciones desagradables que en ocasiones adquieren la forma de problemas médicos o psicológicos³².
- **Auto concepto o autoestima.** Autoestima es una función del organismo y un recurso integral y complejo de autoprotección y desarrollo personal. Es un constructo que trasciende la idea básica de autovaloración, y aunque la incluye, va más allá e incorpora aspectos biopsicosociales, pues las debilidades de autoestima afectan la salud, las relaciones y la productividad³³.
- **Ansiedad.** Cierta grado de ansiedad está presente en la vida cotidiana; este umbral emocional normal, equivale a un adecuado estado de alerta y permite

³¹ **Ibid.**

³² **AJURIAGUERRA, J.** de *Manual de Psiquiatría Infantil*, Masson, España, 1993.

³³ **YAGOSESKY R,** Autoestima en palabras sencillas. 1997.

mejorar el rendimiento. La ansiedad cuando no es excesiva presenta aspectos positivos ya que estimula el aprendizaje y el desempeño de las labores.

Sin embargo, cuando rebasa cierto margen, lleva a una evidente sensación de malestar y detrimento del rendimiento, que traen aparejados otros síntomas, tales como aprensión y temor, además de síntomas “somáticos” de hiperestimulación simpática³⁴.

- **Agresividad y/o trastorno negativista desafiante.** El término agresividad hace referencia a un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expansiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. Se presenta como una mezcla secuenciada de movimientos con diferentes patrones, orientados a conseguir distintos propósitos.

La conducta agresiva es una manifestación básica en la actividad de los seres vivos. Su presencia en la totalidad del reino animal y los resultados de las investigaciones sobre la misma le dan el carácter de fenómeno "multidimensional"³⁵, En la persona concreta puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: puramente físico, emocional, cognitivo y social. Su carácter es polimorfo.

Se puede presentar en el nivel físico, como lucha con manifestaciones corporales explícitas. En el nivel emocional puede presentarse como rabia o cólera, manifestándose a través de la expresión facial y los gestos o el cambio del tono y volumen en el lenguaje. Desde un nivel cognitivo puede estar presente como fantasías destructivas, elaboración de planes agresivos o ideas de persecución

³⁴ Castro D, Fernández c, Alberdi j. Ansiedad generalizada, Guías Clínicas ; 4 (10) 2004

³⁵ Huntingford, F. & Turner, T."Animal conflict". Chapman and Hall, London, New York (1987).

propia o ajena. El nivel social es el marco en el cual, de una manera o de otra, toma forma concreta la agresividad³⁶.

- **Locus de control externo.** Los niños consideran que las cosas que les suceden son externas a su control personal o debido al destino³⁷, Esta comorbilidad tiene explicaciones neurofisiológicas, anatómico- clínicas, genéticas, farmacológicas y de factores psicosociales.

5.4. DETECCIÓN DEL TDAH EN NIÑOS ESCOLARIZADOS

Los instrumentos para la detección del TDAH en realidad son pocos, y aun más escasos los de diagnóstico.

Con el fin de detectar no sólo sintomatología de TDAH sino también identificar alteraciones psicológicas comórbidas al TDAH, se opta por el uso de test de detección múltitratorno en niños. Dentro de los más conocidos se encuentra:

- **El cuestionario de padres y maestros de Conners.** Las escalas conners (Conners 1989) para la valoración del TDAH son quizás las escalas más usadas con este fin. En un inicio estas escalas fueron desarrolladas para identificar cambios en las conductas de los niños con este trastorno que estaban recibiendo medicación farmacológica estimulante, con posterioridad su uso se extendió al proceso anterior al tratamiento, recogiendo datos de los diferentes contextos del

³⁶ **Olivier, B. y Mos J.** "Depression, anxiety and aggression" (" Preclinical and clinical interfaces"). Medidact, Amsterdam (1988).

³⁷ **Barkley, Hoza et al.** 1993; Lufi & Parish –Pals, 1995; Milich, Carlson, Pelma y Licht, 1991) 1998

niño, es decir, recoge datos que provienen de los padres y de los maestros para una detección más objetiva (Conners, 1994; Resnick y McEvoy, 1994).

Las escalas conners son un listado de síntomas con un formato de escala Likert existiendo 4 versiones: dos extensas (Escala para padres: CPRS-93, con 93 ítems y Escala para profesores: CTRS-39, con 39 ítems) y dos abreviadas (Escala para padres: CPRS-48, que consta de 48 ítems y la Escala para profesores: CTRS-28, que contiene 28 elementos).

- **Cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL) para padres y maestros.** Es la prueba de evaluación infantil y psicopatológica más utilizada actualmente en diferentes países.³⁸

Esta escala consta de dos partes. La primera es la llamada escala de competencia social, y permite evaluar la cantidad y la calidad de la actividad del menor. Se trata de un conjunto de preguntas sobre la actividad y la calidad del desempeño del menor en dichas actividades. La segunda parte es el listado de problemas de conducta.

Este listado está formado por 118 ítems sobre problemas de conducta, aunque realmente son 113, dado que el ítem 56 se divide en 6 opciones para valorar mejor la información requerida. Por derivación empírica desde el análisis factorial, se obtienen las puntuaciones en ocho escalas. Un análisis de segundo grado muestra dos grandes factores que agrupan las diferentes escalas; uno de los factores corresponde a conductas de miedo, inhibición y gran control de la conducta, mientras que el otro corresponde a conductas de tipo agresivo, antisocial e

³⁸ Del Barrio, V., Cerezo, M.A. y Cantero, M.J. *Adaptación y características psicométricas del CBCL de Achenbach en Población Española*. Santiago de Compostela. 1994.

incontroladas. Estos factores se han denominado Internalizante y Externalizante, respectivamente.³⁹

Diferentes autores han dado cuenta de una elevada validez predictiva de los trastornos mentales en menores, incluso de forma longitudinal en seis años.⁴⁰

Se encuentra correspondencia entre las puntuaciones en las diferentes subescalas y los diagnósticos categoriales según el DSM-III⁴¹ y más recientemente según el DSM-IV⁴².

- **Escala EDAH.** La escala EDAH nos permite hacer un cribado de la sintomatología del TDAH en población escolar de 6-12 años. Es una adaptación de la escala de Conners (versión para profesores) en población española⁴³ que consta de 20 elementos, agrupados en dos subescalas (déficit atencional-hiperactividad/ impulsividad y trastorno de conducta) y que el tutor del niño ha de valorar.

- **Escalas Área Conducta-Problema (EACP).** La Escala de Áreas de Conductas Problema (EACP) consta de 55 ítems que evalúan 5 subescalas: Agresividad, Retraso Escolar, Ansiedad, Inatención- Hiperactividad y Retraimiento Social. Esta escala posee dos versiones, una para padres (EACP-Af) y otra para docentes (EACP-Ae).

³⁹ **Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S.** *Manual for the Child Behavior Check-list and Revised Child Behavior Profile.* Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.1983.

⁴⁰ **Verhulst, F., Koot, H.M y Van der Ende, J.** Differential Predictive Value of Parents' and Teachers' Report of Children'Problem Behaviors: A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (5), p. 531-546.1994.

⁴¹ **Edelbrock, C. y Costello, A.** Convergence Between Statistically Derived Behavior Problem Syndromes and Child Psychiatric Diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (2), p. 219-231.1988.

⁴² **Hudziak, J., Copeland, W., Stanger, C. y Wadsworth, M..** Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (7), p. 1299-1307.2004.

⁴³ **Farré-Riba A, Narbona J.** Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar:validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatr Esp* 47.1989.

.

- **Escala SNAP- IV para la detección del TDAH.** Es una escala que términos generales sigue los criterios del DSM-IV para diagnosticar TDAH. Su validación es poca en población de habla hispana y se debe comprender que ésta no es un listing del DSM-IV. En algunos estudios, los primeros estadísticos muestran que tiene un aceptable nivel de falsos negativos y positivos, por lo cual, es útil como screening, aunque nunca sería tan valiosa como la utilización de un interrogatorio directo, como el que se utiliza en la entrevista estructurada K-SADS-PL.

La Escala SNAP-IV tiene puntajes diferenciados para padres y docentes, al igual que la de Conners lo cual permite evaluar la conducta perturbadora del niño y/o adolescente en diferentes contextos.

- **Escala EMTDA-H o Magallanes.** La escala Magallanes de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (García Perez y Magaz Lago, 2000a), posee 17 ítems que miden tres variables: déficit de atención, hiperkinesia y déficit de reflexividad para el segmento etario de 6 a 16 años para el ámbito familiar y de 6 a 12 para el ámbito escolar.

Las escalas tienen poseen un buen valor discriminante en niños que están entre 6 y 9 años y expresan en forma acertada los criterios diagnósticos actuales. Los autores mismos previenen sobre el hecho en general de que los criterios diagnósticos establecidos internacionalmente, son más apropiados para tales edades, por eso, cuando indagan a niños mayores, sugieren que se interrogue a los padres no sólo sobre el comportamiento actual, sino sobre el existente en esas edades.

- **Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC).** El sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) es una aproximación multimétodo y multidimensional a la evaluación del comportamiento y la autopercepción de niños y adolescentes entre 3 y 18 años de edad. El BASC es **multimétodo** puesto que tiene cinco componentes que valoran al sujeto desde diferentes perspectivas y pueden ser utilizados individualmente o en cualquier combinación y también porque mide numerosos aspectos del comportamiento y la personalidad, incluyendo dimensiones positivas y negativas.

