

**PERFILES CONDUCTUALES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 15 AÑOS CON TDAH EN
LA CIUDAD DE MANIZALES**

**JULIANA GONZÁLEZ MORALES
PSICÓLOGA**

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN DESARROLLO INFANTIL
MANIZALES**

2015

**PERFILES CONDUCTUALES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 15 AÑOS CON TDAH EN
LA CIUDAD DE MANIZALES**

JULIANA GONZÁLEZ MORALES

Psicóloga

Docente asesora:

Mg. VILMA VARELA CIFUENTES

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

MAESTRIA EN DESARROLLO INFANTIL

MANIZALES

2015

Dedicatoria

A Dios, mi todo.

A mis padres por su infinito amor y paciencia, a mis hermanos por ser modelos de constancia y tenacidad, a mis sobrinos hermosos por motivarme a ser cada día mejor y a todas esas personas especiales que ocupan un lugar primordial en mi corazón.

Agradecimientos

A mi asesora Vilma Varela, por guiarme y corregirme durante tantas horas en esta etapa de mi vida, por su interés y dedicación y por compartir conmigo su pasión por la investigación.

A mis compañeros de maestría, especialmente a mis compañeras de la línea de investigación clínica, Lina, Dianita, Vanne, Alexa, Adri y Erly, que buenas compañeras de viaje.

A los docentes y directivos que brindaron conocimientos y apoyo.

A Dios, a mi familia, a mis amigas.

Presentación

Los resultados que se presentan en este informe se derivan del macroproyecto titulado *Caracterización neuropsicopedagógica de niños y niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a programas de atención a la población infantil en 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 surge de un esfuerzo colaborativo con el grupo de investigación de Neuroaprendizaje de la Universidad Autónoma de Manizales en el estudio “*Caracterización de los potenciales relacionados a eventos cognitivos en la diferenciación de los subtipos clínicos del trastorno por déficit de atención*” y con la Universidad Nacional, sede Manizales, y su grupo de investigación Control y Procesamiento digital de Señales con el proyecto “*Identificación automática del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad sobre registros potenciales evocados cognitivos*”.

Perfiles Conductuales de niños y niñas de 5 a 15 años con TDAH en la Ciudad de Manizales.

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito analizar las características conductuales en niños y niñas con diagnóstico de TDAH y un grupo control, identificados a través del Checklist para síntomas de TDAH del DSM IV y de las versiones colombianas estandarizadas y validadas de los cuestionarios Conners aplicados a padres y maestros, en una muestra escolarizada de 194 niños y niñas, entre 5 y 15 años de edad, de estrato socioeconómico bajo, medio y alto. De acuerdo con los resultados arrojados tras el análisis descriptivo expresado como medidas de tendencia central y desviaciones estándar y de las medidas ANOVA de Kruskal-Wallis, valores de Chi cuadrado, U de Mann-Whitney y nivel de significancia $p = 0,05$, se encontró que los instrumentos permitieron identificar diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles y de igual manera permitieron la identificación de subtipos del trastorno entre los casos.

Palabras clave: perfil conductual, TDAH, cuestionarios Conners, checklist DSM IV.

Behavioral profile of children between 5 and 15 years old with ADHD in Manizales

Abstract

This empirical-analytic, cross-sectional research, comparative, no experimental intend to analyze the behavioral characteristics of children with ADHD and a control group, identified by Colombian versions of standardized and validated questionnaires Conners for parents, and teachers. Also the Checklist for symptoms of ADHD of DSM IV for parents and teachers, schooled in a sample of 194 boys and girls between 5 and 15 years of age, with a socioeconomic status low, medium and high. According to the results obtained after the descriptive analysis expressed as measures of central tendency standard deviation and deviation measures ANOVA and Kruskal-Wallis, chi square values, Man-Whitney and level of significant $p=0,005$, it found that the instruments helped identify differences statistically significant between cases and controls; this allowed to identify as well of subtypes of the disorder among cases.

Keywords: behavioral profile, TDAH, questionnaires Conner, and Checklist DSM IV

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
ÁREA PROBLÉMICA	4
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN.....	18
MARCO TEÓRICO.....	20
DEFINICIÓN. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	20
<i>Inatención.</i>	21
<i>Hiperactividad.</i>	21
<i>Impulsividad.</i>	22
ETIOLOGÍA.....	22
APROXIMACIONES EXPLICATIVAS DEL TDAH DESDE MODELOS NEUROCONDUCTUALES	24
LA CONDUCTA.....	27
EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA	29
ESCALAS CONDUCTUALES.....	30
<i>Checklist para TDAH del DSM IV</i>	31
<i>Cuestionario Conners para padres [Conners Parents Rating Scale –CPRS-] y maestros [Conners Teacher’s Rating Scale –CTRS-]</i>	31
MODELO HIPOTÉTICO	33
HIPÓTESIS.....	33
<i>H0</i>	33
<i>H1</i>	33
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	34
OBJETIVO GENERAL	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34

MARCO METODOLÓGICO	35
TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
DISEÑO	35
POBLACIÓN.....	35
MUESTRA	35
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	36
VARIABLES DE CONTROL	36
<i>Sexo</i>	36
<i>Edad</i>	36
<i>Estrato Socio Económico</i>	36
VARIABLES INTERVINIENTES	36
VARIABLES CRITERIO.....	36
<i>Criterios del DSMIV</i>	36
<i>Coficiente intelectual</i>	36
VARIABLES DE ANÁLISIS.....	36
<i>Dimensiones del Checklist del DSM IV para TDAH</i>	37
<i>Factores de los cuestionarios de Conners</i>	37
INSTRUMENTOS	40
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	40
PROCEDIMIENTO.....	40
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES	62
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DERIVADAS DEL PROYECTO	64
REFERENCIAS.....	65
ANEXOS	73

Indices de Tablas

Tabla 1. <i>Operacionalización de las variables de control</i>	38
Tabla 2. <i>Operacionalización de las variables de criterio</i>	38
Tabla 3. <i>Operacionalización de las variables de Análisis</i>	39
Tabla 4. <i>Datos socio-demográficos y clínicos de la muestra</i>	43
Tabla 5. <i>Medidas de tendencia central, varianza, niveles de significancia y comparación de los grupos TDAH combinado, TDAH inatento y grupo Control, para analizar el perfil conductual</i>	46
Tabla 6. <i>Descripción del perfil conductual según rango de edad</i>	49
Tabla 7. <i>Descripción del perfil conductual según sexo</i>	52
Tabla 8. <i>Descripción del perfil conductual según estrato socioeconómico</i>	56

