

Perfiles comportamentales en las dimensiones del Checklist para TDAH en una muestra de niños escolarizados en la ciudad de Manizales¹

Ángela Patricia Arango Vásquez²

Vilma Varela Cifuentes³

Resumen

Objetivo: Describir los comportamientos identificados en los Checklist para el TDAH según el DSM IV, aplicados a padres y maestros de un grupo de niños diagnosticados respecto de un grupo control. **Metodología:** Investigación transversal no experimental de tipo descriptivo – comparativo entre los grupos TDAH inatento, TDAH combinado y un grupo control. **Resultados:** Los Checklist de padres y de maestros muestran mayores puntuaciones promedio en el grupo de casos que en el grupo control. El puntaje promedio para cada variable siempre estuvo por encima en el Checklist de padres Vs Checklist de maestros, a excepción de la sumatoria del número de síntomas de hiperactividad en el grupo inatento. En el Checklist de padres, la variable que mostró mayor diferencia entre grupos fue la del total síntomas de inatención con una puntuación del grupo de casos 1,8 veces superior al grupo control; y en la que existió menor diferencia fue el total de síntomas de hiperactividad. En el Checklist de maestros, la variable que mostró mayor diferencia entre grupos fue en total síntomas de hiperactividad en el grupo de casos, siendo 1,3 veces superior al grupo control. En la que existió menor diferencia fue en el total de síntomas de inatención, donde la puntuación del grupo casos fue 0,8 veces superior al grupo control. **Conclusiones:** Se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos casos y control para la puntuación de todas las variables ($p < 0,05$), siendo en todos los casos mayor la puntuación en los primeros.

Palabras clave: Inatención, Hiperactividad-impulsividad, Checklist padres, Checklist maestros, TDAH.

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

³ Magíster en Neuropsicología. Docente Maestría en Desarrollo Infantil, Universidad de Manizales

Abstract

Objective: Describe the behaviors identified in the Checklist for ADHD according to DSM IV, applied to parents and teachers of a group of children diagnosed with respect to a control group. **Methodology:** Research transversal descriptive non-experimental - Comparison between groups: inattentive ADHD, ADHD combined and a control group. **Results:** The Checklist of parents and teachers show higher average score in the case group than in the control group. The mean score for each variable was always above the parent Checklist Vs Checklist of teachers, except the sum of the number of hyperactivity symptoms in the inattentive group. In the Checklist of parents, the variable that showed the greatest difference between groups was the inattention symptoms with a score in the case group 1.8 times higher than the control group; and in which there was less difference was the total symptoms of hyperactivity. In the Checklist of teachers, the variable that showed the greatest difference between groups was the symptoms of hyperactivity in the case group, being 1.3 times higher than the control group. In which there was less difference in total symptoms of inattention, where the score of the cases group was 0.8 times higher than the control group. **Conclusions:** It is found that there are statistically significant differences between cases and control groups for the scores of all variables ($p < 0.05$), in all cases the highest score in the first.

Key words: inattention, hyperactivity impulsivity, Checklist parents, teachers Checklist, ADHD.

Introducción

El presente producto hace parte de una investigación más amplia que estuvo dirigida a caracterizar desde el punto de vista neuropsicopedagógico una muestra de niños con TDAH de la ciudad de Manizales.

Para el diagnóstico del TDAH se dispone de estudios en los que se normalizaron y validaron instrumentos (categóricos y multidimensionales) para la evaluación de trastornos comportamentales, estos resultan de gran utilidad en la población escolar colombiana. Tal es el caso de la investigación llevada a cabo en la ciudad de Manizales (Universidad de Manizales, 2004) para la estandarización de la lista de síntomas del checklist basado en el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM IV, así como 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 dichos instrumentos y arrojadas en el primer estudio manizaleño de corte neuroepidemiológico sobre el TDAH (Pineda, et al., 1999; Pineda, 2000; Pineda et al., 2001), fueron las empleadas en el macroproyecto del cual hace parte el presente artículo, cuyo propósito particular es describir la distribución y la variabilidad de los puntajes de los Checklist para TDAH de acuerdo con el subtipo, según lo encontrado en los participantes de dicho macroproyecto.

Referentes conceptuales e investigativos:

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) está incluido dentro de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador en el DSM-IV (1995) [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] y se caracteriza por un patrón de alteración persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad; dichas alteraciones deben ser manifiestas en más de dos escenarios de socialización del infante (casa, escuela) antes de los 7 años de edad y ser recurrentes durante un espacio de tiempo superior a 6 meses siendo lo significativamente perturbadoras en el desarrollo de actividades sociales, académicas y ocupacionales del individuo (American Psychiatric Association, 2002).