Los instrumentos que utiliza el BASC son:

- ✓ Un autoinforme (S) en el que el niño o el adolescente puede describir sus emociones y autopercepciones.
- ✓ Dos cuestionarios de valoración, uno para padres (P) y otro para tutores (T), que recogen descripciones del comportamiento observable del niño en diversos contextos.
- ✓ Una historia estructurada del desarrollo (H).
- ✓ Un sistema de observación del estudiante (O).

Por su capacidad para evaluar aspectos positivos y negativos del comportamiento en niños y adolescentes, por su fuerte fundamentación estadística, porque evalúa la interacción de los sujetos de la investigación desde diferentes contextos y perspectivas y porque brinda la oportunidad de un diagnóstico más fiable al aplicar instrumentos de observación y entrevistas estructuradas de desarrollo para ejecutar el diagnóstico diferencial, es que se opta por la utilización de este test no sólo con el fin de diagnosticar el TDAH sino con el objetivo de identificar otras alteraciones psicológicas comorbiles a este trastorno a las cuales es muy sensible el BASC.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es cuantitativo descriptivo porque parte de una base de datos numérica y pretende describir las características psicológicas alteradas de forma natural y porque busca describir las variables alteradas según los puntajes obtenidos en los diferentes instrumentos aplicados sin querer comprobar ninguna hipótesis.

6.2. POBLACIÓN

La población de niños con TDAH aún no está determinada a falta de estudios de prevalencia en el Departamento del Huila y en el Municipio de Neiva.

6.3. MUESTRA

La muestra de este trabajo se tomó de la base de datos obtenida en el estudio “Evaluación del efecto cognitivo y comportamental de la aplicación de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en escolares diagnosticados TDAH de dos escuelas públicas de Neiva 2007” con un total de 28 niños y 76 instrumentos diagnósticos aplicados.

Los niños seleccionados cumplían con los criterios de inclusión como edad y estar diagnósticos para TDAH según el DSM IV. De igual manera se tuvieron en cuenta los criterios de exclusión como no ser mayor de 18 años y no haber sido

diagnosticado con retraso mental u otro tipo de trastorno según el diagnóstico diferencial.

Los 76 instrumentos aplicados son las escalas del BASC (Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes) para padres, maestros y la escala del Autoinforme que es efectuada por el niño; estos tres cuestionarios permiten ver desde diferentes puntos de vista la problemática del TDAH y permite de igual forma identificar problemas asociados a este en diferentes contextos.

Se procuró que los índices de control de estos cuestionarios fueran los más altos para evitar apreciaciones erróneas que pudieran afectar la confiabilidad de este estudio.

6.4. MUESTREO

Intencional, ya que se trabajará con la información de la base de datos del estudio que con anterioridad fue mencionado.

6.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

6.5.1 Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes

(BASC). El BASC tiene numerosas características que lo hacen un sistema único y fiable de valoración del comportamiento:

- ✓ El BASC evalúa una gama amplia de dimensiones distintivas. Además de evaluar trastornos emocionales y problemas de personalidad y conductuales, identifica rasgos positivos que pueden ser útiles en el proceso de tratamiento.

- ✓ La gama de dimensiones evaluadas ayuda a establecer el diagnóstico diferencial de categorías específicas de trastornos (DSM) y de categorías generales de problema.
- ✓ El BASC proporciona información desde múltiples fuentes que se comparan utilizando instrumentos que han sido tipificados con la misma muestra para ayudar a lograr diagnósticos fiables y precisos.
- ✓ Cada componente del BASC está diseñado para una situación específica o para un tipo de persona que responde, puesto que algunos constructos o comportamientos son más importantes o se pueden medir más fácilmente en ciertas situaciones que en otras.
- ✓ Las escalas del BASC son muy fáciles de interpretar porque están elaboradas entorno a constructos claramente especificados.
- ✓ Las escalas y componentes del BASC tienen una alta consistencia interna y fiabilidad test – retest.
- ✓ El BASC resulta fácil de aplicar y corregir.
- ✓ Los baremos se basan en muestras amplias y representativas, y están diferenciadas en función de la edad y el sexo del niño o el adolescente.
- ✓ El BASC ofrece diversos índices de validez, que permiten al clínico calibrar la veracidad y consistencia de cada informante.
- ✓ Las escalas son consistentes no sólo entre sexos y diferentes niveles de edad, sino también entre los cuestionarios para tutores y para padres. Esto es importante como base para la interpretación consistente de las escalas y para

las comparaciones significativas cuando se utilizan distintas fuentes de información o la evaluación se hace en diferentes momentos temporales.

6.5.2 Fundamentación estadística del BASC. La fundamentación estadística del BASC se realiza teniendo en cuenta cada uno de los diferentes cuestionarios, en ellos se evalúa la consistencia interna, fiabilidad test – retest, acuerdo ente evaluadores y estabilidad de los resultados a largo plazo, en cuanto a la confiabilidad se refiere. La validez se realizó mediante el método de análisis factorial de las escalas, análisis factorial confirmatorio, análisis factorial exploratorio, validez de criterio y también se realizaron correlaciones con test como:

- Teacher´s report form (trf; achenbach, 1991)
- Revised behavior problem checklist (rbpc; quay y peterson, 1983)
- Conner´s teacher rating scales (ctrs-39; conners 1989)
- Burk´s behavior rating scales (bbrs; burks 1977)
- Behavior rating profile (brp; brown y hammill 1983)

De igual manera se realizaron correlaciones con los perfiles de grupos clínicos como:

- Trastorno de conducta.
- Trastorno de comportamiento.
- Depresión
- Alteraciones emocionales
- Trastorno de Hiperactividad con déficit de atención
- Dificultades de aprendizaje
- Retraso mental leve.

6.5.3 Ficha Técnica del BASC

- **Nombre.** BASC. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes.
- **Nombre original.** BASC. Behavior Assessment System for Children.
- **Autores.** Cecil R. Reynold y Randy W. Kamphaus.
- **Procedencia.** AGS. American Guidance Service, Inc.
- **Adaptación española.** Equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid y el departamento I+D de TEA Ediciones.
- **Aplicación.** Individual o colectiva.
- **Ámbito de aplicación.** De 3 a 18 años. Desde 1º Educación infantil a Bachillerato. Los cuestionarios son diferentes según la edad del sujeto evaluado: nivel 1 (3-6 años): Educación infantil; Nivel 2 (6-12 años): Educación primaria, Nivel 3 (12-18 años): Educación secundaria, Formación Profesional y Bachillerato.
- **Duración.** Los cuestionarios para padres y tutores requieren unos 10 – 20 minutos para ser cumplimentados. Para responder al autoinforme se suele emplear aproximadamente 30 minutos.

- **Finalidad.** Evaluar una amplia gama de dimensiones patológicas (Problemas conductuales, trastornos emocionales, problemas de personalidad...) y dimensiones adaptativas (habilidades sociales, liderazgo...) que puedan resultar útiles para conocer al individuo. Esta evaluación puede realizarse utilizando las distintas fuentes de información (Padres, tutores, y el propio sujeto) y los distintos métodos (cuestionarios, historia estructurada de desarrollo, observación), a partir de los distintos materiales que ofrece la prueba.
- **Material.** Manual; ejemplares de los cuestionarios para tutores (T1, T2 y T3), para padres (P1, P2 y P3) y autoinformes (S2 y S3); ejemplares de la historia estructurada de desarrollo (H) y del sistema de observación del estudiante (O) y código de tarjeta y contraseña para la corrección por internet.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo cumple con todos los requerimientos de ley establecidos la resolución 8430 de 1993 que reglamenta el ejercicio de la investigación en las ciencias de la Salud.

Es totalmente indispensable un trato digno y respetuoso de las personas, de igual manera se garantiza la completa confidencialidad de los datos obtenidos por los investigadores.

Se desea aclarar que este trabajo no tiene contacto directo con las personas objeto de estudio porque los datos provienen de una base de datos producto de

una investigación anterior denominada “Evaluación del efecto cognitivo y comportamental de la aplicación de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en escolares diagnosticados TDAH de dos escuelas públicas de Neiva 2007”; por lo tanto no es necesario diligenciar el consentimiento informado nuevamente. Por lo demás es absolutamente necesario manejar los datos de una forma profesional respetando integralmente la dignidad de las personas y la confidencialidad de los datos.

6.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Microsoft Office Excel
- Statistical package for the social sciences (Spss)

7 RESULTADOS

Se efectuará una descripción del estado de todas las variables que tiene cada uno de los instrumentos, teniendo en cuenta media, valores mínimos y máximos (según variable evaluada), desviación típica y asimetría.

Una vez realizada esta descripción se procederá a seleccionar aquellas variables que obtengan puntajes en las medias mayores o border line a los valores normales (40-60) para con posterioridad englobar las comunes en los tres instrumentos, es decir, ya que se trabajan con puntuaciones T del BASC, se tendrán en cuenta los valores de cada variable con notación cercana a 60 o superior en el caso de variables negativas y en las positivas el valor de referencia será cercano a 40 o menor.

