

Discrepancias existentes en los resultados arrojados en la Escala adaptada Conners para padres y maestros de niños con TDAH según el subtipo¹

Jessica María Hoyos Ramírez²

Juan Bernardo Zuluaga³

Grupo de investigación: Desarrollo infantil

Línea de investigación: Actores y escenarios del desarrollo infantil en el contexto clínico

Universidad de Manizales

Facultad de ciencias sociales y humanas

Programa de psicología

Manizales, Agosto de 2014

¹ Trabajo derivado del macroproyecto de investigación *Caracterización neuropsicopedagógica de niños y niñas con TDAH que asisten a programas de atención de la ciudad de Manizales*, adscrito al Grupo de Investigación en Psicología del Desarrollo de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales. El macroproyecto hace parte del convenio de cooperación interinstitucional con el grupo de investigación *Neuroaprendizaje* de la Universidad Autónoma de Manizales, desde el proyecto *Caracterización de los potenciales relacionados a eventos cognitivos en la diferenciación de los subtipos clínicos del trastorno por déficit de atención* y del contrato de prestación de servicios con el grupo de investigación *Control y procesamiento de señales digitales* de la Universidad Nacional –Sede Manizales- a partir del proyecto apoyado por Colciencias *Identificación automática del trastorno por déficit de atención/hiperactividad sobre registros de potenciales evocados cognitivos*.

² Estudiante de Psicología. Asistente del Grupo de Investigación Psicología del Desarrollo. Universidad de Manizales. jekawestlife@hotmail.com

³ Docente Programa Psicología. Investigador Grupo Psicología del Desarrollo. Universidad de Manizales. juanb@umanizales.edu.co

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo identificar las discrepancias existentes en los resultados arrojados por las Escalas adaptadas de Conners para padres y maestros de niños con TDAH, para lo cual se tomó una muestra de 110 participantes, con edades entre los 5 y 15 años edad divididos en igual proporción entre casos ($n = 55$) y controles ($n = 55$), de los cuales 24 (21,8%) pertenecen al género femenino y 86 (78,8%) al género masculino, que cursaban grados escolares entre transición y décimo de bachillerato. Respecto a los casos, el subtipo combinado abarca el 31,8% de la muestra, seguido por el subtipo inatento con el 16,4% y por último el hiperactivo con tan solo el 1,8% de representación. El instrumento de recolección de la información fue la aplicación de las escalas Conners para padres y Conners para profesores, las cuales correspondieron a una versión colombiana adaptada de las escalas originales en español, obtenidas en el estudio manizaleño que permitió estandarizarlas y validarlas (Pineda, 2000). Al realizar comparaciones de medias entre ambos grupos utilizando la prueba U de Mann Whitney e igualmente comparaciones de medias en los subtipos haciendo uso de la prueba de Kruskal-Wallis, se encontró que la variable en la que existió mayor diferencia fue en el factor de hiperactividad-impulsividad, así como la tendencia de los padres a calificar a sus hijos mucho más inatentos que los profesores y que estos últimos observan mucho más hiperactivos a los niños que sus propios padres. Finalmente, al analizar las correlaciones entre los factores de inatención e hiperactividad/impulsividad, se encontró que la concordancia entre las valoraciones de padres y maestros es de magnitud moderada. Estos resultados pueden interpretarse como un aporte para futuras investigaciones que permitan identificar las discrepancias existentes en los resultados arrojados en la Escala adaptada Conners para padres y maestros de niños con TDAH según variables demográficas y contextuales.

Palabras clave:

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, escalas Conners para padres y maestros, discrepancias, subtipos.

Abstract

This study aimed to identify the discrepancies in the results obtained in the adapted Conners' Scale for parents and teachers of children with ADHD, for which a sample of 110 participants, with ages between 5 and 15 years, divided in equal proportion between cases (n = 55) and controls (n = 55), of which 24 (21.8%) belong to the female and 86 (78.8%) belong to males, who were between transition and tenth grade. Regarding the cases, the combined subtype covers 31.8% of the sample, followed by the inattentive subtype with 16.4% and finally the hyperactive one with only 1.8% representation. The instrument of data collection used for this study was the application of the Conners scales for parents and Conners for teachers, which corresponded to a Colombian version adapted from the original scales in Spanish; obtained from a study in Manizales that allowed it to be standardized and validated (Pineda, 2000). This article presents the analysis of the results obtained by comparisons of means between group cases and controls using the U Mann Whitney test. Was found that the variable that existed biggest difference was in the factor of hyperactivity-impulsivity and the tendency of parents to rate their children much more inattentive teachers and the latter observed much more hyperactive children their own parents. Finally, when analyzing the correlations between the factors of inattention and hyperactivity / impulsivity, it was found that the correlation between parent and teacher ratings is moderate magnitude. These results can be interpreted as a contribution to future research to identify the discrepancies in the results obtained in the Conners Scale adapted for parents and teachers of children with ADHD according to demographic and contextual variables.

Keywords

Attention deficit disorder and hyperactivity, parents Conners scales, teachers Conners scales, discrepancies, subtypes.

Introducción

Según Cáceres & Herrero (2011), el Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDAH), es considerado el trastorno infantil que se diagnostica con más asiduidad en la actualidad, caracterizado por niveles de inatención, hiperactividad e impulsividad que superan lo habitualmente esperado, siendo estas conductas más frecuentes e intensas según la edad y desarrollo del sujeto (Amador, Idiazábal, Sangorrín, Espadaler & Forn, 2002, p.350). Su inicio es anterior a los siete años y casi siempre se manifiesta antes de los cinco; la presentación de sus síntomas varía según el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, la escolaridad y los factores contextuales que acompañan a cada sujeto (DSM-IV, 1994).

Según el Manual Diagnóstico DSM-IV-TR (1994), el TDAH es un síndrome conductual en el que se da un trastorno comportamental caracterizado por la presencia de diferentes estados como la distracción moderada grave, períodos de atención reducidos, comportamiento de hiperquinesia, alteraciones de tipo emocional y conductas impulsivas, por lo que generalmente los síntomas se intensifican ante situaciones que exigen atención y carecen de atractivo o novedad intrínsecos. Normalmente dicho trastorno persiste y se manifiesta hasta después de la adolescencia por lo que la intervención familiar y terapéutica juega un papel clave para el mejoramiento de sus síntomas. Estudios como el de Biederman (2006), han demostrado que entre el 60 % y el 75 % de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta su adultez.

Para el diagnóstico del TDAH, se requiere un proceso de evaluación que facilite de manera oportuna el reconocimiento de las características y sintomatología para su intervención posterior, para lo cual es necesaria la aplicación de diferentes instrumentos que permitan determinar cuáles de todos los aspectos descritos están presentes para confirmar y/o descartar la condición y perfilar el subtipo de manera idónea (DSM-IV-TR, 1994).

Según Félix (2006), la evaluación del TDAH es un aspecto de gran complejidad, excepto en aquellos niños que presentan una frecuencia y severidad tan visible que la observación directa y la aplicación de algunos cuestionarios garantizan un diagnóstico certero;

lo cual no sucede en aquellos niños en los que no se observan los síntomas cardinales, lo que exige indagar otros aspectos que aparentemente se encuentran latentes.