Índice de figuras

Figura 1. Procedimiento para selección de la muestra.....	41
--	----

Índice de anexos

Anexo 1. Checklist del DSM IV para Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad	71
Anexo 2. Cuestionario Conners para padres versión colombiana estandarizada y validada (Pineda y Cols, 1998).....	72
Anexo 3. Cuestionario Conners para maestros versión colombiana estandarizada y validada (Pineda y Cols, 1998).....	73

Introducción

El Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo que más afecta a los niños y niñas en edad escolar y en diferentes ámbitos tales como el educativo, el familiar y el social. Trae consigo consecuencias que en algunas ocasiones acompañan hasta la vida adulta y frecuentemente se asocia con otros trastornos de la conducta y con trastornos emocionales. En las dos últimas versiones de Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM IV, 1994; DSM-5, 2013) se señala que para hacer el diagnóstico del trastorno, los comportamientos de la persona deben traerle molestias significativas en no menos de dos lugares, como por ejemplo casa y colegio; de igual manera, indican que deben presentar mínimo seis características de inatención y seis de hiperactividad para sospechar su presencia; los síntomas deben estar presentes antes de los siete años según el DSM IV y antes de los 12 años según el DSM-5. Adicional a esto, ambos manuales coinciden en que la presencia de dichas características no se deben explicar mejor por la presencia de otro trastorno.

Las características del TDAH son comunes a la población general, sin embargo, el trastorno debe ser diagnosticado a partir de la intensidad y frecuencia en la que estas aparecen, lo cual ayuda a comprender las consecuencias negativas que conlleva el mismo, como son el bajo rendimiento escolar, indisciplina, dificultades en las relaciones con adultos y con pares, problemas emocionales, entre otros. Desde una perspectiva demográfica se considera que para el estudio de condiciones psicopatológicas como es el caso del TDAH, es necesario contar con instrumentos de diagnóstico normatizados, confiables y válidos, que no sólo contemplen los síntomas del trastorno, sino que permitan tipificarlos, acorde con diversas variables

sociodemográficas. En esta medida, cobra sentido la importancia de conocer las variaciones comunes de la normalidad en el comportamiento, pero también los niveles de frecuencia y severidad de los síntomas, de tal forma que se pueda distinguir los niños que los presentan en niveles significativos para considerarlos como afectados por el trastorno y diferenciarlos de aquellos en que la sintomatología no tiene repercusión significativa. Al respecto, Cardo y Servera (2008) señalan que la tipificación, frecuencia y seguimiento de la variabilidad dentro de la normalidad en las áreas de inatención, hiperactividad e impulsividad no ha sido suficientemente estudiada en muestras poblacionales. Sin embargo, también es poco lo que se conoce con relación a la tipificación de los síntomas en muestras clínicas. Dado que hoy en día se dispone en Colombia de instrumentos normatizados, confiables y contextualizados para evaluar los comportamientos de inatención, hiperactividad e impulsividad, es posible investigar si dichos comportamientos permiten o no la identificación de niños y niñas con y sin el trastorno, pretensión de este estudio, que buscó analizar las características conductuales de una muestra de 194 niños y niñas escolarizados, de 5 a 15 años, con TDAH y controles, en la ciudad de Manizales.

Para tal efecto se emplearon dos instrumentos de medición de la conducta, diligenciados por padres y maestros, ambos estandarizados en la población manizaleña. El primero corresponde a al checklist para TDAH del DSM IV para padres y maestros (Pineda, et al., 1999) y el segundo, a la versión en español de los cuestionarios Connors (Pineda, Rosselli, Henao & Mejía, 2000) también para padres y maestros. Dichos instrumentos permitieron comparar las percepciones en los ambientes en lo que usualmente se desenvuelven los escolares, acorde con el procedimiento recomendado para dar validez al diagnóstico clínico.

Los resultados permitieron identificar el perfil conductual de la muestra estudiada, referente que podrá ser de utilidad no sólo en el ámbito investigativo, sino para los profesionales que trabajan con problemáticas comportamentales en el campo del Desarrollo Infantil.

Área problemática

Antecedentes

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en adelante TDAH, es el trastorno más diagnosticado entre los niños, niñas y adolescentes en la consulta clínica. El DSM IV (1994) indica una prevalencia del 3-5% en niños y niñas de edad escolar. En Colombia, el estudio realizado por Pineda et al. (2001) señaló una prevalencia del 17.1% para personas entre 4 y 17 años. Una dificultad que se presenta al hacer el diagnóstico es que sus síntomas son comunes a la población infantil general, y por ende, estos implican una amplia variabilidad y además, no existen pruebas de laboratorio que confirmen el diagnóstico; por ello, los clínicos se han apoyado en instrumentos de medición tales como escalas para padres, madres, maestros y maestras, con las que se busca identificar las conductas manifiestas del trastorno y la frecuencia de estas, en los ambientes familiar y escolar.

La estandarización y la validación de estas escalas según la cultura se ha convertido en una necesidad para la adecuada percepción y tratamiento de las molestias significativas que acarrea el trastorno, lo cual ha llevado a la búsqueda de datos normativos a partir de la tipificación de los síntomas del trastorno, de tal manera que su diagnóstico no se mantenga sólo con una validez clínica subjetiva. De igual manera se ha pretendido que las diferentes escalas de medición unifiquen criterios, de tal manera que se puedan dar diagnósticos más acertados, ya que se ha encontrado que estos pueden cambiar según sea la escala empleada para hacerlo. Este abordaje ha sido especialmente útil en estudios demográficos que buscan determinar la prevalencia y la incidencia del TDAH en la población general.

En este sentido diferentes investigaciones han aportado datos interesantes acorde con los subtipos del TDAH. Tal es el caso de una investigación realizada en España (Cardo, et al., 2011), cuyos objetivos entre otros, fueron examinar la variación de la prevalencia del TDAH en una muestra escolar usando dos criterios diagnósticos categóricos como son el DSM IV y la CIE 10; así mismo, observar la variabilidad cultural en relación con el TDAH. Los investigadores usaron una muestra de 1124 estudiantes entre los 6 y los 12 años de edad y encontraron que los valores de prevalencia fluctúan según el subtipo a partir de criterios del DSM IV así: Subtipo combinado 0,7%; predominio inatento 2,1% y predominio hiperactivo-impulsivo 0,8%.

La prevalencia global del TDAH encontrada no tuvo diferencias estadísticamente significativas en los métodos usados. Así mismo y a pesar de tratarse de una investigación de cribado las tasas de sospecha de TDAH estuvieron dentro de los márgenes esperados (3-7%); sin embargo la tasa de prevalencia por subtipo fue diferente según el método usado, así, con la escala ADHD RS-IV p90 casi el 50% de los sujetos detectados tuvieron TDAH combinado; con la escala SNAP-IV más del 50% presentó TDAH con predominio hiperactivo y utilizando el criterio DSM IV casi el 60% de los sujetos sería sospechoso de presentar TDAH inatento.