De acuerdo con la clasificación del DSM IV para el TDAH, este se conceptúa como un trastorno bidimensional con tres posibles manifestaciones o subtipos (o presentaciones clínicas según el actual DSM-5), requiriéndose para su diagnóstico la presencia de un determinado

número de síntomas en más de un ambiente. La evidencia científica revela la presencia de un patrón de dificultades atencionales, neurocognitivas, clínicas, educativas y sociales que compromete de manera significativa el funcionamiento de los menores afectados. En su detección, la familia es el agente que primero se preocupa por la excesiva actividad motora del niño, así como por la falta de concentración y continuidad en las tareas alrededor de los 4-6 años de edad, que coincide con el inicio de la escolaridad. Frecuentemente este perfil se constituye en el subtipo inatento. El subtipo hiperactivo suele consultar antes, a diferencia de lo que ocurre con el subtipo inatento y suele ser detectado por los profesores. La confirmación diagnóstica que usualmente se realiza alrededor de los 7 años, suele complicarse por la interacción entre el escaso control cognitivo, las características de personalidad, factores motivacionales y diferentes trasfondos (síntomas primarios, problemas asociados, condiciones familiares, cursos evolutivos y respuestas al tratamiento).

La prevalencia en el diagnóstico del TDAH, frecuentemente se ha atribuido a una falta de exhaustividad en el diagnóstico y/o a diversos criterios diagnósticos y/o métodos de evaluación. Por otro lado, muchas manifestaciones comportamentales y/o emocionales en niños y adolescentes pueden ser descritas como problemas cuando en realidad no lo son, lo cual se asocia con los planteamientos de Arán y Mías (2009). Esto implica la observación y la medición de los comportamientos y las emociones en el ambiente social en que los niños se desenvuelven, entendiendo que los comportamientos están restringidos por un conjunto de reglas o normas sociales y que sus alteraciones dependerían en gran parte de la naturaleza de las normas y su contexto.

En esta lógica, han surgido herramientas de tipo multi-informante (varias fuentes de información), dentro de las cuales están las escalas o cuestionarios comportamentales que permiten evaluar objetivamente las conductas del niño en el ambiente escolar y en el hogar y obtener una mejor percepción de él en ambos ambientes. Entre estas escalas está el checklist para el TDAH del DSM IV que se incorpora no sólo al diagnóstico clínico categorial como parte de criterios delimitados, sino que permite estructurarse como una escala cuantitativa y semi-continua (de 0 a 3 puntos) para valorar cada uno de los 18 síntomas de las dimensiones del criterio A (Pineda, 2000) y que utilizados de esta forma, permiten un enfoque más preciso de los diagnósticos en psicología y psiquiatría, ya que facilita el estudio de la frecuencia y severidad de los diferentes trastornos.

Así, los síntomas del criterio A para el diagnóstico del TDAH basados en el DSM IV, se han incluido en diferentes escalas, cuestionarios y entrevistas como herramientas para realizar procesos de rastreo y diagnóstico que permiten recolectar la percepción de fuentes como padres y maestros. Al respecto, Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006) refieren que al diagnosticar a un individuo con trastorno por déficit de atención, las fuentes se consideran fiables al momento de recolectar información respecto a la detección de conductas relacionadas con el trastorno, en los subtipos inatención e hiperactividad, sin desconocer que el reporte final de estas fuentes, puede arrojar diferencias significativas, siendo éstas sujetas a ser exploradas dependiendo del comportamiento del individuo según el contexto y el vínculo creado con la fuente de información (padres, maestros). En Colombia en los últimos 15 años se observa un gran auge en el uso del checklist en su versión estandarizada y validada para estudiar diversos aspectos relacionados con sus propiedades psicométricas, así como en estudios neuroepidemiológicos y de caracterización

del trastorno (Pineda et al., 1999; Pineda, Lopera, Henao, Palacio & Castellanos; 2001; Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda & Henao; 2003; Cornejo, Osío, Sánchez, Carrizosa, Sánchez, Grisales & Holguín; 2005; Puentes-Rozo, Barceló-Martínez & Pineda; 2008).

En este sentido y abarcando con mayor puntualidad y especificidad la problemática alrededor de la investigación y la práctica clínica en la detección del TDAH, Barkley (2009) revisó algunas cuestiones acerca de los criterios de diagnóstico de cara a la publicación del DSM-V, en especial las relativas a la longitud de los síntomas, señalando que la investigación demuestra una redundancia considerable en la lista de síntomas tanto en la dimensión de inatención como en la de hiperactividad, a tal punto de cuestionar la necesidad de nueve de cada una. También señala la necesidad de proponer diferentes umbrales según las etapas del desarrollo para mejorar la detección y precisión del diagnóstico, entre otras cuestiones.

Lo anterior trae implícita la necesidad precisar y revisar la utilidad del uso de cuestionarios comportamentales como el checklist para el TDAH, no sólo para la generación de normas para su interpretación según las características socioculturales, sino para conceptualizar cada vez mejor las diferentes presentaciones clínicas del trastorno y también para analizar el comportamiento del instrumento a lo largo de los diferentes estudios, particularmente en Colombia, que lo han empleado, principalmente para informar el nivel de prevalencia del TDAH y la frecuencia de los subtipos.