Para la evaluación de TDAH es necesaria la aplicación de cuestionarios diligenciados tanto por los padres como por los profesores, dado que es indispensable el concepto emitido por diferentes informantes que pueden aportar datos relevantes del desempeño de los evaluados en más de un contexto (Montiel & Peña, 2001).

Dentro de las escalas empleadas para la medición del comportamiento se encuentran las escalas Conners (Conners, 1989, citado por Pineda, 2000), las cuales son posiblemente los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH dada la practicidad de las mismas por su fácil administración, tiempo breve en su aplicación y escasos costos. Félix (2006) refiere que los instrumentos para la evaluación comportamental suelen ser contruidos desde una cultura específica, pero, frecuentemente, son modificados y ajustados a otras culturas. Lo anterior permite tipificar las conductas a estudiar de manera previa al conocimiento de su variabilidad en la población general.

En nuestro medio se cuenta con investigaciones que han normatizado y validado instrumentos para la evaluación del TDAH. Tal es el caso de la investigación llevada a cabo en la ciudad de Manizales (Universidad de Manizales, 2004) para la estandarización de los cuestionarios de Conners para padres y maestros, utilizando las versiones revisadas en español de Conners, Gollete y Ulrich (citados por Farré-Riba & Narbona (1997) y que fueron retomados para dicha investigación por Pineda (2000). Las versiones estandarizadas y validadas de estos cuestionarios fueron las empleadas en el macroproyecto del cual hace parte el presente artículo, cuyo propósito es identificar las discrepancias existentes en los resultados arrojados en las escalas adaptadas de Conners para padres y maestros de niños con TDAH según los subtipos encontrados en los participantes.

Dicho macroproyecto surge en la línea de investigación *Actores y escenarios del desarrollo infantil en el contexto clínico*, perteneciente al grupo de investigación en Psicología del Desarrollo, el cual ha venido trabajando en análisis secundarios sobre los datos disponibles acerca de una muestra de niños y niñas con TDAH de la ciudad de Manizales, evaluados en el periodo 2009 a 2011. Dicho trabajo se enmarca en un interés investigativo en torno a la caracterización cognitiva y comportamental de este grupo clínico.

ANTECEDENTES

Discrepancias en las valoraciones de las escalas Conners

Montiel y Peña (2001), plantean que es muy común encontrar diferencias en las valoraciones de los comportamientos del niño (a) debido a que la percepción de los evaluadores son distintas teniendo en cuenta el contexto en el cual interactúa, como lo suelen ser familias conformadas por un solo hijo, así como de varios hermanos e igualmente los conceptos de los padres hacia los hijos y el concepto de los maestros hacia sus estudiantes, lo que confirma las diferencias respecto a las valoraciones de los docentes o profesionales de la salud, siendo ambas válidas, tomadas más bien como una función de las diferencias de interrelaciones entre el informante y el niño. Según estos autores, a estas características se le suma el hecho de que los niños no asisten a consulta por sí solos, sino que son llevados a la misma por sus padres, referidos por profesores u otros profesionales de la salud mental. Por lo tanto, obtener descripciones válidas de los diferentes informantes quienes brindan la información necesaria acerca de la conducta del niño y su historia de desarrollo, es un elemento clave para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en la población infantil. En general, los padres y los profesores son mejores fuentes de información que los niños, pero generalmente existen diferencias en la información aportada por cada uno de ellos; estas diferencias no necesariamente implican que una sea más válida que la otra, sino que puede interpretarse también como un reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos o a las interacciones diferenciales entre el niño y quienes informan. A pesar de los desacuerdos entre los diferentes informantes, la perspectiva de cada uno de ellos puede contribuir válidamente a una evaluación completa de las necesidades del niño (p.506). Resnick y McEvoy (1994), citados por Amador et al., (2002) refieren que las escalas Conners fueron diseñadas inicialmente para valorar las modificaciones en la conducta de niños hiperactivos que se encontraban recibiendo intervención a partir de fármacos; no obstante, su empleo se ha diseminado al uso en situaciones en las que no se ha iniciado un tratamiento propiamente. De esta manera es como dicha herramienta de evaluación permite la recolección de información aportada por padres y profesores ante la presencia de características comportamentales que pueden implicar la presencia de una alteración que cumpla con los criterios descritos para la caracterización de dicho trastorno.

Diversos estudios han utilizado las Escalas Conners, algunos de ellos dirigidos a comparar las percepciones según el tipo de informantes. Tal es el caso del trabajo de Cáceres & Herrero (2011), en el cual plantearon como objetivo valorar si existían diferencias en la evaluación realizada por padres y tutores y revisar el grado de relación existente entre la inatención observada por estos. Para ello evaluaron a 127 niños derivados de un centro de salud mental, mediante entrevistas, observación semiestructurada y la realización del cuestionario de Conners, diligenciados por padres y tutores en tres dimensiones: hiperactividad/ impulsividad, déficit de atención y problemas de conducta (trastorno con una alta comorbilidad en pacientes diagnosticados de TDAH). El diagnóstico final se realizó, siguiendo criterios del DSM-IV, tras una entrevista con los padres y validación posterior de la información obtenida mediante un cuestionario. Para los análisis y una vez comprobado el supuesto de normalidad de las tres variables (hiperactividad, inatención y conducta) en cada uno de los tres observadores (madre, padre y tutor), se decidió usar pruebas paramétricas. Posteriormente, se dividió la muestra según la puntuación promedio en cada una de las tres dimensiones evaluadas mediante el cuestionario de Conners (hiperactividad, inatención y conducta) en percentiles (< 20 , $20-80$ y > 80).

Entre los resultados se encontró que la concordancia entre padres y madres suele ser buena, pero mediocre entre profesores y ambos padres; en tal sentido estos últimos consideran igualmente hiperactivos, inatentos, e impulsivos a los niños y a las niñas; sin embargo, los profesores tienden a ver como más hiperactivos e impulsivos a los niños, concluyendo que no existen diferencias significativas entre padres y madres, pero sí entre profesores y ambos padres. Los investigadores también encontraron que los profesores tienden a ver como más hiperactivos e impulsivos a los niños que a las niñas, lo que indicó para ellos, que sí hay una tendencia a que existan diferencias en los criterios otorgados por los padres y los criterios de los maestros (p.532).

En otro estudio realizado por Amador et al. (2002) cuyo propósito fue estudiar la utilidad de las escalas Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad, así como las correlaciones entre las valoraciones de padres y profesores, se tomó una muestra compuesta por 153 sujetos (113 con TDAH según criterios del DSM IV y 40 controles), con edades comprendidas entre 7 años y 3 meses y 10 años y 2 meses (media= 8 años y 3 meses, desviación típica= 0,84 años), escolarizados en los cursos 2º, 3º y 4º

de enseñanza primaria en 60 escuelas públicas de la ciudad de Barcelona. Todos los participantes tenían un cociente de inteligencia total (CIT) en el WISC-R (Wechsler, 1993) mayor de 85 y no presentaron ninguna alteración de tipo neurológico o sensorial (epilepsia, problemas auditivos o visuales no corregidos).