Encontraron además, que en todos los sistemas diagnósticos se detectan más niños que niñas, con excepción del sistema basado en el p90 puesto que dispone de baremos diferenciados con lo que inducen la necesidad de adaptarlos según el país y la cultura. A este respecto, indican que al usar baremos españoles de la ADHD RS-IV en norteamérica los maestros presentan medias más elevadas que los padres, mientras que en España sucede lo contrario. De igual manera establecen la pertinencia de ajustar edad y sexo y así disminuir la posibilidad de descartar el diagnóstico a niñas con posible TDAH.

Investigadores como Narbona (2001) hacen énfasis en la dificultad de separar características culturales de las patológicas a la hora de hacer un diagnóstico, lo que corrobora la necesidad de unificar criterios de identificación, así como hacer estandarización de instrumentos de medición para lograr la buena identificación de características del TDAH. El autor señala enormes diferencias en las tasas de prevalencia del TDAH según se usen los criterios europeos 1–2% de prevalencia en Europa, o criterios norteamericanos que alcanzan hasta 20% de prevalencia. El autor plantea que los altos porcentajes de prevalencia del TDAH en algunos grupos poblacionales pueden estar incluyendo como casos a personas que en realidad no presenten el trastorno y que estos pueden ser capaces de afrontar las exigencias del entorno si sus recursos intelectuales y emocionales son suficientes y si el entorno propicia la adaptación.

Aclara que las cifras de prevalencia se pueden disparar si el punto de corte establece una desviación estándar (DE), que sería casi igual al de la media de la población; por ello sugiere establecer puntos de corte de 1,5 o 2 DE que, aunque pueden dejar por fuera falsos negativos, puede ofrecer una aproximación más realista al diagnóstico y a la epidemiología de los trastornos y se obviarían los casos de personas que simplemente presentan una variación de la normalidad. Igualmente manifiesta que otro sesgo puede ser dado al tratar de obtener una cuantificación sumatoria de instrumentos como los criterios del DSM IV, pues sujetos a los que se les asigne puntuación de 3 en algunos ítems pueden tener puntuaciones de 0 en otros, y aun así ser falsamente considerados como casos. Añade que el estado de ánimo de quienes responden los cuestionarios y las escalas pueden sesgar la calificación, además de que la mayoría de estas escalas y cuestionarios enfatizan en conductas no favorables en los niños.

Enfatiza también que el diagnóstico del TDAH debe ser establecido de forma rigurosa pues las características comportamentales del trastorno pueden no ser producidas por este, sino por

déficits socioeducativos. Advierte también, que muchos padres y docentes creen que los niños y niñas se comportan de forma impulsiva, agresiva y desordenada pues requieren “desfogar” la energía, cuando lo que puede estar es manteniendo ese comportamiento por autorrefuerzo.

Finalmente considera que la ausencia de límites y de modelos de conducta organizada son un caldo de cultivo para estos comportamientos y que las altas tasas de prevalencia pueden ser dadas por factores de riesgo biológico, sobre todo genético, pero también por la sociedad en la que los niños viven, por lo que el autor plantea una alarma para clínicos, neurobiólogos y a los responsables de la política educativa y socio-familiar.

Puerta (2004), señala que los cuestionarios con una buena delimitación de criterios clínicos ayudan a la precisión del diagnóstico y a la valoración cuantitativa para el estudio; destaca también que la información suministrada debe ser corroborada por el profesional, el paciente y mínimo una persona cercana a este. Señala también que los cuestionarios para la identificación de los síntomas deben ser diligenciados por adultos ya que estos poseen competencias lingüísticas más estructuradas para la comprensión de ellos. Entre los cuestionarios mencionados por la autora se encuentra la Lista de Síntomas para el TDAH usada en el presente estudio.

En cuanto a investigaciones en las que se han usado como instrumentos de medición de la conducta el checklist para síntomas de TDAH del DSM IV y/o los cuestionarios para padres y maestros basados en las versiones originales de Conners (1989), algunas han estado orientadas a establecer perfiles conductuales según subtipos, otras a contrastarlos con el desempeño neuropsicológico, otras a establecer análisis discriminantes o a analizar si las características conductuales de los niños y de las niñas diagnosticados con TDAH son independientes a la cultura y a la región, entre otros propósitos.

Concretamente en Colombia, se han realizado investigaciones que han utilizado escalas estandarizadas para la medición de la conducta y diligenciadas por padres y maestros, de acuerdo con las versiones arrojadas en estudios previos (Pineda, 2000; Pineda, Ardila & Rosselli, 2004).

Tal es el caso de Pineda et al. (1999) quienes estandarizaron la escala para medir los síntomas del criterio A para el diagnóstico de TDAH, con el fin de hacer un diagnóstico clínico, culturalmente adaptado y fiable. Su hipótesis fue que el checklist para TDAH podía determinar las tres dimensiones del trastorno: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. La muestra fue de 540 niños, niñas y adolescentes, entre los 4 y los 17 años, estratificados por sexo, grupo de edad (de 4 a 5 años, de 6 a 11 años y de 12 a 17 años) y estrato socioeconómico (bajo, medio y alto). Calificaron las dimensiones de la lista de síntomas otorgando valores predeterminados a cada una de las 18 preguntas del checklist. Así se clasificaron los participantes, teniendo como punto de corte 6 síntomas como mínimo para cada una de las dimensiones (inatención, e hiperactividad-impulsividad).

Entre los resultados se obtuvieron los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para el cuestionario y para cada subescala. Hicieron un análisis descriptivo para observar la distribución de las puntuaciones y para la corrección de sesgos de acuerdo con los valores de la *skewness* mediante la transformación logarítmica normal (LgN) de las variables con *skewness* superior a 0,7. Tras esto hicieron un análisis factorial estratificado por sexo y edad a través de una matriz *oblimin* para dimensiones factoriales relacionadas. Así mismo usaron análisis de varianza ANOVA con corrección *post hoc* de Bonferroni, usaron valor $p < 0,01$. Esto permitió obtener la prevalencia estimada del déficit de atención general y de los subtipos.