Al respecto, el primer dato de prevalencia en nuestro medio estimó una prevalencia general para niños y adolescentes de 4 a 17 años del 16.1%, mayor para el género masculino

(19.8%) sobre el femenino (12.3%) y una distribución por subtipos del 3.3% para el combinado, 4.3% para el inatento y 8.5% para el hiperactivo-impulsivo (Pineda, 2000). Esta distribución no se mantuvo en los estudios colombianos posteriores tales como en la investigación de Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos (2001) encaminada a confirmar la prevalencia del TDAH en Manizales (n=57), en la que utilizaron el checklist aplicado tanto a padres como maestros, donde hallaron que el tipo combinado con un porcentaje del 9,4% es el más frecuente y el menos frecuente es el tipo hiperactivo-impulsivo. En Medellín, el estudio de Cornejo, Osío, Sánchez, Carrizosa, Sánchez, Grisales y Holguín (2005), establecen los mismos resultados referentes a los subtipos, confirmando que el subtipo combinado es el más frecuente con predominio en el sexo masculino, encontrando además repercusiones en el desempeño académico y bajas proporciones de intervención farmacológica (15%).

En esta misma línea, un estudio sobre la prevalencia del trastorno en estudiantes de escuelas de Bogotá, señala que las prevalencias por subtipos fueron 2.5% para el inatento, 2.4% para el combinado y 0.8% para el hiperactivo. Se encontró una relación significativa ($p=0.00$) con el género masculino en el grupo general y los subtipos hiperactivo y el combinado; por otro lado se evidenció una predominancia del género femenino en el subtipo inatención (Vélez, Talero, Gonzales e Ibáñez, 2008). En un estudio realizado en el departamento de Caldas (n=617) encontraron un nivel de prevalencia del TDAH del 7,1%, discriminado entre los subtipos, de mayor a menor frecuencia, así: combinado (4,4%), inatento (1,9%) e impulsivo-hiperactivo (0,8%). Castaño, Calderón, Jiménez, Dussán y Valderrama (2010).

Retomando estas investigaciones se observa que en general, se pueden establecer semejanzas al reconocer en la mayoría de ellos, la prevalencia del subtipo combinado, seguido por el inatento y finalmente por el hiperactivo-impulsivo; sin embargo, pueden surgir diferencias en dependencia de las características sociodemográficas y la correlación con otras variables, al igual que, si son los padres, los maestros o ambos quienes evalúan.

Otros asuntos que se han investigado acerca de las características de los checklist, son los estudios acerca de las concordancias y discrepancias según el tipo de informante, encontrándose que tales discrepancias giran en torno a diversas variables. Al respecto, Trujillo y Díaz (2007) ubican el tipo de informante (informantes similares obtienen mayor grado de acuerdo que diferentes tipo de informantes), la edad del menor (existe mayor acuerdo en la evaluación de niños pequeños en comparación con niños mayores y adolescentes) y los tipos de problemas que se presentan (los progenitores otorgan mayores puntuaciones al factor hiperactividad mientras que los profesores discriminan mejor el déficit de atención con y sin hiperactividad).

Otras investigaciones cuestionan frente a los criterios del DSM-IV, el hecho de que se otorga igual peso para cada síntoma al momento de emitir un diagnóstico, aún teniendo referencia de otros estudios donde se ha observado que no todos los ítems de inatención e hiperactividad-impulsividad son iguales con respecto a su capacidad para predecir el TDAH, asunto ya tratado por López, Rodríguez, de Llano, Sacristán, Garrido y Martínez (2010).

Lo anterior sugiere entonces la necesidad de establecer las diferencias relevantes a nivel del grado de severidad de los síntomas, ya que los checklist permiten más allá de una mirada

categorica (presencia/ausencia del síntoma), establecer en un rango (usualmente de 0 a 3), la frecuencia e intensidad de los mismos, así como las posibles relaciones con factores sociodemográficos, tales como la edad, el género o incluso aspectos culturales donde los síntomas pueden tener un peso diferente (Cardo, Bustillo, Riutort, Bernad, Meisel, García-Banda y Servera, 2009). Ello hace referencia a la necesidad de visualizar las perspectivas multidimensionales para el análisis de problemáticas, para mejorar los márgenes de explicación de las variables relacionadas entre sí, tal como lo plantean Varela et al. (2011).

El objetivo general de este estudio fue describir los perfiles conductuales basados en el Checklist para el TDAH según el DSM IV, diligenciado por padres y maestros de un grupo de niños entre 7 y 15 años (subtipos inatento y combinado) y un grupo control de la ciudad de Manizales; se observaron las diferencias entre ambos tipos de informantes para cada una de las dimensiones según el número de síntomas y según el nivel de severidad.

Objetivos

Describir los perfiles comportamentales de una muestra de niños escolarizados de ambos sexos de 7 a 15 años con TDAH – inatento y combinado - y un grupo control de la ciudad de Manizales.

Objetivos específicos:

Identificar y comparar los comportamientos arrojados en los resultados de los Checklist del DSM-IV reportados por los padres y maestros.

Establecer las diferencias relevantes en las variables definidas según el número de síntomas en cada dimensión y según el nivel de severidad de los síntomas.

Metodología

Tipo de investigación:

Investigación de corte transversal no experimental de tipo descriptivo-comparativo entre los grupos: TDAH inatento, TDAH combinado y un grupo control.