Los investigadores hicieron uso de diversas entrevistas clínicas estructuradas así como la aplicación de las escalas abreviadas de Conners para padres (CPRS-48) y profesores (CTRS-28), y una batería de pruebas neuropsicológicas. Los sujetos del grupo control fueron seleccionados entre los que presentaban una puntuación T menor de 65 en la CTRS-28. Se analizaron las diferencias entre los diferentes grupos (control y subtipos) y el sentido de estas diferencias, a partir de los contrastes *post hoc*, a partir de las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de cada una de las subescalas y de la puntuación total de las escalas.

Entre los resultados encontraron que los sujetos del grupo de control son los que obtienen las puntuaciones más bajas. Por su parte, las correlaciones entre las valoraciones de padres y profesores para las subescalas que evalúan conductas características de la hiperactividad e impulsividad (Problemas de conducta, Hiperactividad- impulsividad, Hiperactividad e Índice de hiperactividad) son medias (oscilan entre 0,25 y 0,43) y fueron estadísticamente significativas para el grupo clínico. En el grupo de control, las correlaciones entre las puntuaciones de las mismas subescalas fueron bajas o muy bajas y no significativas. También encontraron en los resultados del análisis discriminante que el porcentaje de sujetos correctamente clasificados es más elevado cuando se emplea la información que proviene de los padres (79,1%) que cuando se utiliza la proporcionada por los profesores (64,7%), pero cuando se parte de la información suministrada por padres y profesores conjuntamente, aumenta el porcentaje de casos clasificados correctamente (80,4%). Sin embargo, la información que proviene de padres y profesores, ya se tome de forma separada o conjunta, no permitió discriminar entre los diferentes subtipos del TDAH; la discriminación más exacta se estableció entre el grupo de control y el grupo de sujetos que presentan un TDAH de tipo combinado. Otro hallazgo fue que el índice de hiperactividad de las escalas de padres y profesores es la variable que mejor permite discriminar entre los sujetos que pertenecen al grupo de control o a cualquiera de los grupos clínicos. En resumen, los resultados de esta investigación van en la misma línea de trabajos que han analizado la concordancia entre las valoraciones que padres y profesores que señalan que la misma es de

magnitud moderada. Los autores citan a (Brown, 1985), quien asegura que la información que proviene de los profesores permite discriminar mejor entre los sujetos con TDAH y los del grupo control, mientras que Sandberg, Wieselberg, & Shaffer (1980), citados igualmente por Amador et al., (2002) han asegurado que la información de los padres permite discriminar mejor entre sujetos con TDAH y sin este trastorno.

Características Comportamentales en el TDAH

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el TDAH se ha caracterizado por la triada sintomática constituida por la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, cuya frecuencia es mayor de lo típicamente observable en individuos con un nivel comparable de desarrollo esperado. Dado que se trata de un trastorno heterogéneo, se ha tipificado en tres subtipos con características clínicas específicas, acorde con cada uno de los elementos de la triada. Dichas características se operacionalizan en una lista de 18 síntomas permitiendo el diagnóstico de tres subtipos, de acuerdo con la prevalencia de dichos síntomas (Caceres, 2009): TDAH con predominio de déficit de atención; con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad y subtipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez. Según el DSM-IV, el subtipo de mayor prevalencia es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos inatento e impulsivo como categorías independientes son menos frecuentes (déficits atencionales, 30%; hiperactividad e impulsividad, 10%) (DSM-IV, 1994).

Los síntomas relacionados con falta de atención están relacionados con el hecho de que a menudo el niño no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, presenta dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas, parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones), presenta dificultades para organizar tareas y actividades, evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares

o domésticos), extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, a menudo es descuidado en las actividades diarias.

Por su parte, en el componente de hiperactividad, puede observarse involucrada de manera general, la falta de control de la impulsividad, los parámetros motivacionales con las tareas escolares y con algunas actividades que le demanden carga mental, ya que se ve afectada la velocidad de procesamiento de la información y las estrategias de organización. Los principales síntomas para identificar la hiperactividad consisten en exceso de movimientos de manos o pies, removerse en el asiento o abandonarlo en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado, correr o saltar excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo, tener dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; también se observa “actuar como si tuviera un motor” o hablar en exceso.

En lo relacionado con la impulsividad se identifica déficit para inhibir o controlar conductas de respuesta a demandas ambientales; se presentan dos tipos de impulsividad: la impulsividad social, la cual se relaciona con la incapacidad para esperar turnos o el momento adecuado para intervenir en una situación, implicando una frecuente anticipación del niño a responder y realizar actividades que lo llevan a asumir riesgos y a verse expuesto en situaciones peligrosas, que pueden provocar conductas ansiosas y destructivas. La impulsividad cognitiva, es consecuencia de la falta de concentración y la sobre actividad motora o verbal que presentan los niños, niñas o adolescentes con TDAH. Los síntomas que pueden facilitar la identificación del componente de impulsividad son el hecho de que estos niños precipitan respuestas antes de haber sido completadas las preguntas, tienen dificultades para guardar turno, interrumpen o se inmiscuyen en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

Aunado a lo anterior, el diagnóstico de TDAH debe documentar una clara disfunción en por lo menos dos situaciones, en las que se incluye casa y escuela. Para ello, es preciso señalar “que la presentación de sus síntomas varía según el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, la escolaridad y los factores contextuales que acompañan a cada sujeto”. (DSM-IV-TR, 1994). Es por esto, que las escalas comportamentales deben estar adecuadamente estandarizadas y validadas, acorde con los parámetros socio-demográficos a los que pertenece el sujeto.

Las Escalas Conners en la Evaluación Comportamental del TDAH

Las escalas Conners para padres y maestros son las más conocidas como evaluación multidimensional, especialmente para determinar los síntomas asociados al TDAH. La versión original para padres consta de 93 indicadores y 39 indicadores para maestros. Posteriores estudios factoriales permitieron abreviar dichas escalas, las cuales traducidas al español, han sido ampliamente usadas en países latinoamericanos. Estas versiones corresponden a la revisión de Conners, Goyette y Ulrich (1987) y constan de 48 y 28 indicadores respectivamente, los cuales se agrupan en las dimensiones de problemas de conducta, problemas de aprendizaje, somatización, hiperactividad y ansiedad en la escala de padres, mientras que para la escala de maestros, las dimensiones que agrupa son problemas de conducta, inatención-pasividad e hiperactividad-impulsividad (Amador et al., 2002).

En el estudio original de normalización de las escalas de Conners revisadas, los resultados indicaron que un mismo niño es percibido de manera diferente por sus padres y profesores, exhibiendo una gran variabilidad en las correlaciones entre las subescalas de padres y profesores (Montiel & Peña, 2001).