Los investigadores encontraron una consistencia interna sólida del cuestionario para ambos sexos, para todos los grupos de edad. Hallaron diferencias significativas entre los grupos para las

variable inatención, hiperactividad-impulsividad y puntuación total entre los sexos, los tres grupos de edad y los estratos socioeconómicos. La prevalencia fue estimada en 3.3% para el subtipo combinado, del 4.3% para el subtipo inatento y del 8.5% para el subtipo hiperactivo/impulsivo, dando una prevalencia total de 16.1%. En todos los subtipos el trastorno se presentó con mayor frecuencia en el género masculino; sin embargo un test no paramétrico demostró que esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Otra investigación fue realizada en la ciudad de Cali por Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda y Henao (2003) se encaminó a describir y comparar perfiles neuropsicológicos y conductuales de 79 niños entre los 8 y 11 años con TDAH y un grupo control. La muestra fue no aleatoria y se dividió en tres grupos: TDAH mixto (n=24), inatento (n=19) y controles (n=36). Se tuvo en cuenta el estrato socio económico, sexo y edad. La muestra tenía un CI de 85 a 115 y una evaluación neurológica. Los criterios de inclusión para cada subgrupo contemplaron los planteados en el DSM IV, además de reunir los criterios B, C, D y E; adicionalmente los casos del subtipo mixto debían tener una puntuación T de 65 o más en las dimensiones inatención e hiperactividad-impulsividad en el cuestionario para TDAH contestado por los padres. Para el subtipo inatento, se consideró la puntuación T de 65 o más en las dimensiones inatención y por debajo de 55 en hiperactividad-impulsividad. El grupo control debía tener 3 o menos síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad y no reunir los criterios B, C, D ni E del DSM IV para TDAH, mientras que la puntuación T fue igual o menor a 50 para inatención, hiperactividad-impulsividad en el cuestionario contestado por padres. Este mismo instrumento diligenciado por maestros, se utilizó para el análisis de la conducta, así como los cuestionarios para padres y maestros, versión breve de Conners, estandarizada y validada en Colombia (Pineda y col, 2000) y el BASC, versión colombiana (Pineda y col, 1999).

Para el análisis estadístico de datos usaron el programa SPSS 10 para calcular las medidas de tendencia central, la variabilidad y la significación para cada uno de los grupos. Se compararon las puntuaciones de los cuestionarios comportamentales mediante un análisis univariado de varianza ANOVA para las variables de distribución normal, con análisis *post hoc* de Turkey para la comparación de más de dos grupos, y pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney, para variables cuya distribución no era normal.

En el cuestionario Connors de maestros, encontraron diferencias entre el grupo control y el mixto en todos los factores; entre los grupos control e inatento se diferenciaron los factores hiperactividad/impulsividad, inatención y disregulación temperamental pero no en déficit en relaciones interpersonales, así: hiperactividad/impulsividad: control 41,6 (5,3), mixto 57 (7,05), inatento 56,5 (10); inatención: control 44,03 (5,3), mixto 59,1 (8), inatento 53,1 (7); déficit en relaciones: control 45,3 (8), mixto 58 (10,4), inatento 47 (10,2); disregulación temperamental: control 47,5 (3,5), mixto 58,5 (9), inatento 53 (8). Con el cuestionario para padres se encontraron diferencias en los factores hiperactividad, control: 40 (5,6), mixto: 55,7 (8), inatento: 51,4 (9); e inatención: control 40,3 (6,5), mixto: 62 (8), inatento: 62(8) entre los dos grupos de TDAH y el grupo control.

El checklist del DSM IV para TDAH aplicado a maestros arrojó una diferencia significativa entre los tres grupos en las dimensiones de inatención, hiperactividad/impulsividad y puntuación total, a excepción de la comparación entre el grupo mixto e inatento, en la que no se observaron diferencias inatención: control 44 (7), mixto 65 (10), inatento 65 (5); hiperactividad/impulsividad: control 47 (4,4), mixto 65 (7), inatento 57 (8); puntuación total: control 66 (8), mixto 66 (8), inatento 61,2 (6,6).

Los investigadores encontraron que el checklist del DSM IV para TDAH facilita la correcta discriminación de los casos con hiperactividad y sin ella. También encontraron que los participantes del grupo inatento aunque se diferenciaron del mixto, presentaron puntuaciones más altas para hiperactividad-impulsividad que los controles, pero no tan altas como las del subtipo mixto. Los cuestionarios les permitieron distinguir entre niños y niñas con y sin hiperactividad, pero los resultados de la versión abreviada diligenciada por padres no discriminaron entre mixto e inatento; en cambio, el cuestionario diligenciado por maestros sí permitió establecer tal distinción, por lo que sugieren que el cuestionario para padres no sería el instrumento más adecuado para distinguir entre los subtipos de TDAH.

Por otro lado, en la investigación realizada por Cornejo et al. (2005), si bien fue de corte epidemiológico para estimar la prevalencia del TDAH, se valieron de instrumentos como el checklist para TDAH del DSM IV y los cuestionarios Conners, entre otros. Tomaron una muestra de 460 niños de ambos sexos, entre los 4 y los 17 años. El estudio fue observacional, descriptivo de corte transversal, tipo encuesta con confirmación clínica, en escuelas y colegios de Sabaneta (Antioquia). Los datos fueron analizados de manera descriptiva por medidas de tendencia central y medidas de dispersión para el análisis de la edad. Encontraron que el subtipo más frecuente fue el combinado (43,8%), seguido por el inatento (30,1%) y el hiperactivo (26%). Consideraron que usar información que provenga de un solo ambiente puede sobreestimar o subestimar la prevalencia del TDAH. Los investigadores no informan resultados puntuales acerca del comportamiento de los cuestionarios Conners.

Otra de las investigaciones fue realizada en Barranquilla por Puentes-Rozo, Barceló-Martínez y Pineda (2008), quienes buscaron observar las diferencias en las escalas de la conducta para padres y maestros y corroborar si esos datos eran similares a los informados por otros estudios en

Colombia, para validar las características cognitivas y conductuales comunes de los niños con TDAH, independiente de las diferencias culturales regionales. Para escoger la muestra se incluyeron a todos los niños y niñas entre 6 y 11 años de una base de datos de 1200 escolares del distrito de Barranquilla a cuyos padres y maestros se les aplicó el checklist de TDAH para el rastreo. Finalmente tuvieron en cuenta a 112 participantes a quienes distribuyeron en tres grupos. El primero con 45 participantes con TDAH tipo combinado; el segundo con 30 con TDAH predominio inatento y el último de 37 participantes como controles. Se aplicó entrevista clínica psicológica, examen neurológico, versión abreviada del WISC-R para escoger participantes con CI de 85 o más y descartar la presencia de deficiencias intelectuales; para equilibrar la muestra estadísticamente se tuvo en cuenta la edad, escolaridad y estrato socioeconómico. El grupo (0) control no debía presentar más de tres síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad en el checklist para padres y maestros. El Grupo caso (1) TDAH tipo combinado debía presentar al menos seis síntomas de inatención, y seis síntomas de hiperactividad-impulsividad y el grupo caso (2) tipo inatento al menos seis síntomas de inatención y cuatro o menos de hiperactividad-impulsividad. Para medir la conducta se usaron los criterios del DSM IV-TR obtenido mediante entrevista estructurada a padres, además del checklist.