7.1 ANÁLISIS INDIVIDUALIZADO DE LAS VARIABLES EN LA ESCALA AUTOINFORME (S)

El autoinforme es la escala del BASC que se aplica a los niños diagnosticados con TDAH en el estudio, con el fin de conocer desde su punto de vista las variables que se encuentran alteradas y que se describen a continuación (puntajes de normalidad entre 40 y 60):

- **Actitud Negativa hacia el Colegio**

Tabla 1. Estadísticos de la variable: Actitud negativa hacia el colegio. (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Actitud Negativa hacia el Colegio	26	41	68	53,96	9,514	0,109

Se encontró que la media está dentro del rango de normalidad según el BASC (53,96) el puntaje máximo encontrado (68) no es significativamente alto, pero permite inferir que a pesar de que no es considerada como una variable alterada, existe la tendencia a mostrar una actitud negativa hacia el colegio por parte de algunos niños, esto lo corroboramos observando la desviación típica (9,514) que indica dispersión de los datos en la muestra. La asimetría que se encuentra inclinada de forma positiva (0,109), da cuenta de la tendencia que poseen los valores a estar por encima de la media y que determinan una actitud más negativa hacia el colegio.

- **Actitud Negativa hacia los Profesores**

Tabla 2. Estadísticos de la variable: Actitud Negativa hacia los profesores (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Actitud Negativa hacia los Profesores	26	37	86	57,42	15,156	0,543

Se observa que la media (57,42) se encuentra en el rango de normalidad indicado por el BASC, el puntaje máximo está en (86) que es clínicamente significativo; esto junto al puntaje de desviación típica (15,156) muestra que los datos se encuentran muy dispersos. Se observa la asimetría inclinada de forma positiva (0,543) esto permite inferir que hay una tendencia a ver la figura de los maestros de forma negativa.

- **Atipicidad**

Tabla 3. Estadísticos de la variable: Atipicidad (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Atipicidad	26	38	87	58,31	12,699	0,636

La variable atipicidad indica conductas que se relacionan con trastornos psicopatológicos graves como los psicóticos. Los síntomas que se tienen en cuenta en esta variable son por ejemplo las alucinaciones visuales o auditivas, experiencias de sentirse extraño, ideas paranoides, pérdida de control, pensamientos confusos e incapacidad para ejercer un control racional de la propia conducta.

Los resultados estadísticos de esta variable indican que existe una alta probabilidad a que estos niños desarrollen algún trastorno psiquiátrico aunque la media (58.31) se encuentra dentro del rango de normalidad que indica el BASC; se debe tener en cuenta que el valor máximo encontrado es 87 lo cual es clínicamente significativo. Es importante resaltar la tendencia de los datos a apuntar hacia valores aún más patológicos que el indicado en la media; la asimetría (0,636) con una inclinación positiva muestra la tendencia de estos datos a ubicarse en los rangos altos aunque los valores se encuentren dispersos según la desviación típica (12.699).

Es preocupante ver datos con una puntuación tan alta (Máximo = 87) dentro de la población en donde muy seguramente un trastorno esquizofrénico se estará desarrollando y sería de urgencia una intervención psiquiátrica.

- **Locus de Control**

Tabla 4. Estadísticos de la variable: Locus de Control (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Locus de Control	26	44	87	65,31	11,077	-0,384

Un locus de control con una media de 65.31 indica que los niños de este estudio interpretan como ajeno a su control todos los acontecimientos (éxitos y fracasos) que le suceden en su vida, es decir, los niños tienen un locus de control externo que se trata de una asignación de responsabilidad a factores externos en las consecuencias de sus propios actos.

En este grupo de niños es posible observar casos de locus de control externo con puntuaciones clínicamente significativas (Máximo = 87) y otras puntuaciones normales (Mínimo = 44), por eso la dispersión de los datos es alta (Desviación típica = 11.077) pero se podría decir también que la mayoría de los datos poseen una tendencia no muy significativa a tomar valores inferiores a los de la media (Asimetría = -0.384).

- **Estrés Social**

Tabla 5. Estadísticos para la variable: Estrés Social (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Estrés Social	26	40	89	61,00	15,155	0,067

Esta variable evalúa el nivel de estrés que experimenta el niño en las interacciones con los demás. A nivel general se puede observar que los niños del estudio si experimentan sentimientos de estrés en la interacción que sostienen con las otras personas (Media = 61.00), aunque los valores se encuentren muy dispersos dentro de la muestra (Desviación típica = 15.155); la asimetría indica una leve tendencia hacia valores más patológicos aunque ésta no es significativa (Asimetría = 0.067).

- **Ansiedad**

Tabla 6. Estadísticos para la variable: Ansiedad (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Ansiedad	26	29	70	52,54	10,211	-0,486

Se observa que la media (52,54) está dentro del rango de normalidad según el BASC, el puntaje máximo es (70) y el puntaje mínimo de (29); la desviación típica (10,211) muestra que los datos están dispersos pero que estos se encuentran inclinados de forma negativa (asimetría -0,486); es decir que la ansiedad que pueden mostrar los niños con TDAH es baja en algunos casos pero en otros se puede presentar de forma significativa.

- **Depresión**

Tabla 7. Estadísticos para la variable: Depresión (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Depresión	26	42	99	66,54	16,427	0,242

Esta variable presenta una media por fuera del rango de normalidad (66,54) indicado por el BASC; el puntaje máximo se encuentra en (99) clínicamente significativo, la desviación típica (16,427) muestra que los datos se encuentran muy dispersos e inclinados de forma positiva según la asimetría (0,242), esto permite inferir que la mayoría de datos puntúan patológicos y que entre los niños evaluados existen sentimientos asociados a la depresión y en algunos casos con niveles muy altos; estos niveles indican entre otras cosas riesgo suicida en crisis de adolescencia.

- **Sentido de Incapacidad**

Tabla 8. Estadísticos para la variable: Sentido de Incapacidad (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Sentido de Incapacidad	26	38	83	62,85	11,436	-0,072

La escala sentido de incapacidad al puntuar 62.85 indica que en los niños existe falta de confianza en su capacidad para rendir a los niveles esperados, baja perseverancia y percepciones de no tener éxito. No en todos los niños es observable esta característica, en algunos los valores son clínicamente significativos y en otros normales, lo cual indica que los datos están dispersos (Desviación típica = 11.436), de igual forma el coeficiente de asimetría indica que la mayoría de los valores tienen una leve inclinación hacia puntuaciones por debajo de la media (Asimetría = -0.072), es decir, a puntuaciones poco patológicas.

- **Relaciones Interpersonales**

Tabla 9. Estadísticos para la variable: Relaciones Interpersonales (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Relaciones Interpersonales	26	1	57	32,42	17,650	-0,495

En esta variable los elementos que muestran anormalidad patológica puntúan hacia la izquierda (valores por debajo de 40) a diferencia de las otras variables. La media (32,42) es significativa y muestra alteración según el BASC, además el nivel mínimo (1) que se encuentra en el límite inferior de la puntuación posible, permite inferir una tenencia en los niños a tener problemas para relacionarse con otros. El puntaje máximo (57) está dentro del rango de normalidad según el BASC; la desviación típica (17,650) muestra que los datos se encuentran dispersos pero inclinados de forma negativa como lo indica la asimetría (-0,495) confirmando la tendencia de los datos a ubicarse en los lugares clínicamente significativos, se puede inferir que los niños con TDAH presentan serias dificultades en sus relaciones interpersonales.

- **Relación con los Padres**

Tabla 10. Estadísticos para la variable: Relaciones con los Padres (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Relaciones con los Padres	26	16	58	42,69	12,331	-0,594

Se observa que esta variable muestra normalidad respecto a cómo se relacionan los niños con sus padres, la media se encuentra en (42,69), el valor máximo es (58), el valor mínimo es (16) y aunque la desviación típica (12,331) muestra dispersión, la asimetría (-0,456) está inclinada de forma negativa e indica que la dispersión está inclinada hacia puntajes más bajos, es decir, se puede inferir que el niño percibe a nivel general de manera negativa la relación con sus padres.

- **Autoestima**

Tabla 11. Estadísticos para la variable: Autoestima (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Autoestima	26	16	56	36,58	12,426	-0,068

Al observar los puntajes máximo (56) y mínimo (16) de esta variable se puede inferir que hay problemas de autoestima en estos niños, la media (36,58) se encuentra por debajo del rango normal (40-60) según lo indica el BASC, la desviación típica (12,426) muestra que hay gran dispersión de datos y la asimetría (-0,068) inclinada de forma negativa confirma que la mayoría de los datos, están localizados dentro de los puntajes aún más bajos que la media, confirmando la afirmación que se hace acerca de la baja autoestima que poseen los niños con TDAH.

- **Confianza en sí mismo**

Tabla 12. Estadísticos para la variable: Confianza en sí mismo (S)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Confianza en sí mismo	26	16	60	42,62	13,002	-0,562

Al igual que en la tabla anterior, la variable confianza en sí mismo se encuentra baja, ya que estas dos están relacionadas. Se observa que el puntaje máximo (60) se encuentran e el rango de lo que indica el BASC como normal (40-60) y por debajo de forma patológica, la media se encuentra en (42,62) la desviación típica indica que los datos se encuentran muy dispersos y la asimetría (-0,562) inclinada de forma negativa indica que estos datos están ubicados en su mayoría dentro de los puntajes bajos. Se infiere que hay problemas de confianza en sí mismo en los niños con TDAH, porque la media aunque está dentro del rango normal, es border line.