Población de referencia:

Niños y niñas entre los 7 y 15 años de edad, escolarizados y diagnosticados con TDAH de la ciudad de Manizales.

Muestra:

Se revisó una base de datos general de 300 niños, niñas y adolescentes, con edades entre 5 y 15 años pertenecientes a instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Manizales. De dicha base de datos se seleccionaron aquellos con edades a partir de 7 años resultantes en 110 sujetos, pareados por edad, sexo y estrato socioeconómico (Ver tabla 1). Con respecto al género, en la muestra se encuentra un 21,8 % conformado por niñas, y un 78,2 de niños. En el grupo de casos, el 31,8% correspondió al subtipo combinado y el 16,4% al subtipo inatento y por último el hiperactivo con el 1,8% de representación.

Tabla 1.

Características socio demográficas y clínicas por casos y controles

Variable	Categorías	Casos		Control	
		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
Edad rango	5 a 7	18	32,7	18	32,7
	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	2	1,8		

Procedimiento:

Los participantes fueron evaluados a partir de un algoritmo de investigación (Varela et al., 2011) que permitió clasificarlos en casos y controles (pareados por edad, género y estrato socio-económico), todos ellos con un coeficiente intelectual igual o superior a 85 y seleccionados a partir de la entrevista psiquiátrica estructurada MINIKID (Sheehan, 2010), 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 subtipo 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.

Como parte del algoritmo de investigación, los padres y maestros de los participantes diligenciaron el Checklist para TDAH, puntuando tanto la presencia o no de cada uno de los 9 síntomas de las dos dimensiones (inatención e hiperactividad-impulsividad) como la severidad de cada uno usando una escala semi-continua de 0 a 3 (0 igual a Nunca; 1 igual algunas veces; 2 igual a frecuentemente y 3 igual a siempre). Por lo tanto, para las interpretaciones se considera que puntuaciones más altas serán indicadores de mayor nivel de frecuencia y severidad del síntoma o dimensión analizada. Estos cuestionarios fueron calificados por asistentes de investigación, quienes realizaron las sumatorias respectivas en cada dimensión: Inatención e Hiperactividad/Impulsividad (Anexo: Modelo checklist).

El diagnóstico categorial debe incluir una mirada diferencial y específica en torno a dos elementos al momento considerar la presencia o no de un TDAH: el primer elemento se relaciona con el umbral de síntomas exigidos para el diagnóstico (al menos 6 síntomas de 9 en una o ambas dimensiones) y el segundo elemento gira alrededor del puntaje arrojado de acuerdo con la escala de 0 a 3 para cada uno de los síntomas (para un máximo posible de 27 en cada dimensión). Por lo tanto las variables de análisis consideraran el número de síntomas (sobre 9) para la presencia del trastorno. Para la severidad, la variable considerará la sumatoria (sobre 27) de estos en cada dimensión; adicionalmente se considerará la variable checklist total como la sumatoria de inatención + hiperactividad/impulsividad.

Análisis estadístico de la información:

Para evaluar las diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles 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. Para la elección de la prueba de comparación de medias entre grupos, se verificó la normalidad de las variables del Checklist de padres y maestros mediante la prueba de Shapiro-Wilk, hallando que al segmentarla por subtipos, éstas no seguían una distribución normal ($p < 0,05$). Por tanto, se seleccionó la prueba de Kruskal-Wallis. Para establecer entre que 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 3 diferentes grupos, fue necesario realizar un total de 3 comparaciones, por lo cual el p valor para considerar una diferencia estadísticamente significativa es de $< 0,017$.

Resultados

1. Análisis por casos:

Teniendo en cuenta que para cada una de las variables analizadas a mayor puntaje, mayor presencia de síntomas y mayor severidad, se observa que los resultados arrojaron que, tanto en el Checklist de padres como en el de maestros, el grupo de casos obtuvo mayores puntuaciones promedios que el grupo control. A su vez también se observó, que el puntaje promedio en cada una de las variables siempre es superior en el Checklist de padres que en el de maestros, a excepción de número total de síntomas de hiperactividad en el grupo control.

En el Checklist de padres, la variable en la que existió mayor diferencia entre grupos fue la sumatoria del puntaje de síntomas de inatención, donde la puntuación del grupo casos fue 1,8 veces superior a la del grupo control. A su vez, la variable en la que existió menor diferencia entre grupos fue el número total de síntomas de hiperactividad, donde la puntuación del grupo casos fue 0,6 veces superior a la del grupo control.

En el Checklist de maestros, la variable en la que se presentó mayor diferencia entre grupos fue la sumatoria del puntaje de síntomas de hiperactividad, donde la puntuación del grupo casos fue 1,3 veces superior a la del grupo control. A su vez, la variable en la que existió menor diferencia entre grupos fue el número total de síntomas de inatención, donde la puntuación del grupo casos fue 0,8 veces superior a la del grupo control.

Al examinar la comparación de media 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. Dichos resultados se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.