También se usaron los cuestionarios BASC [sigla en inglés de Behavioral Assessment Scale for Children] (Reynolds & Kamphaus, 1992) y la escala Conners para padres y maestros (Conners, 1997).

Para el análisis estadístico se usó el SPSS v. 10. Usaron un enfoque descriptivo en términos de promedios y variabilidad, expresada en desviaciones estándar. Para las comparaciones usaron un análisis paramétrico univariado de varianza (ANOVA), con análisis *post hoc* de Turkey y un

ANOVA no paramétrico de Kruskal-Wallis y la *U* de Mann-Whitney para comparar pares de grupos.

En la comparación de las dimensiones conductuales del Connors padres, encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones. Inatención: control 42,5 (7), combinado: 55,7 (10), inatento: 53,3 (8,6); en hiperactividad se encontró: control 40,9 (7), para el grupo combinado 51,6 (11) y para el inatento: 47,3 (11); y en somatización: control 47,1 (6), combinado 50,4 (8) e inatento 50 (7). En lo referente a la escala de maestros, encontraron en inatención: control de 43 (6), combinado 53 (9) e inatento 52 (8). Para el factor hiperactividad: control de 45 (6), combinado 56 (9) e inatento 45,5 (5). Para el deterioro temperamental: control 45 (7), combinado 56 (9) e inatento 49 (6); y por último en el déficit en las relaciones interpersonales encontraron: control de 47 (4), combinado 54 (7,3) e inatento 10 (7). A partir de esto concluyeron que el grupo combinado es el de mayores puntuaciones indicadoras de inatención, hiperactividad y somatización en la escala padres; en la escala maestros esto se observó en inatención, hiperactividad, desequilibrio temperamental y déficit de las relaciones interpersonales. Este instrumento les permitió discriminar cada subtipo del trastorno en relación con las dificultades que evaluaba y concluyeron que fue muy confiable para el establecimiento de un diagnóstico diferencial entre los tres grupos de estudio.

En una investigación realizada en Argentina (Arán y Mías, 2009) cuyos objetivos fueron analizar las diferencias en el funcionamiento neuropsicológico y conductual en niños con TDAH los investigadores tomaron una muestra de 45 niños con edades entre los 7 y 13 años, de ambos sexos, distribuidos según los criterios del DSM IV en TDAH predominio inatento (15), TDAH predominio Hiperactividad-impulsividad (15) y controles (15). Los casos no podían estar medicados ni presentar trastornos comórbidos clínicamente diagnosticados. Los controles debían

estar cursando los estudios regulares, no tener antecedentes de trastornos neurológicos ni psiquiátricos, sin repitencia escolar y sin necesidad de estudios pedagógicos correctivos. Como medida conductual se usó el cuestionario respondido por los padres basado en los síntomas del criterio A del DSM IV-TR. Para el análisis estadístico de datos emplearon estadística descriptiva mediante análisis univariado. Para la comparación de los tres grupos se llevó a cabo un análisis de varianza ANOVA. La carga y el tratamiento estadístico de los datos se hizo con el programa SPSS 11.0 con un nivel de significación $p < 0.05$.

Los investigadores encontraron que el grupo con predominio hiperactividad-impulsividad presentaba mayores indicadores de hiperactividad e impulsividad con relación al grupo con predominio inatento y al grupo control. Encontraron que las dimensiones conductuales ofrecen indicadores para la diferenciación de los subtipos, ya que los datos obtenidos son consistentes entre si y aportan diferencias significativas que posibilitan el establecimiento de grupos tipificados. La inatención es clara en el grupo con predominio inatento con relación al de predominio hiperactivo y a los controles; el grupo con predominio de déficit de atención parece que muestra menos indicadores de impulsividad que lo esperable a la edad aunque no parecen haber diferencias en cuanto a la producción de movimiento; esto les sugiere que la variable conductual en el TDAH constituye un fuerte indicador hacia la diferenciación de subtipos, según la presencia o no de manifestaciones sintomáticas y con esto la existencia de un perfil definido, lo que aportaría un primer indicio para el diagnóstico clínico.

Otra investigación realizada en Suiza por Steihausen et al., (2012) buscó, entre otros, probar el impacto de los cuestionarios para padres y maestros basados en la hipótesis de que las diferencias del comportamiento observado entre los grupos también dependerá del informante.

Los investigadores tomaron una muestra de 172 niños (69 con TDAH, 32 hermanos con TDAH, 35 hermanos sin TDAH y 36 controles) con edades entre los 8 y 16 años, de origen europeo y dominio del idioma Alemán. Los niños debían tener un hermano y ambos vivir con sus padres biológicos. Padres e hijos debían participar en la investigación. Los niños referidos con TDAH debían presentar las características y los criterios del DSM IV; no hubo criterios de selección para los hermanos.

Usaron la versión en alemán del Conners padres y maestros, el cuestionario de fortalezas y dificultades para padres y maestros, y la lista de chequeo del comportamiento infantil. Para los Conners se usaron las estandarizaciones norteamericanas; las puntuaciones del cuestionario de fortalezas y dificultades no tenían estandarización y para la lista de chequeo del comportamiento infantil (CBCL por sus siglas en inglés) usaron la estandarización de Zurich.

Para el análisis de la información usaron el test de Kolmogorov-Smirnov cuando había distribución normal de variables; para la homogeneidad de varianzas usaron el test de Levene y para la homogeneidad de las matrices de varianza-covarianza usaron el Test de Box's M. Para el análisis de datos no paramétricos usaron Kruskal-Wallis. Los datos finales reportados se basaron en los modelos MANOVA y MANCOVA. Todos los análisis los realizaron con la ayuda del SPSS 16.0.

Debido a que las tres escalas basadas en los criterios del DSM IV del Conners padres fueron usadas como criterio diagnóstico, los investigadores no tuvieron en cuenta estas dimensiones para el análisis.

Tras el análisis de los Conners padres, los investigadores encontraron que con excepción de la hiperactividad, no había diferencias en ninguna escala entre los niños referidos con TDAH y sus hermanos con TDAH. Hiperactividad: referidos 78,5 (10), hermanos con TDAH 67 (13).

Los hermanos sin TDAH y los controles tuvieron resultados similares en los dominios de conducta oposicionista: hermanos sin TDAH 56 (11), controles 50,5 (6); problemas cognitivos/inatención: hermanos sin TDAH 52 (10), controles 49 (7); hiperactividad: hermanos sin TDAH 52 (10), controles 47 (5); problemas sociales: hermanos sin TDAH 55 (11), controles 50 (7) y; en la clasificación global impulsividad: hermanos sin TDAH 13 (51), controles 10 (47).