Para el presente trabajo, se analizaron las escalas Conners para padres y maestros abreviadas, las cuales corresponden a la versión colombiana adaptada de las escalas originales abreviadas en español (Pineda, 2000). En dicho trabajo de adaptación se tomó una muestra aleatoria de 540 niños de 4 a 17 años, cuyos padres y maestros diligenciaron esa versión revisada en español. Los análisis factoriales permitieron reducir nuevamente los indicadores así como su reagrupación en los siguientes tres factores: hiperactividad, somatización e inatención, pasando de 48 a 22 indicadores en la escala para padres, mientras que para la escala de maestros los indicadores se redujeron de 28 a 20, reagrupados en cuatro factores: problemas de atención, hiperactividad, disregulación temperamental y déficit en relaciones personales.

La manera en la cual se procede para el diligenciamiento de la escalas Conners consiste en otorgar un valor a cada indicador o pregunta de acuerdo a cuatro opciones que se puntúan de 0 a 3 (Nada=0, Poco=1, Bastante=2, Mucho=3).

Escalas Conners abreviadas para padres y maestros

De acuerdo con las versiones adaptadas de Pineda (2000), con la aplicación del cuestionario adaptado para los padres se busca que estos evalúen los problemas de acuerdo con la conducta de sus hijos(as), teniendo en cuenta la intensidad con la cual se presentan. Está conformado por ítems que se agrupan en tres factores. Para el factor de inatención se incluyen indicadores como: Sueña despierto, se le dificulta aprender, deja las cosas inconclusas, se distrae o no puede concentrarse, y se frustra con facilidad si fracasa. En el factor de hiperactividad impulsividad reconoce indicadores tales como: Es impertinente y grosero con personas mayores, es excitable e impulsivo, es inquieto, le gusta retorcerse, es destructivo, dice mentiras o historias falsas, se mete en más problemas que otros niños de su edad, no acepta sus errores o responsabiliza a otros, es peleonero, desobedece u obedece de mala gana, es déspota e intimida a los demás, abusa de los demás, pelea con frecuencia, molesta a otros niños. En el factor de somatización tiene en cuenta si el sujeto tiene dolores de cabeza, sufre dolores de estómago, experimenta otros dolores y malestares, vomita y siente náuseas o sufre problemas intestinales.

Por su parte, mediante la utilización del cuestionario por el profesor, las conductas evaluadas se agrupan en cuatro factores, que incluyen manifestaciones de hiperactividad, problemas de atención, disregulación temperamental y déficit en las relaciones interpersonales. También permite cuantificar la severidad de cada uno de los indicadores y usado en estudios de seguimiento, permiten evaluar la respuesta a tratamientos.

Según Amador et al. (2002) los distintos subtipos de TDAH, evaluados según criterios del DSM-IV, presentan diferentes perfiles de problemas en las escalas de Conners. Los sujetos diagnosticados de TDAH tipo combinado son los que obtienen las puntuaciones más elevadas, tanto en la escala de profesores como en la de padres. Los niños diagnosticados de TDAH con predominio del déficit de atención (DA) a su vez, presentan más problemas de aprendizaje que el grupo de sujetos con TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (HI). Esta información coincide con los resultados de otros trabajos como el realizado por Carlson (1986) citado por Amador et al. (2002), en el que se pone de manifiesto que los niños en los que predomina el déficit de atención son más desatentos y tienen más problemas de aprendizaje escolar y de ansiedad (aunque para esta última subescala no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subtipos del TDAH), mientras que los hiperactivos-impulsivos,

y los que presentan un trastorno de tipo combinado, muestran más problemas de hiperactividad y de conducta. Estas diferencias apoyan el hecho de que estos subtipos tengan una disfunción ejecutiva diferente, asociado también a las diferencias en las comorbilidades que presentan. Rodríguez, López, Garrido, Sacristán & Martínez (2009) señalan que el 71% de los casos de TDAH presentan algún tipo de comorbilidad, siendo en el subtipo combinado más frecuente los trastornos del comportamiento, ansiedad, enuresis y tics, y en el subtipo inatento se asocian más frecuentemente los trastornos del estado del ánimo.

En este artículo se analizan las discrepancias existentes en los resultados arrojados por la versión colombiana de la Escala adaptada de Conners para padres y maestros de niños y niñas con TDAH, teniendo en cuenta la variable subtipos y con respecto a los factores de inatención e hiperactividad-impulsividad.

Metodología

El presente artículo presenta el análisis de los resultados obtenidos al realizar comparaciones de medias entre los grupos casos y controles en niños con TDAH de la ciudad de Manizales, así como las correlaciones entre los factores comunes de ambas escalas. Es de enfoque empírico analítico.

Su diseño es de tipo no experimental y transversal, de tipo descriptivo-comparativo, con alcance correlacional, entre tres grupos: (TDAH subtipo inatento, TDAH subtipo combinado y grupo control).

La población fue no probabilística, compuesta por 300 niños, niñas y adolescentes con edades entre 5 -15 años de edad escolarizados en instituciones educativas de colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales.

La muestra estuvo constituida por un total de 110 participantes, divididos en igual proporción entre casos y controles, entre los 5 y 15 años edad, que cursaban grados entre transición y décimo de bachillerato. El estrato socio-económico medio fue el más predominante (64,5%), seguido por el estrato bajo (20%). El 66,4% de los participantes pertenecían a

instituciones de carácter privado, mientras el 33,6% a instituciones públicas. Respecto a los casos, que constituyeron el 50% de la muestra, el subtipo combinado abarca el 31,8% de la muestra, seguido por el subtipo inatento con el 16,4% y por último el hiperactivo con tan solo el 1,8% de representación. Dado este bajo porcentaje, este subtipo no se incluyó en los análisis. La Tabla 1 contiene la información socio-demográfica, segmentada por casos y controles.

Tabla 1.

Información socio-demográfica y clínica por casos y controles

Variables		Casos n = 55		Control n = 55	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	12	21,8	12	21,8
	Masculino	43	78,2	43	78,2
Estrato socio económico	Bajo	12	21,8	10	18,2
	Medio	34	61,8	37	67,3
	Alto	9	16,4	8	14,5
Carácter Institución	Pública	22	40,0	15	27,3
	Privada	33	60,0	40	72,7
Rango	5 a 7	18	32,7	18	32,7
Edad	8 a 10	18	32,7	18	32,7
	11 a 15	19	34,5	19	34,5
Subtipo TDAH	Combinado	35	31,8	----	----
	Inatento	18	16,4	----	----
	Hiperactivo/impulsivo	2	1,8	----	----

Se observa que los grupos se encuentran pareados para las variables de sexo y rango de edad y presentan una leve diferencia en la distribución de los participantes en el estrato socio económico; sin embargo para ambos grupos cerca de 2/3 de la muestra se encuentran en el estrato medio. En cuanto al carácter de la institución, en el grupo de casos, 3/5 de los participantes pertenecían a instituciones privadas, mientras que en el grupo control el número de participantes en instituciones de ese tipo corresponde a cerca de 3/4 de la muestra.