7.2. ANÁLISIS INDIVIDUALIZADO DE LAS VARIABLES EN LA ESCALA PADRES (P)

Nuevamente se considera que los valores de normalidad están en un rango de 40 a 60. Este instrumento corresponde a la visión que tienen los padres de los niños a los cuales les fue aplicado el instrumento. Las variables que mide el BASC en esta escala (P) son:

- **Agresividad**

Tabla 13. Estadístico para la variable: Agresividad (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Agresividad	24	36	92	60,13	14,886	0,397

La agresividad es la tendencia a hacer daño físico o emocional a otros, está asociada a varios trastornos de conducta; en los resultados estadísticos encontrados, se observa una tendencia borde line a conductas agresivas (Media = 60.13) aunque también es evidente una dispersión de los datos significativa (Desviación típica = 14.886). De igual manera es necesario indicar que la mayoría de los valores de esta muestra tienen tendencias hacia valores más patológicos, es decir, puntuaciones por encima de la media arrojada (asimetría = 0.397).

A pesar de que existen valores relativamente normales, los valores máximos y mínimos son clínicamente significativos; un valor mínimo de 36 denota una falta de iniciativa y completa pasividad, inclusive cuando de reclamar sus derechos se trata; un valor máximo de 92 indica una agresividad perturbadora que sin duda alguna afectara a maestros, padres, pares y otros cuidadores.

- **Hiperactividad**

Tabla 14. Estadísticos para la variable: Hiperactividad (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Hiperactividad	24	33	78	51,79	13,108	0,408

El punto de vista de los padres en este caso, indica que los niños de este estudio a nivel general, no son hiperactivos, es decir, no presentan conductas tan impulsivas y que por el contrario ven el comportamiento de los niños como los de cualquier niño normal (Media = 51.79), no obstante algunos valores si podrían llegarse a considerarse patológicos (Máximo = 78) en la medida que la asimetría positiva indica tendencias hacia valores más perturbadores (Asimetría = 0.408). La desviación típica obtenida muestra dispersión moderada (desviación típica = 13.108) de los datos en comparación con las desviaciones típicas de otras variables.

- **Problemas de Conducta**

Tabla 15. Estadísticos para la variable: Problemas de Conducta (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Problemas de Conducta	24	35	115	64,17	20,385	0,659

La variable problemas de conducta en este caso resulta alterada con una media de 64.17, es decir, los padres ven a sus hijos con dificultades para comportarse adecuadamente en un medio social, teniendo como principales problemas los hurtos, trampas, mentiras, faltar al colegio sin permiso, decir mentiras, escaparse de la casa y consumir algún tipo de sustancia psicoactiva. La desviación típica 20,385 indica gran dispersión de los datos en la muestra y la asimetría positiva 0,659 muestra tendencia de los datos a tomar valores por encima de la media.

- **Problemas de Atención**

Tabla 16. Estadísticos para la variable: Problemas de Atención (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Problemas de Atención	24	35	77	55,25	11,826	-0,050

Aunque esta variable no se encuentra considerablemente alterada (Media = 55.25) y a pesar de que la mayoría de los datos se distribuyen levemente hacia valores más bajos que los de la media (Asimetría = -0.050), existen valores muy altos y que están ubicados en una tercera desviación típica en los baremos del BASC (Máximo = 77), así como valores muy bajos (Mínimo = 35); por la marcada diferencia entre los valores de la muestra es que se obtiene una desviación típica de 11.826.

Esta gran diferencia podría explicarse de dos formas: la primera tiene que ver con la dificultad a la que se enfrentan los padres a la hora de identificar la falta de atención por conductas hiperactivas o la falta de atención caracterizada por conductas ensimismadas, es decir, estas conductas son las que se presentan cuando en niños que tienen TDAH tipo inatento; la segunda explicación radica en la falta de conocimiento que los padres tienen acerca de las dificultades que se le presentan a sus hijos en el colegio y en la realización de las diferentes actividades domésticas y lúdicas.

- **Atipicidad**

Tabla 17. Estadísticos para la variable: Atipicidad (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Atipicidad	24	34	75	50,33	12,655	0,559

Según los padres, sus hijos no presentan rasgos importantes de psicoticismo, una media de 50.33 indica una ubicación en el rango normal según el BASC, aunque existen casos atípicos (Máximo = 75) que requerirían una evaluación a mayor profundidad.

Por otra parte la desviación típica (12.655) indica gran dispersión de los datos con una leve tendencia hacia valores más elevados o patológicos (Asimetría= 0.559).

- **Depresión**

Tabla 18. Estadísticos para la variable: Depresión (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Depresión	24	38	84	57,17	10,470	0,961

A diferencia de los puntajes obtenidos en otras escalas de esta investigación, los padres no identifican en sus hijos notorias características o síntomas asociados a la depresión; la media de 57.17 indica la presencia de algunos rasgos depresivos, aunque no se podría considerar como una variable afectada considerablemente. Una desviación típica de 10.470 y un coeficiente de asimetría de 0.961 indican una tendencia en los datos a tomar valores más patológicos, cuenta de esto da un valor máximo de 84 que lo ubicaríamos en una tercera desviación típica según los baremos del BASC y que sería un puntaje clínicamente significativo.

- **Ansiedad**

Tabla 19. Estadísticos de la variable: Ansiedad (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Ansiedad	24	26	83	45,67	13,871	0,769

La variable ansiedad en términos generales se encuentra en un rango normal (Media = 45.67), aunque no podemos dejar de lado que existe una desviación típica alta (Desviación típica = 13.871) y que los valores no se encuentran cerca a la media tendiendo a tomar valores más altos que ésta (Asimetría = 0.769).

Valores mínimos (26) y máximos (83) sin duda alguna resultan preocupantes y necesitaran la evaluación individual para determinar la existencia o no del trastorno de ansiedad o trastornos afectivos.

- **Retraimiento**

Tabla 20. Estadísticos de la variable: Retraimiento (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Retraimiento	24	37	66	47,92	9,399	0,694

La escala retraimiento en este caso no puntúa valores patológicos, por el contrario muestra una media de 47.92 que es normal y la desviación típica (9.399) indica dispersión leve en relación a las otras desviaciones encontradas. El valor que toma el coeficiente de asimetría (0.694) indica distribución positiva de los datos, la variación daría motivos para pensar que la mayoría de datos toman valores más patológicos que los de la media, aunque no clínicamente significativos.

- **Somatización**

Tabla 21. Estadísticos de la variable: Somatización (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Somatización	24	35	76	49,04	11,169	0,867

Según padres, los niños del estudio no presentan quejas o quebrantos de salud que pudieran deberse a un proceso de somatización (Media = 49.04), al igual que en la variable anterior la desviación típica (11.169) y asimetría (0.867) indican dispersión moderada y distribución positiva de los datos aunque los casos atípicos son pocos. Por lo tanto en términos generales, los padres no perciben procesos de somatización en sus hijos lo que quiere decir que esta variable no está alterada.

- **Habilidades Sociales**

Tabla 22. Estadísticos de la variable: Habilidades Sociales (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Habilidades Sociales	24	13	61	41,92	11,791	-0,494

La escala Habilidades sociales se muestra normal aunque su valor border line (Media = 41.92) indica algún grado de dificultad en el establecimiento y mantenimiento de redes sociales. La desviación típica (Desviación típica = 11.791) indica gran dispersión y la asimetría negativa (-0.494) revelan una tendencia de estos datos dispersos a ubicarse en valores aún más patológicos. Por lo tanto los padres a pesar de que a nivel general no perciben a sus hijos con grandes dificultades para relacionarse con los demás, si reconocen que existen algunas dificultades. Algunos valores atípicos que dan cuenta de la dispersión, muestran dificultades clínicamente significativas en la relación interpersonal de los niños con TDAH según la lectura que hacen los padres de su conducta.

- **Liderazgo**

Tabla 23. Estadísticos de la variable: Liderazgo (P)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Liderazgo	24	19	71	43,92	12,261	0,081

A pesar de que la media en esta variable indica normalidad (Media = 43.92) se puede inferir a nivel general, que los padres de estos niños perciben en ellos dificultades para ejercer liderazgo en cualquier grupo. La desviación típica es alta (12.261) lo cual indica alta dispersión de los datos en la muestra y de igual forma se puede observar una leve inclinación a valores más positivos (Asimetría=0.081), es decir, existe una leve tendencia de los valores a acercarse a la media normal según el BASC que es de 50.

7.3. ANÁLISIS INDIVIDUALIZADO DE LAS VARIABLES EN LA ESCALA TUTORES (T)

Al igual que en las anteriores escalas, se considera que los valores de normalidad están en un rango de 40 a 60. Este instrumento corresponde a la visión que tienen los diferentes maestros a los cuales se les aplicó el instrumento. Las variables que mide el BASC en esta escala (T) son:

- **Agresividad**

Tabla 24. Estadísticos de la variable: Agresividad (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Agresividad	26	42	90	71,62	14,305	-0,860

El puntaje medio para esta variable es 71.62, lo cual indica alta agresividad de los niños con TDAH en el contexto escolar según los maestros, al ubicarse en la tercera desviación típica según el BASC.