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

		Caso		Control		Porcentaje diferencia	Comparación de medias	
		N=55		N=55		Caso Vs Control	U de Mann-Whitney	p valor
Checklist	Variables	Media	Desv típica.	Media	Desv típica.			
Padres	Total de síntomas inatención	8,5	1,3	4,8	3,1	78,6*	427,5	0,000 ^a
	Sumatoria puntaje síntomas inatención	16,7	6,3	6,0	5,1	178,8*	301,0	0,000 ^a
	Total síntomas hiperactividad	7,3	2,4	4,6	2,9	59,1*	736,0	0,000 ^a
	Sumatoria puntaje síntomas hiperactividad	14,8	7,9	6,3	5,4	136,3*	610,0	0,000 ^a
	Checklist total Sumatoria puntaje inatención e hiperactividad	31,6	12,3	12,3	9,9	158,2*	356,5	0,000 ^a
Maestros	Total de síntomas inatención	7,7	2,4	4,3	3,6	80,5*	675,0	0,000 ^a
	Sumatoria puntaje síntomas inatención	14,6	7,3	6,7	7,0	118,8*	648,5	0,000 ^a
	Total síntomas hiperactividad	6,6	3,1	3,4	3,3	92,1*	727,5	0,000 ^a
	Sumatoria puntaje síntomas hiperactividad	13,1	8,7	5,6	7,0	133,1*	727,5	0,000 ^a
	Checklist total sumatoria puntaje inatención e hiperactividad	27,7	14,5	12,3	12,6	125,3*	636,0	0,000 ^a

Variable de agrupación: Criterio de Inclusión *

* Media Caso>Media Control

^a P valor<0,05

2. Análisis por subtipos:

Teniendo en cuenta el tamaño y la distribución por subtipos, se determinó que se excluiría del análisis el subtipo hiperactivo, ya que la cantidad de participantes de esta categoría no era suficiente para poder hacer un análisis pertinente, cuyos resultados se presentan en la Tabla 3.

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

La puntuación del subtipo combinado es superior a la del subtipo inatento en todas las variables. En el checklist de padres y maestros, la variable en la que se presentó mayor diferencia entre grupos fue la Sumatoria del puntaje de síntomas de hiperactividad, donde la puntuación del subtipo combinado fue 1,2 veces superior a la del subtipo inatento en el Checklist de padres y 0,7 veces superior en el Checklist de maestros. A su vez, la variable en la que existió menor diferencia entre subtipos fue el número total de síntomas de inatención, donde la puntuación del subtipo combinado fue 0,08 veces superior a la del subtipo inatento para los padres y 0,2 veces superior, en la evaluación de los maestros.

Tabla 3.

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

Checklist	Variables	Combinado		Inatento		Control		porcentaje de diferencia			Comparación de medias		
		N=35		N=18		N=55		Combi Vs Inatento	Combi Vs Control	Inatento Vs Control	Chi-cuadrado	gl	Pvalor
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica						
Padres	Total síntomas inatención	8,8	0,6	8,1	2,0	4,8	3,1	8,5*	84,7**	70,3**	49,860	2	0,000 ^a
	Sumatoria puntaje síntomas inatención	18,3	5,5	14,7	6,8	6,0	5,1	24,2*	204,8**	145,4**	55,934	2	0,000 ^a
	Total síntomas hiperactividad	8,4	1,2	5,0	2,8	4,6	2,9	67,4*	82,7**	9,1**	37,821	2	0,000 ^a
	Sumatoria puntaje síntomas hiperactividad	18,3	6,1	8,0	7,1	6,3	5,4	128,2*	191,9**	27,9**	46,172	2	0,000 ^a
	Checklist total sumatoria puntaje inatención e hiperactividad	36,7	9,8	22,7	11,7	12,3	9,9	61,7*	199,8**	85,4**	56,575	2	0,000 ^a
Maestros	Total síntomas inatención	8,3	1,6	6,9	3,1	4,3	3,6	19,7*	93,8**	61,8**	30,870	2	0,000 ^a
	Sumatoria puntaje síntomas	16,3	6,4	12,2	7,8	6,7	7,0	34,3*	144,9**	82,3**	31,269	2	0,000 ^a

inatención												
Total síntomas hiperactividad	7,5	2,5	5,1	3,5	3,4	3,3	45,9*	117,0**	48,7**	28,372	2	0,000 ^a
Sumatoria puntaje síntomas hiperactividad	15,5	8,4	9,2	7,9	5,6	7,0	68,6*	176,0**	63,7**	27,970	2	0,000 ^a
Checklist total sumatoria puntaje inatención e hiperactividad	31,8	13,1	21,3	14,3	12,3	12,6	49,1*	159,1**	73,8**	33,583	2	0,000 ^a

* Media de grupo combinado > media de grupo inatento ** Media de subtipo > media grupo control ^a P<0,05

Al examinar la comparación de medias entre grupos se encuentra que existen diferencias estadísticamente ⁱsignificativas entre los grupos para la puntuación de todas las variables (p<0,05). Los resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4.