Criterios de selección

Se buscó una muestra intencional con estatus de caso (participante con TDAH) y de control (participante sin TDAH) según criterios clínicos del DSM IV, referidos a presencia o ausencia del trastorno respectivamente, así como ausencia de trastornos médicos de tipo sistémico, neurológico o sensorial a partir de una entrevista psiquiátrica estructurada (MINIKID) y de un protocolo médico, con el respectivo consentimiento informado firmado por padres o acudiente legal y por último estar matriculado en institución educativa.

Procedimiento e instrumentos

Los participantes fueron evaluados a partir de un algoritmo de investigación (Varela et al., 2011), que permitió clasificarlos y parearlos en casos y controles, todos ellos con un coeficiente intelectual igual o superior a 85 y seleccionados a partir de la entrevista psiquiátrica estructurada Minikid (Sheehan, 2010). Esta fue administrada por un médico psiquiatra, la cual permitió comprobar el cumplimiento de los criterios clínicos para el TDAH según el DSM IV-TR en los casos, así como la condición de control en los respectivos sujetos. Adicionalmente, el grupo de los casos fue clasificado de acuerdo al tipo de TDAH (predominio inatento, predominio hiperactivo-impulsivo y combinado). A todo el grupo se le practicó una evaluación médico-neurológica para descartar condiciones que pudieran afectar la consistencia del estatus asignado. A todos los sujetos previamente se les había administrado una serie de escalas comportamentales, entre las cuales se incluyeron las escalas abreviadas de Conners para padres y maestros, correspondientes a la versión colombiana de las escalas originales, adaptada por Pineda & et al (1999) (ver anexo 1 y 2). El cuestionario para padres con 22 ítems, agrupados en los factores de hiperactividad, somatización e inatención y el cuestionario para maestros con 20 ítems, que agrupan los factores de hiperactividad, inatención, desregulación temperamental y déficit en relaciones personales. Los análisis de las discrepancias se realizaron para los factores de inatención e hiperactividad-impulsividad en ambos cuestionarios. Los datos analizados fueron derivados de las puntuaciones crudas resultantes de dividir la sumatoria de los datos marcados frente a cada ítem (de 0 a 3) por el número de estos en cada factor (ver Tabla 2). De lo anterior se desprende que a mayor puntuación, mayor frecuencia en la presentación de síntomas.

Tabla 2.

Sistema de derivación de puntuaciones en la versión colombiana de las escalas abreviadas de Conners para padres y maestros

Cuestionario	Factor inatención		Factor hiperactividad/impulsividad	
	Total Ítems	Total máximo*	Total Ítems	Total máximo*
Padres	5	15/5 = 3	12	36/12 = 3
Maestros	7	21/7 = 3	3	9/3 = 3

* Valor resultante de dividir la sumatoria de los datos marcados frente a cada ítem por el número de estos en cada factor

Todos los padres de los participantes firmaron previamente un consentimiento informado. El macro proyecto se acogió a los lineamientos del Acuerdo No 01 de mayo 29 de 2003 del Consejo Superior por medio del cual se crea y reglamenta el comité de Ética en Investigación en la Universidad de Manizales.

Análisis estadístico

Análisis por casos y controles

Para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles para los factores identificados en los cuestionarios Conners, se procedió a realizar una comparación entre medias. Para la elección de la prueba se verificó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, hallando que ninguna de ellas seguía una distribución normal ($p < 0,05$). Por tanto, se seleccionó la prueba U de Mann Whitney, cuyos resultados se presentan en la Tabla 3, junto con la información de las medidas de tendencia central y dispersión y el porcentaje de diferencia entre grupos.

Tabla 3.

Medidas de tendencia central y dispersión, porcentaje de diferencia entre grupos y comparación de medias para casos y controles

Cuestionario	Variables	Casos n=55		Control n=55		Porcentaje diferencias	Comparación de medias	
		Media	Desv. Típ.	Media	Desv. Típ.		U de Mann Whitney	Valor p
Padres	Hiperactividad-Impulsividad	1,0	0,7	0,4	0,3	182,8*	569,5	0,000 ^a
	Inatención	1,5	0,6	0,5	0,5	178,1*	304,5	0,000 ^a
Maestros	Hiperactividad-Impulsividad	1,3	0,9	0,5	0,7	170,0*	656,5	0,000 ^a
	Inatención	1,4	0,8	0,5	0,6	157,7*	596,0	0,000 ^a

* Media Caso>Media Control

^a p <0,05

Los resultados muestran que tanto en el cuestionario de padres como en el de maestros, el grupo de casos obtuvo mayor puntuación promedio que el grupo control. También se observa, que el puntaje promedio en el factor de inatención es mayor en el cuestionario de padres y el puntaje promedio en el factor de hiperactividad es mayor en el cuestionario de maestros, tanto en casos como en controles.

En el cuestionario de padres y maestros, la variable en la que existió mayor diferencia entre grupos fue en el factor de hiperactividad, siendo la puntuación del grupo casos 1,8 veces superior a la del grupo control en la evaluación de padres y de 1,7 veces en la evaluación de maestros.

Al examinar la comparación de medias entre grupos se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la puntuación de todas las variables ($p < 0,05$), siendo en todos los casos mayor la puntuación del grupo de casos.

Al examinar la comparación de medias entre grupos se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la puntuación de todas las variables ($p < 0,05$). Para establecer entre cuáles grupos se presentan dichas diferencias, se realizó una comparación par a par entre los diferentes grupos mediante la prueba U de Mann Whitney y

teniendo en cuenta la corrección de Bonferroni, la cual establece que el valor p se debe dividir entre el total de comparaciones a realizar y de acuerdo al valor obtenido, este se considera como el nuevo límite para establecer diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por tanto, dado que se trató de tres diferentes grupos, fue necesario realizar un total de tres comparaciones, por lo cual el p valor para considerar una diferencia estadísticamente significativa es de $<0,017$. Los resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4.

Medidas de tendencia central y dispersión, porcentaje de diferencia entre grupos y comparación de medias por subtipos

Cuestionario	Variables	Combinado	Inatento	Control	Porcentaje de diferencia			Comparación de medias	
		n=35	n=18	n=53	Combinado Vs Inatento	Combinado Vs Control	Inatento Vs Control		
		Media (Desv Tip.)	Media (Desv Tip.)	Media (Desv Tip.)				χ^2	Valor p
Padres	Hiperactividad-Impulsividad	1,3 (0,6)	0,6 (0,5)	0,4 (0,3)	94,9*	247,3**	78,2**	42,89	0,000 ^a
	Inatención	1,7 (0,5)	1,2 (0,6)	0,5 (0,5)	36,4*	211,1**	128,1**	56,71	0,000 ^a
Maestros	Hiperactividad-Impulsividad	1,6 (0,9)	0,9 (0,8)	0,5 (0,7)	82,0*	221,6**	76,7**	31,99	0,000 ^a
	Inatención	1,5 (0,7)	1,2 (0,8)	0,5 (0,6)	24,3*	182,6**	127,4**	32,49	0,000 ^a

* Media de grupo combinado > Media de grupo inatento

** Media de subtipo > Media de grupo control

^a P<0,05

Al evaluar los resultados en cada una de las comparaciones sobre el valor medio de los factores del cuestionario de padres y maestros, se pueden observar los siguientes elementos:

Comparación entre subtipos: La puntuación del subtipo combinado es superior a la del subtipo inatento en todas las variables, para ambos cuestionarios. La variable en la que se presentó mayor diferencia entre grupos fue en el factor de hiperactividad, siendo la puntuación del subtipo combinado 0,95 veces superior a la del subtipo inatento en la evaluación de padres y

de 0,8 veces en la evaluación de maestros. En cuanto al factor de inatención, la puntuación otorgada por los padres es mayor a la otorgada por los maestros, para ambos subtipos.