Aunque el valor medio de esta variable es alto, es necesario rescatar que la desviación típica también es alta, por lo cual, no todos los datos se encontrarán cerca a esta media. La asimetría negativa indica que los valores en esta variable tienden a estar por debajo de 71.62, sin embargo estos siguen siendo clínicamente significativos.

- **Hiperactividad**

Tabla 25. Estadísticos de la variable: Hiperactividad (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Hiperactividad	26	40	77	63,38	9,912	-0,800

Esta variable muestra una leve inclinación patológica con media de 63.38 aunque la distribución de la dispersión (Desviación Típica= 9.912) indica que los datos se encuentran ubicados por debajo de la media (Asimetría: - 0.800).

Es necesario aclarar que no es posible usar la media arrojada para esta variable con el fin de diagnosticar o no a un niño con TDAH. Como se puede observar en la tabla 25, existe un valor máximo de 77, lo que indica conductas claramente hiperactivas y que corresponderían al tipo de hiperactividad combinado y/o hiperactivo; por otra parte también se encuentra un valor mínimo de hiperactividad 40, que muestra hipoactividad, lo que representaría depresión y/o hiperactividad tipo inatento, es decir, según los datos se puede inferir que en esta muestra coexisten TDAH tipo hiperactivo, inatento y combinado.

La utilidad de esta variable radica en la interpretación que se puede hacer en conjunto con otras variables.

- **Problemas de Conducta**

Tabla 26. Estadísticos de la variable: Problemas de Conducta (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Problemas de Conducta	26	43	117	72,54	18,854	0,336

Según maestros, los niños con TDAH evaluados poseen muchos problemas de conducta (Media= 72.54), es decir, delincuencia y respuestas antisociales que se evidencian en: falta de honradez en la escuela, robar, faltar a clase sin permiso, mentir, huir de casa y el consumo de alcohol u otras drogas, están presentes de manera frecuente en el medio escolar.

Es una variable que resultó clínicamente significativa, la desviación típica deja ver que en realidad los datos están muy dispersos de la media pero hacia valores más patológicos (Asimetría: 0.336); también es preocupante ver un valor máximo de 117 que estaría ubicado más allá de una tercera desviación típica según los baremos del BASC.

- **Problemas de Atención**

Tabla 27. Estadísticos de la variable: Problemas de Atención (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Problemas de Atención	26	45	72	62,23	8,076	-0,967

Los problemas de atención son frecuentes en el aula de clase, una media de 62.23 indica problemas en el sostenimiento de la atención y tendencia a distraerse fácilmente, sin embargo, la mayoría de los datos están por debajo de la media (asimetría = -0.967) y también están alejados de la media con una dispersión leve en relación con desviaciones obtenidas en otras variables (Desviación típica = 8.076).

El problema de atención es la característica principal de cualquier tipo de TDAH salvo que se esté hablando del únicamente impulsivo. Probablemente los maestros perciban esta característica como de menor importancia en la medida que piensan que la falta de atención se reduce a no poner cuidado por estar jugando u otra actividad diferente a la clase; lo que en ocasiones se ignora es que la falta de atención puede estar presente en niños “callados y juiciosos” porque su atención en ese momento está fijada en otras elaboraciones mentales diferentes a las académicas.

- **Problemas de Aprendizaje**

Tabla 28. Estadísticos de la variable: Problemas de Aprendizaje (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Problemas de Aprendizaje	26	39	83	60,15	10,847	0,027

Aunque no todos los niños diagnosticados con TDAH poseen problemas de aprendizaje, esta tabla muestra una tendencia hacia rangos patológicos (Media=60.15) y (Asimetría= 0.027) en esta variable; no obstante la desviación típica (10.874) indica que los datos no se encuentran cerca de la media y que por el contrario adoptan valores que están entre 39 y 83.

- **Atipicidad**

Tabla 29. Estadísticos de la variable: Atipicidad (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Atipicidad	26	46	90	62,42	11,707	0,746

La escala atipicidad indica rasgos de psicoticismo en los niños cuando los valores T son mayores a 60, es decir, en este caso los maestros refieren comportamientos en los niños con características psicóticas como: morder la ropa, gruñirse o herirse a sí mismo, ingerir cosas no comestibles, balancearse o cantarse a sí mismo. Sin embargo los datos se encuentran muy dispersos con relación a la media (Desviación estándar = 11.707), los valores se comportan de manera asimétrica positiva (Asimetría = 0.746) y existen valores atípicos que dan cuenta de la gran dispersión.

La utilidad de la escala atipicidad es limitada en cuanto un estado psicótico en niños es poco frecuente; las conductas referidas pueden asociarse a trastornos de conducta perturbadora por lo cual el diagnóstico de psicoticismo debe ser cuidadoso e individualizado; lo anterior no resta importancia a la interpretación global de esta escala que nos permite ver conductas perturbadoras que pueden estar asociadas a rasgos psicóticos o trastornos de la conducta graves.

- **Depresión**

Tabla 30. Estadísticos de la variable: Depresión (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Depresión	26	40	149	74,04	22,511	1,558

La depresión es la variable que se encuentra alterada con mayor intensidad en las otras dos escalas (Padres y Autoinforme) y en ésta no es la excepción. Según los maestros los niños con TDAH poseen fuertes rasgos depresivos (Media = 74.04) que tienden en este grupo, a incrementarse más allá de la media (Asimetría = 1.558).

Sin duda, existen casos atípicos que son preocupantes como el valor máximo (149) que de manera directa aumentan la desviación típica (22.511) pero dejan ver que así como existen niños con un adecuado entorno familiar que no recrimina no reprocha y no hace sentir mal, también existen niños que en sus casas son víctimas de maltrato psicológico generándoles fuertes rasgos depresivos y tendencias suicidas en la adolescencia.

Es necesario recalcar que una puntuación T por encima de 70 indica alteración clínicamente significativa en la característica evaluada, de acuerdo a esto los rasgos depresivos son marcados en los niños según la interpretación que hacen los maestros de ellos en el ambiente escolar.

- **Ansiedad**

Tabla 31. Estadísticos de la variable: Ansiedad (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Ansiedad	26	37	92	56,65	13,314	0,877

A nivel general, los maestros no reportan la ansiedad como una variable a tener en cuenta (Media = 56.65) aunque una dispersión alta (Desviación típica = 13.314) y una asimetría positiva (Asimetría = 0.877) dan cuenta de una fuerte tendencia a que los valores se incrementen.

De alguna forma es preocupante observar valores de ansiedad tan altos como el reportado en el valor máximo (92), por lo cual y a pesar de que los resultados dan parte de normalidad es necesario rescatar la tendencia hacia puntuaciones negativas observadas por los tutores.

La ansiedad en los niños con TDAH se piensa que surge en la medida que se ven imposibilitados para cumplir con las demandas del medio familiar y escolar, los problemas de ansiedad junto con los trastornos de conducta son los principales responsables del posterior consumo de sustancias psicoactivas

- **Retraimiento**

Tabla 32. Estadísticos de la variable: Retraimiento (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Retraimiento	26	42	92	59,96	12,823	1,098

El retraimiento al puntuar borde line con media de 59.96 indica que los niños se pueden sentir abandonados o rechazados por los iguales. Es necesario tener en cuenta que los diferentes valores, a pesar de estar muy dispersos en la muestra (desviación típica = 12.823), presentan en términos generales una tendencia a valores clínicamente significativos ($T > 70$) que sugiere aislamiento patológico similar al de carácter autista, es decir, se evidenciaría mediante la evitación de otros, rechazo a conversar y a unirse a las actividades de grupo, etc.

Es necesario aclarar que aunque el retraimiento leve sea considerado como un síntoma de la depresión, la primera se puede considerar como una entidad propia.

- **Somatización**

Tabla 33. Estadísticos de la variable: Somatización (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Somatización	26	43	108	60,04	16,511	1,133

Los estadísticos arrojados en la variable somatización indican, a nivel general quejas de salud injustificadas en los niños (Media=60.04). Una fuerte tendencia a que estos valores tomen valores superiores es mostrada por la asimetría 1.133, lo que nos indica que estos casi siempre son superiores a los de la media. Cuenta de esto da el valor máximo de esta variable evaluada que puntúa 108, que sin lugar a dudas es un caso atípico clínicamente significativo.

- **Habilidades Sociales**

Tabla 34. Estadísticos de la variable: Habilidades Sociales (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Habilidades Sociales	26	23	50	36,42	6,172	-0,050

Entendiendo que el rango de normalidad según el BASC se encuentra entre puntuaciones T de 40 y 60, se puede decir a nivel general que los maestros ven a los niños con TDAH como personas poco sociables, es decir, los perciben con dificultades para admitir errores, felicitar a otros, animar a otros, ofrecer ayuda, iniciar conversaciones adecuadamente y decir “por favor” y “gracias”.

Esta escala es de mucha importancia ya se relaciona con la depresión y los problemas de conducta. Dificultades en las relaciones interpersonales no le permiten al niño crear las redes de apoyo que son de vital importancia en la solución asertiva de conflictos y algunas características de las habilidades sociales son indispensables para el mantenimiento de un ambiente familiar armónico.