Sin embargo, los hermanos sin TDAH puntuaron significativamente más alto que los controles en las escalas que medían ansiedad/timidez: hermanos sin TDAH 53 (11), controles 47 (7); perfeccionismo: hermanos sin TDAH 55 (11), controles 48 (6); en la calificación global labilidad emocional: hermanos sin TDAH 13 (52), controles 10 (47). Con excepción de perfeccionismo y problemas sociales, los niños referidos y sus hermanos con TDAH puntuaron más alto que los hermanos sin TDAH y los controles.

Tras el análisis del Connors maestros, encontraron que los dos grupos con TDAH puntuaron más alto que los otros dos grupos sin TDAH en las escalas: problemas cognitivos/inatención: niños referidos 60 (10); hermanos con TDAH 60 (11); hermanos sin TDAH 53 (10); controles 50 (8); índice de TDAH del Connors: niños referidos 69 (9); hermanos con TDAH 63 (11); hermanos sin TDAH 53 (9); controles 49 (7); y clasificación global impulsividad: niños referidos 69 (10), hermanos con TDAH 63 (12), hermanos sin TDAH 53 (10) y controles 49 (9). Los niños referidos puntuaron más alto que sus hermanos con TDAH y estos a su vez, puntuaron más alto que los otros dos grupos sin TDAH en las escalas hiperactividad: referidos 67 (11); hermanos con TDAH 61 (14); hermanos sin TDAH 51 (7); controles 51 (8); y clasificación total global: referidos 69 (10); hermanos con TDAH 62 (12); hermanos sin TDAH 54 (10); controles 51 (9). De igual manera, los niños referidos con TDAH puntuaron más alto que los otros tres grupos en la escala clasificación global labilidad emocional: referidos 64 (13); hermanos con

TDAH 57 (10); hermanos sin TDAH 54 (12); controles 54 (13). Los investigadores no encontraron diferencias significativas dentro de los cuatro grupos en las escalas que midieron comportamiento opositor: referidos 63 (12); hermanos con TDAH 53 (10); hermanos sin TDAH 58 (12); controles 52 (11); y la diferencia entre los cuatro grupos fue menos precisa en la escala que midió ansiedad/timidez: referidos 62 (10); hermanos con TDAH 60 (8); hermanos sin TDAH 58 (11); controles 56 (9); perfeccionismo: referidos 59 (9); hermanos con TDAH 57 (10); hermanos sin TDAH 53 (8); controles 54 (9); y problemas sociales: referidos 58 (12); hermanos con TDAH 53 (9); hermanos sin TDAH 51 (9); controles 50 (8). En general, se observó que los niños referidos puntuaron más alto.

Teniendo en cuenta que los síntomas característicos del TDAH son internalizantes, y que el diagnóstico del trastorno debe tener criterios unificados y más que una validez clínica subjetiva, surge el interés en establecer los perfiles conductuales de los niños, niñas y adolescentes con TDAH a través de los instrumentos estandarizados de medición de la conducta diligenciados por padres y maestros.

Justificación

El déficit de atención e hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo cuyo diagnóstico ha ido aumentando en los últimos años; esto ha hecho que los profesionales de la salud mental examinen los instrumentos que se han usado para detectarlo, de tal manera que el diagnóstico se haga de una manera oportuna y posteriormente pueda hacerse el acompañamiento terapéutico necesario. Debido a que los síntomas del trastornos son externalizantes y comunes a la población general, existe la necesidad de corroborar si el trastorno se puede diagnosticar con precisión a través de los instrumentos diligenciados por padres, madres y docentes como adultos significativos en la cotidianidad de los niños y de las niñas.

Sin embargo, si no se dispone de datos normativos confiables y contextualizados acerca de las conductas manifiestas del TDAH, tanto en población normal como clínica, la validez del diagnóstico categórico (o sea el cumplimiento de determinado número de síntomas) solo tendría validez clínica subjetiva y no sería posible hacer comparaciones entre las observaciones de los diferentes informantes y evaluadores del trastorno. Por eso es necesario conocer y tipificar el tipo de conductas relevantes para el trastorno así como su variabilidad en la población para poder tener mayores y mejores elementos para establecer categorías de anormalidad con precisión y certeza.

En este sentido la presente investigación busca analizar los perfiles conductuales de los niños y niñas con TDAH y sus controles en la ciudad de Manizales, a través de la descripción y comparación de los datos arrojados por los checklist para TDAH y cuestionarios de síntomas para padres y maestros (versiones adaptadas de Conners), ampliando el tamaño de la muestra con respecto a otras investigaciones y teniendo en cuenta factores como rango de edad, sexo y estrato

socioeconómico. De esta manera se podrá contribuir a ampliar el conocimiento científico en la línea de investigación a la que está adscrito el macroproyecto, en el sentido de caracterizar los procesos del desarrollo normal y alterado en la infancia a la luz de las problemáticas contemporáneas. Así, los resultados encontrados pueden incentivar la implementación de estrategias para la detección temprana del TDAH, el tratamiento oportuno y con esto, la posible disminución de comorbilidades que complican el pronóstico y aumentan los costos del tratamiento y contribuir así, al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que lo padecen.

Marco Teórico

Definición. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno del comportamiento más comúnmente diagnosticado en la infancia, de base biológica, con un alto componente genético en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que se manifiestan en alteraciones de la atención, en el control de la impulsividad y en sobreactividad motora. Estas dificultades tienen importantes repercusiones en el desarrollo, en el aprendizaje y en el ajuste social.

Según el DSM IV [Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales, 1994] la característica principal del TDAH es un patrón persistente de comportamiento inatento e hiperactivo/impulsivo más frecuente y severo que el observado en otros sujetos de edad y nivel de desarrollo similar. Este manual identifica tres subtipos clínicos con base en el número y combinación de 18 síntomas.

El subtipo combinado se asigna si han persistido por lo menos durante seis meses seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. El subtipo con predominio inatento se asigna si han persistido por lo menos durante seis meses seis o más síntomas de desatención pero menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad. El subtipo de predominio hiperactivo-impulsivo se asigna si han persistido por lo menos durante seis meses seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero menos de seis síntomas de desatención.

El DSM IV explicita cinco criterios a tener en cuenta para hacer el diagnóstico.

Para el Criterio A se requiere que seis o más síntomas de desatención hayan persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo. Estos síntomas se agrupan en dos dimensiones: Inatención e Hiperactividad/Impulsividad.