Comparación subtipo combinado con el grupo control: La puntuación del subtipo combinado es superior a la del grupo control en todas las variables, para ambos cuestionarios. La variable en la que se presentó mayor diferencia entre grupos fue en el factor de hiperactividad, siendo la puntuación del subtipo combinado 2,5 veces superior a la del grupo control en la evaluación de padres y de 2,2 veces en la evaluación de maestros. En cuanto al factor de inatención, la puntuación otorgada por los padres es mayor a la otorgada por los maestros, para ambos grupos.

Comparación subtipo inatento con el grupo control: La puntuación del subtipo inatento es superior a la del grupo control en todas las variables, para ambos cuestionarios. La variable en la que se presentó mayor diferencia entre grupos fue en el factor de inatención, siendo la puntuación del subtipo inatento 1,3 veces superior a la del grupo control, tanto en la evaluación de padres como en la de maestros. En cuanto al factor de hiperactividad, la puntuación otorgada por los maestros es mayor a la otorgada por los padres, para ambos grupos.

Al examinar la comparación de medias entre subtipos se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos para la puntuación de todas las variables ($p < 0,05$). Nuevamente, para establecer entre cuáles grupos se presentan dichas diferencias, se realizó una comparación par a par entre los diferentes subtipos mediante la prueba U de Mann Whitney y teniendo en cuenta la corrección de Bonferroni, la cual establece que el valor p se debe dividir entre el total de comparaciones a realizar y de acuerdo al valor obtenido, este se considera como el nuevo límite para establecer diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por tanto, dado que se trató de 3 diferentes subtipos, fue necesario realizar un total de 3 comparaciones, por lo cual el p valor para considerar una diferencia estadísticamente significativa es de $< 0,017$. Los resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5.

Comparación de medias entre subtipos

Cuestionario	Variables	Combinado Vs Inatento		Combinado Vs Control		Inatento Vs Control	
		U de Mann-Whitney	P Valor	U de Mann-Whitney	P Valor	U de Mann-Whitney	P Valor
Padres	Hiperactividad – Impulsividad	138,5	0,001*	186,5	0,000*	333,0	,0374
	Inatención	187,0	0,015*	106,5	0,000*	170,0	0,000*
Maestros	Hiperactividad	175,0	0,008*	311,0	0,000*	324,5	,0213
	Inatención	261,5	0,315	301,0	0,000*	252,5	0,002*

* p <0,05

Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, de ambos cuestionarios, al comparar el subtipo combinado con el grupo control.

Al comparar el subtipo combinado con el subtipo inatento, existen diferencias estadísticamente significativas para todas las variables, a excepción del factor de inatención en el cuestionario de maestros.

En la comparación entre el subtipo inatento y el grupo control, sólo se dan diferencias estadísticamente significativas en el factor de inatención, para ambos cuestionarios.

Es importante destacar que el factor de inatención en el cuestionario de padres presenta diferencias estadísticamente significativas en todas las comparaciones entre grupos.

Análisis de correlaciones

Por último, se buscó establecer si existía correlación entre los factores de inatención e hiperactividad entre los cuestionarios de padres y maestros. Dado que las variables no seguían una distribución normal se seleccionó el coeficiente Rho de Spearman, cuyos resultados se presentan en la tabla 6.

Tabla 6.

Correlaciones entre los factores de los cuestionarios de padres y maestros

Variables		Maestros			
		Hiperactividad impulsividad		Inatención	
		Coef.	p valor	Coef.	p valor
Padres	Hiperactividad Impulsividad	0,587	0,000*	0,456	0,000*
	Inatención	0,519	0,000*	0,568	0,000*

* p <0,05

Los resultados muestran que existen correlaciones significativas entre los factores de hiperactividad/impulsividad e inatención para ambos cuestionarios, siendo la dirección de esta asociación positiva y a un nivel moderado.

Discusión

Al evaluar los resultados obtenidos en el presente análisis, que tuvo como objetivo identificar las discrepancias existentes en los resultados arrojados en la Escala adaptada Conners para padres y maestros de niños con TDAH de acuerdo con los subtipos, se encontró, que en el cuestionario de padres estos califican a sus hijos mucho mas inatentos que los profesores y que estos últimos observan mucho mas hiperactivos a los niños que sus propios padres. Por lo tanto, y con base en los planteamientos de Cáceres & Herrero (2011), se puede asumir que estas discrepancias observadas entre la escuela y la casa podrían deberse a que el niño presenta un comportamiento diferente en cada contexto, o quizá la capacidad de observación de cada uno de los evaluadores es diferente, y ello en dependencia del tiempo y la naturaleza de la interacción que cada uno establece con el niño, y en función de las necesidades de cada entorno (la escuela,

que el niño no moleste y colabore y la casa, que cause el menor número de problemas posibles) (p.527). Los autores Steele, Forehand & Devine (1996), citados por Montiel & Peña, (2001) proponen que dichas diferencias no se deben interpretar como errores de la validez de las observaciones o de los instrumentos utilizados, sino más bien como una función de las diferencias de interrelaciones entre el informante y el niño.

Servera (2004) señala que “la tendencia a sobre diagnosticar que tienen los padres, asumiendo que éstos tienen un menor número de referencias para comparar a sus hijos que las que pudieran tener los profesores”, lo cual podría constituir para este análisis, una posible explicación en el sentido de que las valoraciones realizadas por los padres en la muestra pueden ser catalogadas como subjetivas, no muy exactas en el momento de ofrecer un diagnóstico, pues son los maestros los que interactúan la mayor parte del tiempo con sus alumnos. Lo anterior sugiere que se hace necesario profundizar en el conocimiento del niño y su contexto familiar y social, la relación con sus padres, sus antecedentes, el concepto que estos padres tienen de sus hijos, etc., y de esta manera brindar mejores elementos para un diagnóstico más acertado y objetivo.

Sin embargo, hay consenso en afirmar que ambos agentes son fuentes fiables para la identificación de los síntomas del TDAH ya que cumplen una función fundamental en el proceso del niño, siendo las discrepancias entre ambos informantes elementos indicativos de la necesidad de profundizar aún más en la información y tener muy presente el contexto del niño y su informante, sus hábitos y entorno psicosocial. Tal y como señala Orjales (2001), las causas de estas discrepancias habría que buscarlas en dos aspectos fundamentales: por un lado, a las distintas expectativas y exigencias de los padres y los profesores con respecto al comportamiento de los menores, lo que les llevaría a considerarlo de diferente manera, y, por otra parte, al grado de tolerancia de los evaluadores, de tal forma que un niño con un cierto grado de hiperactividad podría ser considerado normal si es evaluado por un adulto tolerante, mientras que si le evalúa otra persona podría ser valorado como hiperactivo.