Comparación de medias entre grupos

Checklist	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	Número total de síntomas inatención	261,0	0,121	216,5	0,000*	177,5	0,000*
	Sumatoria puntaje síntomas inatención	216,5	0,063	115,5	0,000*	150,0	0,000*
	Número total de síntomas hiperactividad	93,0	0,000*	270,5	0,000*	456,5	,6197
	Sumatoria puntaje síntomas hiperactividad	89,5	0,000*	161,0	0,000*	435,0	,4408
	Checklist total Sumatoria puntaje inatención e hiperactividad	108,0	0,000*	104,5	0,000*	232,0	0,007*
Maestros	Número total de síntomas inatención	227,0	0,050	339,0	0,000*	292,5	0,008*
	Sumatoria puntaje síntomas inatención	215,5	0,061	304,0	0,000*	292,0	0,009*
	Número total de síntomas hiperactividad	193,5	0,014*	335,0	0,000*	355,5	,0703
	Sumatoria puntaje síntomas hiperactividad	188,5	0,017	331,5	0,000*	354,5	,0692
	Checklist total Sumatoria puntaje inatención e hiperactividad	183,5	0,013*	281,5	0,000*	304,0	0,014*

*p<0,05

Estos resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del Checklist de padres y maestros, al comparar el subtipo combinado con el grupo control.

Al comparar el subtipo combinado con el subtipo inatento, las diferencias estadísticamente significativas existen para las variables Número total de síntomas de hiperactividad y Sumatoria puntaje de inatención e hiperactividad, en el Checklist de padres y maestros; y en la variable Sumatoria puntaje síntomas de hiperactividad, tan solo en el Checklist de padres.

En la comparación entre el subtipo inatento y el grupo control, las diferencias estadísticamente significativas se dan en las variables Número total de síntomas de inatención, Sumatoria puntaje de síntomas de inatención y en la Sumatoria puntaje de inatención e hiperactividad.

Discusión

El objetivo de este estudio fue describir los comportamientos identificados en los puntajes arrojados en el Checklist (síntomas del TDAH para el criterio A del DSM IV), según la percepción de padres y maestros de un grupo de niños diagnosticados con TDAH, comparando el total de síntomas y su nivel de severidad – sumatoria de síntomas- en cada dimensión.

Como hallazgo preliminar se evidencia, en un primer aspecto, que el subtipo con mayor frecuencia es el combinado (31,8%) seguido por el inatento (16,4%) y por último el hiperactivo-impulsivo (1,8). Estos datos concuerdan con subsecuentes estudios colombianos, tales como la investigación de Pineda, et al. (2001) en la que el subtipo combinado fue el más frecuente con un porcentaje del 9,4% y el tipo hiperactivo-impulsivo es muy poco frecuente. Estos resultados también son confirmados por Jiménez et al. (2012) para ese mismo orden de presentación clínica. También en un estudio en el departamento de Caldas, los resultados arrojaron esta misma frecuencia de los subtipos combinado (4,4%), inatento (1,9%) e impulsivo-hiperactivo (0,8%) (Castaño et al., 2010). Las diferencias en los porcentajes pueden ser atribuibles a diversos factores tales como el enfoque utilizado y el tamaño muestral.

En un segundo aspecto, como era de esperarse, el grupo de casos (inatento y combinado) obtuvieron puntuaciones promedio mayores que el grupo control en todas las variables, hecho explicable tanto por el proceso de selección realizado, que se basó en la sensibilización sobre el TDAH que se realizó en las instituciones para la búsqueda intencional de los participantes, como por la prueba de oro que permitió la confirmación diagnóstica (entrevista psiquiátrica).

Con respecto a la comparación de los resultados arrojados por padres y maestros, se observó que en todas las variables, los puntajes promedios más altos se evidenciaron en el subtipo combinado, seguido del subtipo inatento, obteniendo el grupo control los promedios más bajos. La tabla 3 muestra la distribución y la variabilidad de los puntajes de acuerdo con el subtipo, así como diferencias estadísticamente significativas tanto en el porcentaje de diferencias como en la comparación de medias. El puntaje promedio para cada variable siempre estuvo por

encima en el Checklist de padres Vs Checklist de maestros, a excepción de la sumatoria del número de síntomas de hiperactividad en el grupo inatento. Este hallazgo coincide parcialmente con Trujillo y Díaz-Sibaja (2007) quienes hallaron que 18 niños de su muestra (23,4%; $n=95$) son valorados de distinta forma por los padres y por los profesores, en el sentido de que unos los consideran hiperactivos y los otros no. Otro hallazgo consistente con el nuestro, se encuentra en el estudio realizado por Cardo y Servera (2007) en el hecho de que si bien no hallaron ninguna diferencia significativa entre padres y madres, estas sí lo fueron entre maestros frente a los padres, con valores de $p < 0,01$ y $p < 0,05$, quienes arrojaron puntuaciones más altas respecto a las puntuaciones de los maestros.

Al respecto, Amador, Forns, Guardia y Però (2005) señalan que un grado moderado de acuerdo es la norma y no la excepción cuando se analiza la congruencia de la información proporcionada por padres y profesores; en tal sentido, la información que proviene de ambos informantes es necesaria e imprescindible para establecer el diagnóstico del TDAH, lo cual implica, según los autores, que es necesario analizar la contribución que cada informante hace a la clasificación respecto de la utilidad diagnóstica de la información que proporciona.