La desviación típica (6.172) y la asimetría (-0.050) indican que los valores tienden a adoptar valores aún más patológicos con algunas excepciones que dejan entre ver una dispersión no muy grande de los datos.

- **Liderazgo**

Tabla 35. Estadísticos de la variable: Liderazgo (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Liderazgo	26	28	75	40,85	11,439	1,574

Esta variable está muy relacionada con la de habilidades sociales y denota una buena adaptación a la comunidad y a la escuela.

El análisis estadístico muestra a nivel general, pocas aptitudes hacia el liderazgo (media = 40.85) aunque existe una tendencia a que los valores sean más positivos (Asimetría = 1.574); no obstante los valores están muy dispersos y se pueden identificar casos que son clínicamente significativos, lo que quiere decir que encontramos niños que no son capaces de hacer buenas sugerencias ni de tomar decisiones con facilidad y asertividad, así como que encontramos niños con suficientes aptitudes de liderazgo.

- **Habilidades para el Estudio**

Tabla 36. Estadísticos de la variable: Habilidades para el estudio (T)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría
Habilidades para el Estudio	26	26	57	36,42	7,875	1,037

A nivel general los maestros piensan que estos niños tienen pocas habilidades para el estudio (Media = 36.42) aunque se evidencia una tendencia a valores más normales (asimetría = 1.037); con una dispersión de datos respecto a la media relativamente baja en la medida que la comparemos con las desviaciones encontradas en otras variables.

Según el Basc las bajas habilidades para el estudio indican problemas en la metamemoria y metacognición, es decir, dificultades en el análisis y la representación de un problema antes de resolverlo.

7.4. RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA AUTOINFORME (S)

Tabla 37. Estadísticos Globales del Autoinforme (S)

	N total	Media	Desviación típica
Actitud Negativa hacia el Colegio	26	54	10
Actitud Negativa hacia los Profesores	26	57	15
Atipicidad	26	58	13
Locus de Control	26	65	11
Estrés Social	26	61	15
Ansiedad	26	53	10
Depresión	26	67	16
Sentido de Incapacidad	26	63	11
Relaciones Interpersonales	26	32	18
Relaciones con los Padres	26	43	12
Autoestima	26	37	12
Confianza en sí mismo	26	43	13

De todas las descripciones hechas con anterioridad y observando la tabla 37 es posible enlistar las variables alteradas en el autoinforme de acuerdo a la gravedad de la alteración de la siguiente forma:

Escalas Negativas alteradas:

- ✓ Depresión
- ✓ Locus de control (externo)
- ✓ Sentido de incapacidad
- ✓ Estrés social
- ✓ Atipicidad

Escalas Positivas alteradas:

- ✓ Relaciones interpersonales
- ✓ Autoestima
- ✓ Confianza en sí mismo

7.5. RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA PADRES (P)

Tabla 38. Estadísticos Globales de la escala Padres (P)

	N total	Media	Desviación típica
Agresividad	24	60	15
Hiperactividad	24	52	13
Problemas de Conducta	24	64	20
Problemas de Atención	24	55	12
Atipicidad	24	50	13
Depresión	24	57	10
Ansiedad	24	46	14
Retraimiento	24	48	9
Somatización	24	49	11
Habilidades Sociales	24	42	12
Liderazgo	24	44	12

Desde el punto de vista de los padres las alteraciones percibidas son menos que las identificadas por los niños, no obstante se encontraron algunas variables alteradas que se ordenan según la gravedad de la alteración de la siguiente forma:

Escalas Negativas alteradas:

- ✓ Problemas de conducta
- ✓ Agresividad
- ✓ Depresión

Escalas positivas alteradas:

- ✓ Habilidades sociales
- ✓ Liderazgo

7.6. RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA TUTORES (T)

Tabla 39. Estadísticos Globales de la escala Tutores (T)

	N total	Media	Desviación típica
Agresividad	26	72	14
Hiperactividad	26	63	10
Problemas de Conducta	26	73	19
Problemas de Atención	26	62	8
Problemas de Aprendizaje	26	60	11
Atipicidad	26	62	12
Depresión	26	74	23
Ansiedad	26	57	13
Retraimiento	26	60	13
Somatización	26	60	17
Habilidades Sociales	26	36	6
Liderazgo	26	41	11
Habilidades para el Estudio	26	36	8

Curiosamente los resultados de la escala tutores muestran un número grande de variables alteradas que al igual que en las otras dos escalas se ordenaran según el grado de alteración reportado en puntuaciones T de la siguiente forma:

Escalas Negativas alteradas:

- ✓ Depresión
- ✓ Problemas de conducta
- ✓ Agresividad
- ✓ Hiperactividad
- ✓ Problemas de atención
- ✓ Atipicidad
- ✓ Problemas de aprendizaje (Border Line)
- ✓ Retraimiento (Border Line)
- ✓ Somatización (Border Line)

Escalas positivas alteradas:

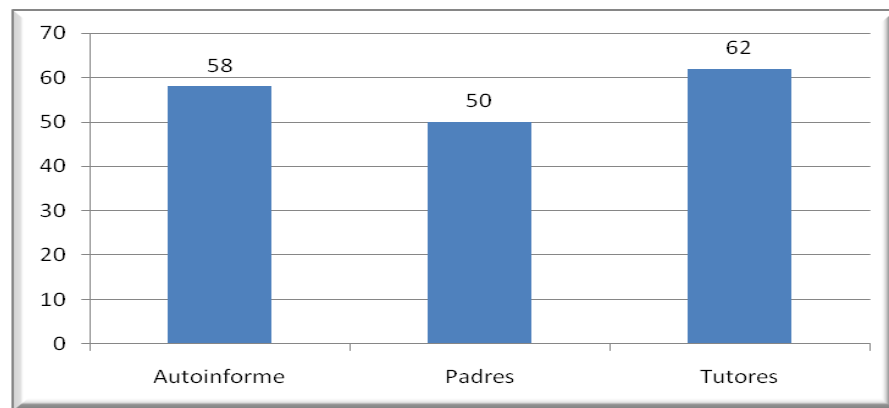
- ✓ Habilidades sociales
- ✓ Habilidades para el estudio
- ✓ Liderazgo (Border Line)

7.7. COMPARACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS RESULTADOS ENTRE VARIABLES A FINES EN LAS DIFERENTES ESCALAS.

Se realizarán comparaciones en las puntuaciones de cuatro variables presentes en los tres instrumentos, con el fin de mostrar la tendencia encontrada en la aplicación de ANOVA con el coeficiente de Games-Howell, encontrando como factor común una mayor igualdad entre las puntuaciones obtenidas de los niños y de los tutores.

- **Atipicidad**

Gráfico 1. Comparación de puntajes en la variable: Atipicidad

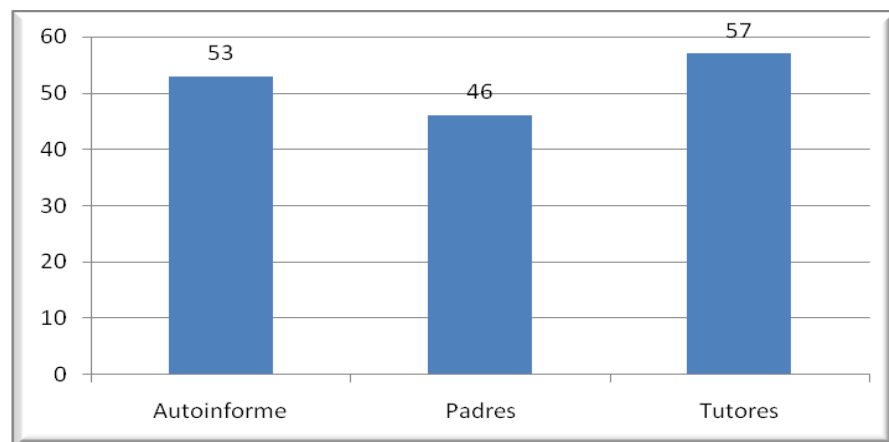


Al observar este gráfico el lector se puede dar cuenta a simple vista que existe una similitud entre los puntajes arrojados por la escala autoinforme y la escala Tutores, la escala padres reporta una puntuación más baja que cualquiera de las otras dos.

Los resultados de Anova según coeficiente de Games-Howell para varianzas no homogéneas muestra significancia de 0.450 en la relación Autoinforme-Tutores; 0.078 para Autoinforme-Padres y de 0.003 para Tutores-Padres, lo cual indica una igualdad de medias más notoria entre las escalas Autoinforme y tutores que en las otras dos relaciones restantes.