Respecto al análisis de los subtipos se encuentra que según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) que publica la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el subtipo de mayor prevalencia es el que combina los trastornos de la

atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos inatento e impulsivo como categorías independientes son menos frecuentes (déficits atencionales, 30%; hiperactividad e impulsividad, 10 %). (DSM-IV, 1994). Al respecto, en la muestra estudiada se observa una mayor puntuación en las variables del subtipo combinado en comparación al subtipo inatento tanto en el cuestionario de padres como en el de maestros. Según Martínez Segura (2010), esta observación también puede deberse a que los niños que son muy desatentos pero no hiperactivos ni impulsivos, suelen ser más difíciles de detectar en el aula como un subtipo de TDAH, siendo confundidos en algunas ocasiones con alumnos de baja capacidad, cuando en realidad su evaluación intelectual puede sorprender situándose por encima de la media. El autor también destaca que los niños que pertenecen al subtipo combinado son los que con mayor frecuencia suelen aparecer en las aulas, aunque la evolución que experimentan las características con el paso del tiempo, hace que este tipo de alumnos, hacia los doce a trece años de edad hayan reducido las manifestaciones de la sintomatología hiperactiva/impulsiva debido a la maduración de su sistema nervioso. Esto permite argumentar acerca de la importancia de sopesar comportamientos disruptivos en los primeros años de vida del niño diagnosticado con TDAH, especialmente para aquellos con el subtipo combinado, ya que podría darse que en la edad temprana del niño algunos padres no utilicen excelentes prácticas disciplinarias, tengan menos comunicación con ellos y una menor disposición en sus interacciones, potencializando de esta manera sus síntomas, en lugar de mostrarse como un apoyo para el niño. Herrero, Castellar, Casas, Hierro & Jiménez (2006) indican que las familias de los niños con TDAH parecen tener más dificultades de relación con estos. Parece que la combinación de los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está más firmemente vinculada al funcionamiento familiar negativo que los síntomas de inatención independientemente, provocando en los padres sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos.

Finalmente, los hallazgos del estudio encuentran coincidencia con investigaciones en esta misma línea, en el sentido de que la concordancia entre las valoraciones de padres y profesores es de magnitud moderada. Dicho hallazgo podría estar en relación con la variabilidad de las conductas propias del TDAH según las diferentes etapas escolares, en donde a medida que se avanza en ellas, las apreciaciones en cuanto al nivel de regulación atencional y/o de la actividad motora influyen necesariamente sobre la apreciación por parte de ambos informantes.

Al respecto y de acuerdo con Artigas Pallarés (2003) es preciso considerar que el TDAH hace parte de los trastornos cuyas manifestaciones se distribuyen en un continuo con diversos grados, en los que resulta difícil delimitar la normalidad de la anormalidad y en este sentido, influir las apreciaciones según los tipos de informantes.

Conclusiones

Los resultados de este análisis permitieron confirmar la utilidad de los cuestionarios comportamentales diligenciados por padres y maestros en la identificación de las manifestaciones relevantes del TDAH, al ser comparados con un grupo control, no obstante las discrepancias que se evidencian al comparar cada uno de los factores y según los subtipos. Cabe mencionar que las valoraciones más altas para las variables de hiperactividad y en el subtipo combinado fueron otorgadas por los padres, hallazgo que avala las apreciaciones que afirman que son los progenitores los agentes que en primera instancia se involucran con el niño y son los responsables de la identificación de los síntomas comportamentales del trastorno, pero que suelen ser subjetivos en el momento de otorgar sus valoraciones. Si bien es importante esta conjetura, lo es también evaluar los diferentes roles en los cuales se desenvuelve el niño y es aquí donde el maestro juega un papel importante en el proceso, ya que una vez que el niño ingresa a la escuela, es el docente un agente idóneo y objetivo para observar y evaluarlo respecto a su comportamiento. Por lo tanto aunque resulten tales discrepancias ambas suelen ser validas e importantes por que evalúan al niño de acuerdo al contexto en el que se desarrolle.

Es importante que en el momento de la evaluación y la intervención del niño sea también analizado desde diferentes variables psicosociales y del entorno familiar, por ejemplo, si es un niño escaso de afecto, o si presenta una baja autoestima, así como el grado de expectativas y/o nivel de tolerancia de las fuentes informantes respecto a la actividad del niño, que en algunas ocasiones suele ser distinta, para de esta manera no permitir que las descripciones se vean manipuladas por agentes externos; por tal motivo como lo expresan Trujillo & Díaz-Sibaja et al. (2007), es necesario realizar el diagnóstico de TDAH desde una perspectiva multimetodológica y

multidisciplinar, utilizando diferentes procedimientos de evaluación (criterios diagnósticos DSM-IV-TR o CIE-10, instrumentos específicos para el diagnóstico de TDAH y otros instrumentos que evalúen otras variables conductuales relacionadas con el TDAH) y analizando las distintas fuentes de información (padres, familiares, profesores y al propio niño) a mayor profundidad.

Recomendaciones

Ya que se evidencian diferencias significativas en las valoraciones realizadas por padres y docentes a los niños y adolescentes diagnosticados con el trastorno, y que estas valoraciones fluctúan entre los subtipo de tipo inatento y combinado, así como de sus respectivas variables, es importante continuar con el estudio de las correlaciones entre los resultados arrojados en escalas Conners padres y escalas Conners maestros en niños y adolescentes, sugiriendo un abordaje que tenga en cuenta las interacciones diferenciales entre los niños y adolescentes manizaleños y sus contextos, así como variables relativas al sexo, el nivel escolar y el estrato socioeconómico, ya que si bien se han realizado diversos estudios acerca del TDAH, son pocas las investigaciones acerca de los contextos en los que se desenvuelven estos niños, sus padres y tutores, siendo esto de gran relevancia en el momento de identificar el comportamiento, proporcionar sus respectivas valoraciones y por ultimo apoyar con un adecuado tratamiento al niño diagnosticado.

Referencias

- Amador, J., Idiazábal, M., Sangorri, J., Espadaler, J., & Forn, M. (2002). Utilidad de las escalas Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 14 (2), 350-356.
- Artigas Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*; 36 (1), 68-78.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4 ed (revisada) (4th ed ed.). Washington, DC.
- Biederman, J. E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *PsycholMed*, 159-65.
- Brown, R. (1985). The validity of teacher ratings in differentiating between two subgroups of attention deficit disordered children with or without hyperactivity. *Educational and Psychological Measurement*, vol 45 , 661-669.
- Cáceres, J., & Herrero, D. (2011). Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev. Neurol*, Vol.52 (9), 527-535.
- Cáceres, J. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Pamplona (Navarra): Universidad de Deusto.
- Conners, C. (1989). *Rating Scales* . Toronto : Multihealth y Systems .
- Carlson, C. (1986). Attention deficit disorder without hyperactivity A review of preliminary experimental evidence En: B. Lahey y A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* , Vol. 9. Nueva York: Plenum Press.
- Montiel, C. N. & Peña, J. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Rev. Neurol*, 2001; 32 (6): 506.