Inatención. (a) Con frecuencia no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) Con frecuencia no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones

(e) Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) Con frecuencia evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido

(g) Con frecuencia extravía objetos necesarios para tareas o actividades

(h) Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) Con frecuencia es descuidado en las actividades diarias

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

Hiperactividad. (a) Con frecuencia mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) Con frecuencia abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(c) Con frecuencia corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo

(d) Con frecuencia tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) Con frecuencia «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor

(f) A menudo habla en exceso

Impulsividad. (g) Con frecuencia precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) Con frecuencia tiene dificultades para guardar turno

(i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

En el Criterio B los síntomas deben estar presentes antes de los siete años. Estos síntomas deben presentarse en dos de tres lugares en donde el niño interactúa (Criterio C). Los síntomas deben interferir con las actividades académicas y sociales (Criterio D). Y por último, el Criterio E indica que los síntomas no se expliquen por la presencia de otros trastornos.

Etiología

Servera (2005) plantea que factores ambientales como toxinas, estilos educativos o alimentación pueden ser moduladores del TDAH pero no presentan evidencia causal para el trastorno. Sin embargo, estudios con gemelos homocigóticos y dicigóticos y niños adoptados han demostrado una alta heredabilidad.

Muñoz, Palau, Salvadó y Valls (2006) destacan, igualmente, que estudios con gemelos y familias han encontrado el factor hereditario del TDAH. Dicen que los hijos de padres con TDAH tienen hasta el 50% más de probabilidades de presentar el trastorno. Por otro lado los estudios con gemelos revelan que los factores genéticos dan una explicación del 50 al 70% de los síntomas del TDAH. La concordancia es mayor en gemelos monocigóticos que en dicigóticos.

En otras líneas explicativas, Muñoz, et al. (2006) señalan que la corteza prefrontal está íntimamente relacionada con el TDAH puesto que en la población general, la parte anterior del hemisferio derecho es un poco más grande que en el hemisferio izquierdo, pero en las personas con TDAH hay una disminución en esa asimetría así como del tamaño de las regiones prefrontales del hemisferio derecho. Mencionan que algunos estudios revelan disminución de la sustancia gris en el giro frontal derecho y en el giro del cíngulo posterior derecho, y de igual manera en la sustancia blanca central izquierda. Junto con la corteza prefrontal, se encuentra asociado el núcleo caudado y sus circuitos asociados a la fisiopatología del TDAH. Aclaran que el TDAH es un trastorno del desarrollo y no un proceso de atrofia cerebral ya que se ha encontrado asimetría invertida en el caudado y en el lóbulo frontal, así como correlación negativa entre el lóbulo frontal y caudado derecho. Puntualizan también que se han detectado alteraciones de la migración neuronal y anomalías en la fosa posterior por lo que el TDAH tendría su origen en las primeras etapas de gestación ya que las alteraciones de la migración neuronal parecen ser causadas por una predisposición genética. Añaden que se ha encontrado disminución en el volumen de los hemisferios en varones con TDAH.

Estudios neurofisiológicos han hallado que los niños con TDAH presentan una hipoactivación cortical generalizada, disminución del volumen estructural del cortexprefrontal derecho, del núcleo estriado, el cuerpo calloso y el cerebelo derecho. En las mismas zonas se ha detectado menor actividad eléctrica, menor flujo sanguíneo y alteración en la dopamina y en la noradrenalina. Sin embargo en muchos casos las técnicas de exploración a través de la neuroimagen no detectan alteraciones en los niños con TDAH (Servera, 2005).

Aproximaciones explicativas del TDAH desde modelos neuroconductuales

Los patrones comportamentales y de procesamiento cognitivo en sujetos con TDAH son ampliamente heterogéneos dada la variabilidad expresada tanto a nivel individual como en estudios de grupos (Henríquez-Henríquez, Zamorano-Mendieta, Rothhammer-Engel y Aboitiz, 2010). La perspectiva neuroconductual ha sido en los últimos años la perspectiva más utilizada para explicar los mecanismos neurocognitivos implicados en el TDAH. En esta línea, se han propuesto diversos modelos que van desde *modelos de déficit único* hasta *modelos duales* o de déficit múltiple. En el primer grupo se explica la presencia del TDAH a partir de la baja eficiencia de un solo mecanismo cognitivo, mientras que en el segundo se indica la interacción de varios aspectos cognitivos, que explicaría la heterogeneidad frecuentemente observada (Artigas-Pallarés, 2009).

Servera-Barceló (2005) en su revisión sobre el modelo de Virginia Douglas enuncia cuatro predisposiciones básicas en el niño consistentes en un rechazo o muy poco interés por dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas, tendencia hacia la búsqueda de estimulación y/o gratificación inmediata, poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas y poca capacidad para regular la activación en la resolución de problemas; esta autora considera que aunque en ello hay un origen constitucional, estas predisposiciones están moduladas por factores ambientales. Sin embargo, su modelo da prioridad a los problemas de atención e impulsividad sobre la hiperactividad.

Este modelo explicativo del TDAH da especial importancia a los problemas atencionales, dejando a la inquietud motora como una variable inespecífica que se podría ver afectada por aspectos de maduración y situacionales. Para la autora el poco interés o la evitación por tareas con cierto grado de complejidad, la búsqueda de refuerzo inmediato, la dificultad de inhibición

de respuestas impulsivas y la dificultad de resolución de problemas, son las predisposiciones presentes en los niños que dan origen al TDAH, siendo innatas en el niño pero pudiendo ser moduladas por el medio ambiente. Dada la presencia de estos factores, el niño presentaba problemas en la ejecución de tareas de rendimiento continuo si es que no había un estímulo externo inmediato. A largo plazo el niño presentaría dificultades de índole cognitivo que se agruparían, según la autora, en tres áreas: déficit en el desarrollo de esquemas y estrategias, déficit en la motivación intrínseca asociada a pobre rendimiento y déficit metacognitivo.

Otro modelo explicativo, frecuentemente citado en la literatura es el de déficit en el control inhibitorio o de autorregulación de Barkley, el cual hace referencia a un cuerpo integrado de conceptos teóricos acerca de las funciones de lóbulo prefrontal o del sistema de las funciones ejecutivas. En este modelo, según señala Servera-Barceló (2005), Barkley logra integrar y explicar diferentes aspectos observados en los individuos que presentan el trastorno, siendo uno de los modelos más completos hasta ahora. Para el autor los fallos en la inhibición de la conducta, que es quizá el aspecto más importante para el autor, traen consigo respuestas inmediatas a estímulos del medio, llamadas respuestas prepotentes, dificultad para demorar la toma de decisiones y dificultad para controlar las interferencias del medio.