- **Ansiedad**

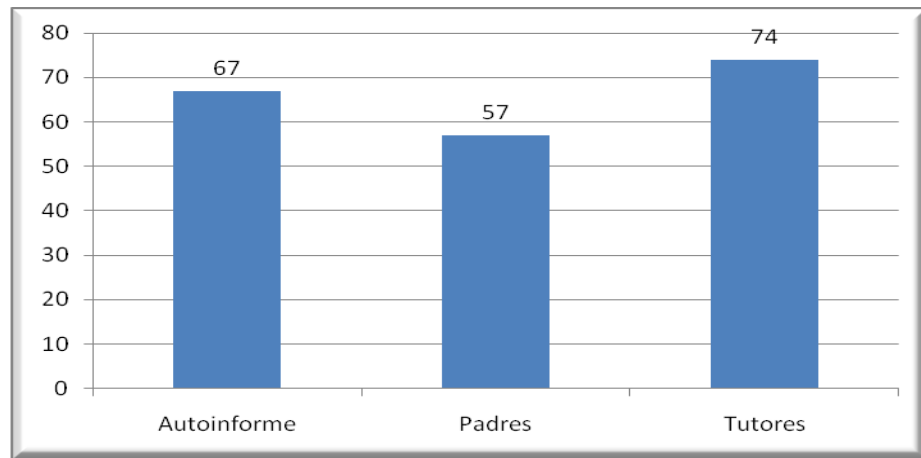
Gráfico 2. Comparación de puntajes en la variable: Ansiedad



Al analizar esta variable se encuentran nuevamente valores más similares entre la escala autoinforme (53) y la escala tutores (57). El Anova ratifica lo observado a simple vista en las gráficas; según los puntajes en la significancia de las relaciones Autoinforme-Tutores ($P=0.430$), Autoinforme-Padres ($P=0.129$) y Tutores-Padres ($P=0.017$), la igualdad entre los puntajes medios es más importante en la relación Autoinforme-Tutores, al igual que en la variable Atipicidad

- **Depresión**

Gráfico 3. Comparación de puntajes en la variable: Depresión

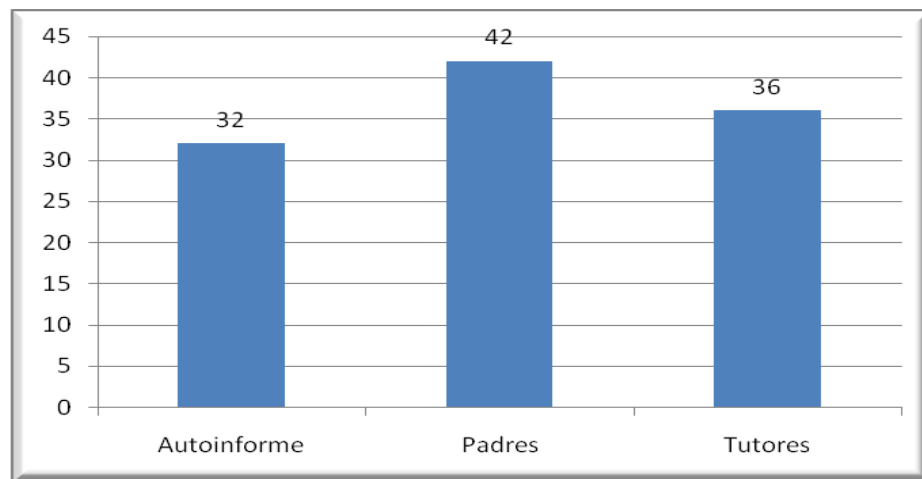


Como lo indica el gráfico, los puntajes arrojados aunque difieren de manera considerable unos con otros, continúan mostrando la misma tendencia moderada en la relación de igualdad en las medias de las escalas autoinforme y tutores.

El Anova aplicado arroja relación $P= 0.364$ en el par Autoinforme-Tutores; $P= 0.050$ en el par Autoinforme-Padres y $P= 0.004$ en el par Tutores-Padres lo cual indica mayor igualdad en las medias del par Autoinforme-Tutores.

- **Habilidades Sociales**

Gráfico 4. Comparación de puntajes en la variable: Habilidades Sociales



Es necesario recordar en primer lugar que esta escala se interpreta de forma inversa a las anteriores por ser considerada según el BASC como una variable que evalúa rasgos positivos en la conducta del niño.

Los resultados del Anova arrojan las siguientes significancias:

- ✓ Relación puntajes obtenidos de la escala Autoinforme-Tutores: $P=0.527$
- ✓ Relación puntajes obtenidos de la escala Autoinforme-Padres: $P=0.074$
- ✓ Relación puntajes obtenidos de la escala Padres-Tutores: $P=0.118$

De los anteriores datos y observando el gráfico 4, es correcto afirmar que los puntajes obtenidos en la escala Autoinforme y los obtenidos en la escala Tutores son similares en sus medias contrastando con la relación Autoinforme-Padres.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En Colombia las investigaciones que se han desarrollado respecto al tema de TDAH, han dejado a un lado las alteraciones comorbiles a este trastorno y se han centrado principalmente en estudios de prevalencia y la caracterización del mismo.

Teniendo clara la sintomatología y conociendo los riesgos futuros de la agudización del cuadro clínico característico de este trastorno, es necesario identificar otras alteraciones psicológicas que son producto y coexisten con el TDAH contribuyendo de manera significativa en dicha cronificación. Por este motivo se planteó esta investigación, que tiene como objetivo identificar las diferentes alteraciones psicológicas comorbiles asociadas al TDAH siguiendo un análisis nomotético, es decir, se recoge y analiza la información desde la perspectiva del niño diagnosticado TDAH (Autoinforme), la perspectiva de los maestros (T) y padres (P) frente a este trastorno.

Esta investigación se realizó con un total de 76 instrumentos aplicados a padres, tutores y niños. Estos instrumentos corresponden a las escalas, (P), (T) y (S) respectivamente del sistema de evaluación de la conducta del niño y del adolescente BASC.

Cuando se dice que el análisis de esta investigación es nomotético es porque se indicarán las alteraciones reportadas por cada instrumento; por ejemplo el autoinforme arrojó alteraciones en las variables depresión, locus de control, sentido de incapacidad, estrés social, atipicidad, relaciones interpersonales, autoestima y confianza en sí mismo. La escala (P) Padres, indica menos variables

alteradas que el autoinforme (S), reportado problemas de conducta, agresividad, depresión, bajas habilidades sociales y poca capacidad de liderazgo. Finalmente la escala (T) tutores, indica puntuaciones anómalas en las variables: depresión, problemas de conducta, agresividad, hiperactividad, problemas de atención, atipicidad, problemas de aprendizaje, retraimiento, somatización, habilidades sociales, habilidades para el estudio y Liderazgo. Estos resultados son parecidos a los que reporta Moreno en el 2001, donde plantea la existencia de problemas de disciplina, de relaciones sociales, autoestima y depresión⁴⁴ comorbiles al trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En realidad son pocas las investigaciones que han intentado identificar trastornos comorbiles al TDAH, por ejemplo, la doctora María Elena Navarro Calvillo docente de la Universidad Autónoma San Luis de Potosí, México, afirma que los niños con TDAH son más propensos a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social; de igual forma asevera que los adolescentes con este trastorno poseen mayor probabilidad de tener problemas con la justicia que otros adolescentes sin este trastorno. La doctora Navarro concretamente y al igual que en el presente trabajo (Ver Tablas 37, 38 y 39), indica que el TDAH guarda correlación con alteraciones como: Depresión infantil, problemas de integración social, autoestima, agresión y motivación⁴⁵.

Dentro del autoinforme se observan variables alteradas asociadas a la depresión como: estrés social, sentido de incapacidad, autoestima y confianza en sí mismo que se relacionan de manera fuerte con ansiedad y bajas relaciones interpersonales, retroalimentando sentimientos de soledad, tristeza, incapacidad para disfrutar la vida, desesperanza, pesimismo, temor, baja perseverancia,

⁴⁴ **Moreno, I.** *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento.* Pirámide. Madrid. 2001.

⁴⁵ **Navarro ME.** Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Reflexiones 83(1) 107-120. ISSN: 1021-1209 / 2004

percepción de no tener éxito, sentimientos permanentes de insatisfacción consigo mismo, timidez, desconfianza, dificultad para hacer frente a problemas (principalmente de tipo emocional), tendencia a evitar pensamientos y sentimientos desagradables, interiorización de problemas, inseguridad, dependencia y angustia de separación.

Todas las variables que se muestran alteradas, indican que los niños con TDAH tienen sentimientos asociados a la depresión, sin dejar de lado que estos sentimientos usualmente vienen relacionados a la ansiedad y dificultad en las relaciones sociales.

Al igual de lo que dice Cunningham & Siegal en 1985, es probable que estos sentimientos sean originados por la retroalimentación negativa de los padres, maestros y niños de su misma edad en el contexto familiar y escolar; la incapacidad para responder adecuadamente a las demandas en los diferentes contextos genera aquellos sentimientos que con anterioridad se describen.

Como se mencionaba con anterioridad, la escala padres (P) arroja variables alteradas asociadas a síntomas depresivos. Según Valzelli en 1983 y Scott en 1958, la agresividad y los problemas de conducta reportados por los padres, son usados frecuentemente por los niños para enmascarar sentimientos depresivos o reaccionar a los ataques percibidos hacia ellos; de igual manera la vinculación a grupos sociales marginados es frecuente, es posible pensar en la existencia de un trasfondo y/o evidencia de ansiedad, estrés y labilidad emocional.

Teniendo en cuenta el análisis de la escala tutores, resulta interesante observar que todas menos una variable resultaron con alteraciones significativas y algunas con alteraciones clínicamente significativas.