- Conners, Goyette & Ulrich (1987). Escalas de calificación de maestros utilizadas en el déficit atencional. *Journal of children in contemporary society*. Vol 19, 33-52
- Trujillo, A. & Diaz-Sibaja, M.A (2007). Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: Diferencias entre padres y profesores. Recuperado 12 de 05 de 2014, de *Psiquiatría.com* <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/247>
- Sheehan, D. S. (2010). Mini International Neuropsychiatric Interview (para niños y adolescentes) versión en español. University of South Florida - Tampa.
- Farré-Riba, A. & Narbona, J. (1997). Escala de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Nuevo estudio de validación y análisis factorial en niños españoles. *Revista de Neurología*, 25, 200-204.
- Félix, V. M. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, Vol 4 (3), 623-642.
- Herrero, M., Castellar, R., Casas, A., Hierro, R. & Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit. *Revista de Neurología*, 137-143.
- Martínez Segura, M. (2010). Características de trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH. Universidad de Murcia , España.
- Orjales, I. (2001). Déficit de atención con hiperactividad. manual para padres y educadores. Madrid: CEPE.
- Pineda, D. (2000). Diagnóstico neuroconductual y neuroepidemiológico de la deficiencia de atención. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. ISSN: 0124-1265, 2 (fasc. 1), 20-31.
- Pineda, D., Henao, G.C., Puerta, I.C., Mejía, S., Gómez, L.F., Miranda, M.L., Rosselli, M., Ardila, A., Restrepo, M.A., Murrelle, A. & Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales (1999). Uso de un cuestionario breve en español basado en los criterios del DSM IV para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología*, 28 , 344-351.

- Rodríguez, López, Garrido, Sacristán & Martínez, (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Pediatría de atención primaria*, Vol. 11.
- Sandberg, Wieselberg & Shaffer (1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: Some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines vol 21* , 293-311.
- Servera, M. (2004). Uno de cada veinticinco niños padece un trastorno de déficit de atención con hiperactividad. España: Departamento de Psicología uib.
- Universidad de Manizales (2004). Cuestionarios para la evaluación del comportamiento en niños y adolescentes de la ciudad de Manizales. *Cuadernos de Línea Desarrollo Infantil*, 1.
- Varela, V., Montoya, DM., Tamayo, L., Restrepo, F., Moscoso, O., Castellanos, C., Castro, P., González, B. & Zuluaga, JB. (2011). Protocolo neuropsicopedagógico en la evaluación multidimensional del Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad –TDAH–: Implementación de una experiencia investigativa. *Revista Latinoamericana de Estudios educativos*. 7 (2), 139-156.

Anexos

Anexo 1

Universidad de Manizales
Facultad de Psicología
Especialización en Neuropsicopedagogía
GRUPO DE INVESTIGACION: Desarrollo Infantil

CUESTIONARIO PARA EL MAESTRO
VERSIÓN COLOMBIANA (Adaptada de Conner)
ESTANDARIZADA Y VALIDADA
PINEDA & COLS, 1998

NOMBRE: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

A continuación aparecen términos descriptivos de conducta. Marque con una equis (X) la columna que mejor defina al niño.

CONTESTE TODOS LOS REACTIVOS. NO DILIGENCIE LAS COLUMNAS DE FACTORES.

SINTOMAS	NIVEL DE ACTIVIDAD				FACTORES *			
	NUNCA	UN POCO	BASTANTE	DEMASIADO	P At	HIP	DRT	DRP
1. Inquieto (a), retuerce el cuerpo								
2. Hace ruidos inapropiados cuando no debe								
3. Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente								
4. Actúa de manera grosera y hostil								
5. Explosiones de ira y conducta impredecible								
6. Demasiado sensible a la crítica								
7. Distractibilidad, poca capacidad de atención								
8. Molesta a otros niños (as)								
9. Se "eleva" con facilidad, suena despierto								
10. Vive con el ceño fruncido y de mal humor								
11. Cambios bruscos en el estado de ánimo								
12. Parece ser poco (a) aceptado por el grupo								
13. Dificultad para jugar limpio y sin hacer trampas								
14. Parece faltarle capacidades								
15. Dificultad para terminar sus tareas								
16. Infantil e inmaduro (a)								
17. Dificultad para llevarse bien con los demás								
18. Dificultad para colaborar con sus compañeros								
19. Se frustra o se rinde fácilmente ante los esfuerzos								
20. Dificultades para conseguir los objetivos académicos								
CONVENCIONES * P At = Problemas de atención HIP = Hiperactividad DRT = Disregulación Temperamental DRP = Deficiencia Relaciones Personales	CALIFICACIÓN E.S.E.: 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _			Dividir entre	7	13	16	14
				Total				
				Puntuación T				
				PERCENTIL				

Anexo 2

Universidad de Manizales
Facultad de Psicología
Especialización en Neuropsicopedagogía
GRUPO DE INVESTIGACION: Desarrollo Infantil

CUESTIONARIO PARA PADRES
VERSIÓN COLOMBIANA (Adaptada de Conners)
ESTANDARIZADA Y VALIDADA
PINEDA & COLS, 1998

NOMBRE: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

Cuestionario diligenciado por: _____ Parentesco: _____

Barrio: _____ Celular y/o Tel. fijo: _____ ESE: 1_2_3_4_5_6_

A continuación aparecen términos descriptivos de conducta. Marque con una equis (X) la columna que mejor defina al niño.
CONTESTE TODOS LOS REACTIVOS. NO DILIGENCIE LA COLUMNA DE FACTORES



CONDUCTAS O SINTOMAS	NIVEL DE ACTIVIDAD				FACTORES *		
	NUNCA	UN POCO	BASTANTE	DEMASIADO	HIP/IMP	SOMATIZ	INATENC
1. Es impertinente y grosero con personas mayores							
2. Es excitable, impulsivo							
3. Sueña despierto							
4. Se le dificulta aprender							
5. Es inquieto, le gusta retorcerse							
6. Es destructivo							
7. Dice mentiras o historias falsas							
8. Se mete en mas problemas que otros niños de su edad							
9. No acepta sus errores o responsabiliza a otros							
10. Es peleonero							
11. Desobedece u obedece de mala gana							
12. Deja las cosas inconclusas							
13. Es despota e intimida a los demás; abusa de los demás							
14. Se distrae o no puede concentrarse							
15. Tiene dolores de cabeza							
16. Pelea con frecuencia							
17. Se frustra con facilidad si fracasa							
18. Molesta a otros niños							
19. Sufre dolores de estomago							
20. Experimenta otros dolores y malestares							
21. Vomita o siente náusea							
22. Sufre problemas intestinales, diarreas frecuentes, estreñimiento							
CONVENCIONES - HIP/IMP = Hiperactividad-impulsividad - SOMATIZ = Somatización - INATENC = Inatención	CALIFICACIÓN			Dividir entre	/12	/5	/5
				Total			
				Puntuac. T			
				PERCENTIL			