Considerando las dimensiones del instrumento, los hallazgos también contrastan con lo planteado por Pineda et al (2006) en una investigación en la ciudad de Manizales, quienes utilizaron solo un informante (padres) y encontraron que en la dimensión de inatención hubo diferencias significativas ($p < 0,000$) entre el grupo control y los subtipos combinado e inatento, mientras que entre ambos subtipos (combinado e inatento) no hubo diferencias significativas. Por su parte, en la dimensión hiperactividad-impulsividad y el puntaje total de la escala (Checklist

total) los tres grupos mostraron diferencias significativas, con puntajes promedios de mayor a menor así: combinado, inatento y grupo control, lo cual coincide con nuestros resultados.

En cuanto al nivel de severidad de los síntomas (evidente en las sumatorias según la escala de 0 a 3), los análisis obtenidos en el Checklist de padres, revelan que en la variable que existió mayor diferencia entre grupos fue en la sumatoria del puntaje de síntomas de inatención, donde la puntuación del grupo de casos fue 1,8 veces superior a la del grupo control. Por su parte la variable en la que existió menor diferencia entre grupos fue el número total de síntomas de hiperactividad, donde la puntuación del grupo casos fue 0,6 veces superior a la del grupo control.

En el Checklist de maestros, la variable en la que se presentó mayor diferencia entre grupos fue la sumatoria del puntaje de síntomas de hiperactividad, donde la puntuación del grupo de casos fue 1,3 veces superior a la del grupo control. A su vez, la variable en la que existió menor diferencia entre grupos la sumatoria total de síntomas de inatención, donde la media del grupo casos fue 6,7 y la media del Sumatoria puntaje síntomas inatención fue de 14,6.

Los anteriores resultados son parcialmente consistentes con las apreciaciones acerca de que, generalmente, los padres sobreestiman los síntomas de hiperactividad y no detectan los síntomas de inatención, mientras que los maestros detectan con más facilidad los síntomas de inatención (Pineda, 2006). Finalmente, la tendencia observada es que la dimensión de inatención puede marcar mayores diferencias de los casos frente al grupo control, mientras que los síntomas de la dimensión hiperactividad/impulsividad permite diferenciar entre el subtipo inatento Vs combinado.

Otro aspecto a retomar dentro de los resultados arrojados en esta investigación, se relaciona con el número de niños (as) dentro del subtipo hiperactivo-impulsivo (2 casos) que no fue suficiente para realizar un análisis aislado; más allá de la mirada estadística, es importante realizar una mirada clínica y considerar que para este subtipo sólo se cuenta con 3 síntomas específicos de los 9 ítems, por lo cual y en concordancia con Pineda et al. (1999) se recomienda que no debe dársele un uso ni análisis de forma aislada, dado el bajo nivel de fiabilidad.

Desde el punto de vista investigativo, es importante señalar nuevas direcciones en trabajos que utilicen el checklist; por ejemplo, acerca de sus propiedades en términos de sensibilidad y especificidad ya que estudios previos han señalado que el desempeño de este cuestionario denota valores mediocres de sensibilidad tanto en padres como en maestros y de la especificidad entre estos últimos (Cornejo, Sánchez, Gómez y Ossio, 2010); lo anterior de cara a la búsqueda de instrumentos de tamizaje más potentes. Al respecto, Cardo y Servera (2007), señalan que el valor predictivo de los ítems no es el mismo y que su validez será aún mayor si se combinan los ítems en ambos tipos de evaluados (maestros y padres).

Se considera por tanto, que no es fácil establecer criterios objetivos a la hora de determinar la validez para medir variables que tienen razones multidimensionales, tal como lo afirma Mora (2011). Se puede ver también una perspectiva opuesta en Sepúlveda y Corredor (2008) respecto de la concordancia entre la sintomatología y la medición de los criterios para la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por padres y la sintomatología del trastorno identificado por maestros de niños.

Si bien el alcance de los anteriores hallazgos se dio dentro de un propósito meramente descriptivo-comparativo, es importante retomar el planteamiento de Puerta (2004, p, 6), quien destaca la disponibilidad actual de instrumentos de diagnóstico para la población infantil y adolescente, basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, lo cual debe conducir a mejorar las prácticas en el estudio clínico individual, clarificando la presencia de los síntomas en diferentes ambientes y la existencia de características similares o disímiles, para lo cual se requiere un análisis mayor de las particularidades contextuales en las que se desenvuelve el paciente.

Conclusiones

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos casos y control para la puntuación de todas las variables ($p < 0,05$), siendo en todos los casos menor la puntuación en los segundos.

Se encuentra que los padres presentan una tendencia a calificar con mayor número de síntomas y de severidad respecto a los maestros. Se resalta la variable de sumatoria puntaje síntomas de inatención como la que presenta mayor diferencia entre los grupos.

Los procesos de diagnóstico para el TDAH, requieren de una evaluación integral, que denote las necesidades y multi-dimensiones, adaptándose a la etapa evolutiva y a la especificidad

del contexto, puesto que entran en juego diferencias individuales tanto del mismo como del evaluador (padres y maestros), y naturalmente de los infantes, todo lo cual es determinante al momento de diagnosticar el TDAH.