Las escalas donde el puntaje se considera como clínicamente significativo son: agresividad, los problemas de conducta y la depresión; como alteraciones significativas se tienen: hiperactividad, problemas de atención, de aprendizaje, atipicidad, retraimiento, somatización, bajas habilidades sociales, incapacidad de liderazgo y escasas habilidades para el estudio; respecto a los problemas de aprendizaje, Waheeda en el 2002 reporta que existe un rango del 40 al 80% de problemas de aprendizaje asociado al TDAH.

Lo que resulta interesante en la escala T, se puede interpretar de diferentes formas: una de ellas es pensar que los maestros tienden a patologizar más a los niños con TDAH, la otra es que los padres no tienen el suficiente contacto con los niños como para dar un punto de vista ajustado a la realidad, también es posible que los niños estén exteriorizando todas sus dificultades en el contexto escolar por lo cual los maestros los perciben con más alteraciones que los padres y finalmente también se debe tener en cuenta alguna tendencia de los padres a salvaguardar sus hijos de algún tipo de rotulación en la escuela por lo cual minimizan los síntomas presentes de sus hijos. Ante esta situación, se hace necesaria la comparación de los puntajes entre los diferentes grupos en las variables que se evalúan por igual en los tres instrumentos. Con este fin se aplicó el Anova, se pretendía comparar las medias de variables a fines en las tres escalas. Los resultados muestran claramente una mayor similitud entre los puntajes que arrojaron las escalas autoinforme y tutores que cualquier otra relación que se pudiera establecer, lo cual, le da más fuerza a la hipótesis de que en realidad los padres les hace falta mayor contacto con sus hijos o generar más confianza y empatía con ellos; y que éste distanciamiento repercute de forma negativa en el reconocimiento de síntomas emocionales, dificultando la atención profesional de éstos, y contribuyendo a la cronificación de alteraciones psicológicas de mayor gravedad en el futuro.

9. CONCLUSIONES

Las conclusiones de esta investigación serán presentadas en primer lugar de acuerdo al punto de vista de cada grupo evaluado (S, P y T), con posterioridad se concluirá a nivel general acerca de las similitudes encontradas entre las variables reportadas en cada instrumento y finalmente, las conclusiones provenientes del análisis de las comparaciones de los puntajes mediante los anovas aplicados a la variables similares en los tres instrumentos.

- Los niños del estudio se perciben con problemas para relacionarse con los demás, con baja confianza en sí mismo consecuencia de una reducida autoestima y fuerte sentido de incapacidad.
- Se identifican en los niños rasgos depresivos asociados a estrés social producto de las mismas dificultades sociales que le acarrea su conducta desadaptada, también existe un locus de control externo y conductas atípicas que marcarían el origen de un trastorno esquizofrénico.
- Los padres perciben a sus hijos con bajas habilidades sociales y por consiguiente pocas aptitudes de liderazgo. También identifican problemas serios de conducta caracterizados por manifestaciones agresivas, además de rasgos de depresión infantil.
- Los maestros de los niños con TDAH, indican que estos poseen bajas habilidades sociales, bajas habilidades para el estudio y pocas aptitudes de liderazgo. Por otra parte los maestros también reportan depresión, problemas de conducta, agresividad, hiperactividad, problemas de atención, atipicidad, problemas de aprendizaje, retraimiento y Somatización.

- En los tres instrumentos se encuentran alteradas variables que se enmarcan dentro de la sintomatología característica de la depresión infantil y las dificultades de interacción con las otras personas.
- Los puntajes obtenidos en la escala Autoinforme y los puntajes obtenidos en la escala Tutores, muestran mayor grado de igualdad en las 4 variables en las que se evaluó, indicando congruencias entre las propias percepciones y las que el tutor hace del niño, posiblemente debido a la retroalimentación que éste recibe, producto de sus conductas inapropiadas captadas y reportadas por los docentes.
- Las escalas cuyos puntajes tuvieron menor grado de igualdad fueron la de Tutores y Padres evidenciando una diferencia significativa en la lectura que los dos hacen del niño o una diferencia en la forma de comportarse del niño en los diferentes contextos.

10. RECOMENDACIONES

- Es necesario que se desarrolle un estudio epidemiológico en el Huila, que aporte cifras exactas de la prevalencia de TDAH en la región.
- Se debe capacitar a los docentes de los colegios en técnicas pedagógicas actuales, que permitan un adecuado manejo de niños con TDAH dentro del aula de clase.
- Sería pertinente promover programas gubernamentales para detectar e intervenir de forma eficaz los casos de TDAH encontrados, vinculando en el proceso a la familia, los docentes, el médico y el psicólogo.
- Se recomienda a los psicólogos identificar de forma paralela, los trastornos psicológicos comorbiles al TDAH en la consulta individual.
- Realizar una segunda fase de este estudio con una población más extensa de escolares, con un diseño metodológico experimental o cuasi experimental, que permita obtener datos que complementen, corroboren o niegen los hallazgos de la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA

AJURIAGUERRA, J. de Manual de Psiquiatría Infantil, Masson, España,1993.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

ACHENBACH, T.M. y EDELBROCK, C.S. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.1983.

BARKLEY, HOZA et al. 1993; Lufi & Parish –Pals, 1995; Milich, Carlson, Pelma y Licht, 1991) 1998

BARKLEY RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, second ed. New York: Guilford Press. (1998).

BIAGGI HR. Trastorno por déficit de la atención. Un resumen actualizado. Alcmeon, No. 18, 1996.

BROWN RT, FREEMAN WS, PERRIN JM, STEIN MT, AMLER RW, FELMAN HM, et al. Prevalence and assessment of attention deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*.;107:e43, 2001.

CUNNINGHAM, S. Y OXFORD A. Developmental dose response analysis of the effects of methylphenidate on the peer interaction of attention deficit disordered boys. *Journal child Psychology and Psychiatry*, 26, 955-971. 1985.

CASTRO D, FERNÁNDEZ C, ALBERDI J. Ansiedad generalizada, *Guías Clínicas*; 4 (10) 2004

INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS, CIE 10, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

CALVILLO, M. Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Rev. Reflexiones* 83 (1): 107-120, ISSN: 1021-1209 / 2004.

CRYSTAL, D.S., R. OSTRANDER, R. CHEN Y G.AUGUST. Multimethod Assessment of Psychopathology Among DSM-IV Subtypes of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Self-,parent, and teacher report. *Journal of abnormal child Psychology*. 29, (3), 189-205. 2003.

CORNEJO JW, Osio O, Sánchez Y et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev Neurol 2005; 40: 716-22.

DEL BARRIO, V., CEREZO, M.A. Y CANTERO, M.J. Adaptación y características psicométricas del CBCL de Achenbach en Población Española. Santiago de Compostela. 1994.

EDELBROCK, C. Y COSTELLO, A. Convergence Between Statistically Derived Behavior Problem Syndromes and Child Psychiatric Diagnoses. Journal of Abnormal Child Psychology, 16 (2), p. 219-231.1988.

FARRÉ-RIBA A, NARBONA J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar:validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. Acta Pediatr Esp 47.1989.

GRATH L. El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) Resumen del libro “El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)” Autor: Editorial Médica Panamericana Enero de 2001

GUMPEL. Sleep Disturbances in Adolescents with Symptoms of attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. Journal Learning Disabilities, 35, No. 3, 269-275. 2003.

GOODING P, GONZALES A, YUSUNGUAIRA A, OME I. Evaluación del efecto cognitivo y comportamental de la aplicación de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en escolares diagnosticados TDAH de dos escuelas públicas de Neiva 2007.

HUDZIAK, J., COPELAND, W., STANGER, C. Y WADSWORTH, M.. Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (7), p. 1299-1307.2004.

HOLMAN E, SILVA D. Un Síntoma de la Vida en Familia: El Déficit de Atención con Hiperactividad, 2002.

HUNTINGFORD, F. & TURNER, T."Animal conflict". Chapman and Hall, London, New York (1987).

MORENO, I. Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento. Pirámide. Madrid, 2001.

NAVARRO M. Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Rev. Reflexiones* 83 (1): 107-120, ISSN: 1021-1209 / 2004

NIGG, J; Y S. HINSHAW. Parent Personality traits psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention- deficit hyperactivity disorder. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines. 39 (2), 145-159. 2003.

OLIVIER, B. Y MOS J. "Depression, anxiety and aggression" (" Preclinical and clinical interfaces"). Medidact, Amsterdam (1988).

PINEDA D, ARDILA A, ROSSELLI M, ARIAS BE, HENAO GC, GOMEZ LF, et al. Prevalence of Attention Déficit Hyperactivity Disorder Symptoms 4 to 17 Years Old Children in the General Population. J Abnormn Child Psychol 1999; 27: 455-62.

STILL GF. The Goulstonian Lectures on Some Abnormal Psychical Conditions in Children. Lancet 1902. 1:1008-1012

SPENCER T, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV, Adults with attention deficit hyperactivity disorder : a controversial diagnosis. J clinic psychiatric 59 (suppl 7):59-68, (1998).

VERHULST, F., KOOT, H.M Y VAN DER ENDE, J. Differential Predictive Value of Parents' and Teachers' Report of Children'Problem Behaviors: A Longitudinal Study. Journal of Abnormal Child Psychology, 22 (5), p. 531-546.1994.

WASHINGTON DC: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; p. 85-93.]. 2000.

YAGOSESKY, R, Autoestima en palabras sencillas, ALFADIL, 1997.