En definitiva, estos datos invitan a establecer estos hallazgos en relación con otras variables neuropsicológicas y sociodemográficas, siendo esto un aspecto relevante a considerar en lo que respecta a perfiles conductuales.

Referencias

- Amador, Campos, J. A., Forns, Santacana, M., Guàrdia, Olmos, J. & Però, Cebollero, M. (2005). Utilidad diagnóstica del Cuestionario TDAH y del Perfil de atención para discriminar entre niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastornos del aprendizaje y controles. *Anuario de Psicología*, 36(2) 211-224.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S.A.
- Arán, V; Mías. C. (2009). Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: subtipos predominio Déficit de Atención y predominio Hiperactivo-Impulsivo. *Revista Argentina de Neuropsicología* 13, 14-28.
- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D. & Henao, G. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*, 37(7) 608-615.
- Barkley, R., A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48, S101-S106.

- Castaño Ramírez, M., Calderón Ocampo, J. H., Jiménez, Aranguren, D. R., Dussan Lubert, C y Valderrama Sánchez, A. (2010). Trastornos mentales y por uso de sustancias en el Departamento de Caldas. Dirección territorial de Salud de Caldas.
- Cardo, E. Servera, M. (2007). ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de neurología* 45(7) 393-399.
- Cardo, E., Bustillo, M., Riutort, L., Bernad, M.M., Meisel, V., García-Banda, G. y Servera, M. (2009). ¿Cuál es la combinación de síntomas según padres y maestros más fiable para el diagnóstico de TDAH? *Anuales de Pediatría*, 71, 141–7.
- Cornejo Ochoa, W; Sánchez Mosquera, Y; Gómez Navas, M; Ossio, O. H. (2010). Desempeño diagnóstico del cuestionario lista de síntomas del DSM IV para el tamizaje del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) en niños y adolescentes escolares. *Acta NeurolColomb* 26(3), 133-141
- Cornejo, J. W. Osío, O. Sánchez, Y. Carrizosa, J. Sánchez, G. Grisales, H. y Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40(12), 716-722.
- 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.

- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Alfonso, M. y Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1) 13-26.
- López Villalobos, J. A., Rodríguez Molinero, L., De Llano, J.M.A., Sacristán Martín, A. M., Garrido Redondo, M., Martínez Rivera, M. T., (2010). Validez de los criterios del DSM-IV según respuesta de los profesores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología educativa*, 16(2) 147-156.
- Mora, Robles, L. (2011). Prevalencia de hiperactividad y factores asociados en escolares Cuenca, 2011. Universidad de Cuenca (Tesis).
- Ortiz-Luna, J. A., y Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología* 42(1), 17-21.
- Pineda, D. A. Henao, G. C. Puerta, I. C. Mejía-Mag, S. E. Gómez, L. F. Miranda, M. L. Rosselli, M. Ardila, A. Restrepo, M. A. Murelle, L. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de neurología* 28(4) 365-372.
- Pineda, D. A. (2000). Diagnóstico neuroconductual y neuroepidemiológico de la deficiencia de atención. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2(2) 20- 37.

- Pineda, D. A., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D., Castellanos, F. X., y Grupo de Investigación Fundema. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de neurología*, 32(3), 217-22.
- Pineda, D. A. Pineda, D. A. Puerta, I. C. Pineda, D. E. Lopera, F. (2006). Utilidad del listado de síntomas para el diagnóstico de trastorno de la atención/ hiperactividad en población general y familias antioqueñas. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. N° 17: 86-102
- Puentes, P., Barceló, E. & Pineda, D. (2008). Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos, de 6 a 11 años, con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 47, 175-184
- Puerta, I. C. (2004). Instrumento para evaluar las alteraciones de la conducta. *Revista Neurología*, 38(3), 271 – 277.
- Sepúlveda Castañeda, N. K., Corredor Siachoque, M. D. (2008). Concordancia entre la sintomatología en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificado por maestros de niños de colegio de Bucaramanga. Universidad Pontificia Bolivariana, escuela de ciencias sociales proyecto de grado para optar por título de psicóloga.

Trujillo, A y Díaz-Sibaja, M. A. (2007). Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: Diferencias entre padres y profesores. *Fuente: psiquiatria.com* (1)11

Universidad de Manizales (2004). Cuestionarios para la evaluación del comportamiento en niños y adolescentes de la ciudad de Manizales. *Cuadernos de Línea Desarrollo Infantil*, Nro 1.

Varela C., V., Montoya L., D. M., Tamayo O., L., Restrepo G., F., Moscoso A., Ó., Castellanos D., C. G., Castro C., P. A., González B., L. & Zuluaga V., J. B. (2011). Protocolo neuropsicopedagógico en la evaluación multidimensional del trastorno por déficit atencional/ hiperactividad -TDAH-: implementación de una experiencia investigativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia)*, 7(2) 139-156.

Vélez van Meerbeke, A. Talero Gutiérrez, C. González Reyes, R. Ibáñez Pinilla, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurol Colomb* 24(1) 6-12.