De acuerdo con dicho modelo, los fallos en la inhibición de la conducta tienen una influencia negativa en cuatro funciones neuropsicológicas, llamadas funciones ejecutivas, cuyo propósito es la internalización de conductas que le permitan a la persona anticipar cambios en el futuro y mejorar los beneficios a largo plazo. La memoria de trabajo, el autocontrol de las cargas afectivas y emocionales (motivación), la internalización del lenguaje y los procesos de análisis y de síntesis, constituyen las funciones ejecutivas. Así, las personas con el trastorno tienden a reaccionar apresuradamente, a ignorar recompensas de mediano y largo plazo y a repetir las

mismas respuestas aunque no sean beneficiosas, lo que altera la habilidad que tiene la persona para autorregularse.

La memoria de trabajo no verbal es la encargada de internalizar las actividades sensoriales, las respuestas y resultados, así como los efectos que causaran en la persona misma, de tal manera que la información esté representada internamente y pueda ser usada para controlar las respuestas ante un suceso determinado. Por su parte, la función memoria de trabajo verbal o de la internalización del habla, toma al lenguaje como eje central, siendo este el que permite que las acciones estén al servicio de los pensamientos y a través del cual se puede percibir el grado de maduración de un niño o niña. La función autocontrol de la activación, la motivación y el afecto constituyen las cargas afectivas y emocionales que le otorga una persona a una acción cognitiva que busca un objetivo determinado. De esta manera, en un proceso de autorregulación, en el que se carecen de estímulos del medio, son las cargas afectivas y emocionales que el sujeto impregna, las que activan y mantienen las conductas que buscan el objetivo deseado. La función reconstitución o análisis y síntesis, es la capacidad del lenguaje de hacer una representación de los objetos, de las acciones y de las propiedades presentes en el medio ambiente; esto implica la organización y creación de las estrategias conductuales (Servera-Barceló, 2005).

González (2006) expone que las funciones ejecutivas permiten evaluar una situación separando la información de los sentimientos generados, ser conscientes del pasado y del futuro, percibirnos a nosotros mismos utilizando el lenguaje para controlar las conductas y separar los mensajes recibidos en partes para luego crear otros nuevos.

La aparición y ejercicio de las funciones ejecutivas requieren de la inhibición de la conducta, siendo las cuatro funciones para Barkley (1997) citado por Zuluaga (2007, p.49) “conductas encubiertas autodirigidas que producen información, que se representa internamente, y que

pueden influir y ejercer control sobre el sexto componente del modelo, el control motor del sistema”. El control motor es el conjunto de conductas que se ponen en marcha para alcanzar una meta, se da mediante la fluencia, entendida como la creatividad para generar conductas, y la sintaxis que es la representación interna de la información del medio; esto en el marco de la autorregulación que requiere a su vez de la inhibición de la conducta y de las funciones ejecutivas.

Para Barkley, según Servera-Barceló (2005) el déficit de atención ocupa un lugar central en su modelo y es consecuencia de la alteración en la autorregulación provocada por la baja inhibición conductual y poco control de las interferencias del medio. De igual manera advierte que las funciones se relacionan entre sí aunque son independientes, y cuando se interrelacionan producen la adecuada autorregulación, sin embargo cada una puede funcionar por sí misma.

Así pues, el modelo de autorregulación de Barkley, entre otros aspectos, integra las manifestaciones clínicas del trastorno (inatención, hiperactividad e impulsividad), conceptualiza el TDAH en función de la autorregulación, inhibición conductual y funciones ejecutivas y armoniza líneas del estudio del comportamiento humano como son los principios de aprendizaje, condicionamiento, neuropsicología y neurofisiología (Servera-Barceló, 2005).

La Conducta

El estudio de la conducta en psicología tiene su origen en el conductismo o psicología del comportamiento, iniciado por John Watson en 1912, quien propone un cambio en el objeto de estudio de la psicología, pasando del análisis de la mente o de la consciencia al análisis experimental de la conducta. Para ello empleo métodos objetivos sistemáticos que buscaban la relación entre estímulo y respuesta, y la asociación por contigüidad entre dicho estímulo y

respuesta constituyendo el condicionamiento. Para Watson la predicción y control de la conducta eran las metas teóricas del enfoque y la conducta era vista como cualquier actividad realizada por un organismo, inclusive a nivel muscular o glandular (Pellón, 2013).

B.F. Skinner, conductista reconocido, consideró que el campo de estudio de la psicología era aquello que se pudiera observar, conducta observable. Para esto escribió leyes generales para tratar de explicar la conducta voluntaria de los organismos, a la cual llamo operante libre, que no está encadenada a un estímulo del medio ambiente y se origina, mantiene y modifica por sus consecuencias y estas consecuencias refuerzan a su vez dichas conductas. Los reforzadores constituían estímulos de relevancia biológica que incrementan la probabilidad de que una conducta se repita en el futuro. Para Skinner el comportamiento varía según la situación, de ahí la importancia de indagar por los antecedentes y las consecuencias (Pellón, 2013).

La perspectiva conductista ha tenido transformaciones que han permitido dejar la radicalidad y estudiar no solo a la conducta que se puede observar, sino también a otros fenómenos que no se pueden observar directamente, sin dejar de lado los estímulos y las respuestas observables.

Para Bleger (1963), por ejemplo, los fenómenos psíquicos originan la conducta y, al estudiar solo la conducta se estaría dejando de lado el fenómeno central. Para él “todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: por la mente” (Bleger, 1963, p.25). Igualmente aclara que la conducta son “todas las manifestaciones del ser humano, cualesquiera sean sus características de presentación, ampliando de esta manera el concepto a sectores mucho más vastos que los que caracterizan al conductismo” (Bleger, 1963, p.26).

En la psicopatología actual, la conducta se ha usado para referirse a la medición de los comportamientos, lo que implica su observación y medición así como de las emociones

subyacentes a la relación con el ambiente social. En este sentido, la conducta se refiere a comportamientos mediados por las normas y las reglas sociales, y las alteraciones de la conducta en gran medida dependerán de la naturaleza de las normas y de su contexto. La conducta desadaptada se identifica por un deficiente funcionamiento cognitivo y social, poco o demasiado control de sí mismo o angustia. Esta conducta desadaptada se identifica por un funcionamiento cognoscitivo deficiente y por conductas socialmente deficientes (Pineda et al., 2004).

Por su parte, el comportamiento de acuerdo con Pineda et al. (2004) es una respuesta compleja que da un ser vivo y que se dirige a la adaptación al ambiente; la respuesta debe ser observable, en un periodo corto de tiempo y se debe presentar en un contexto determinado. El comportamiento se diferencia del carácter en que el carácter es de naturaleza permanente y requiere de un periodo largo de observación para su análisis. Por otro lado, la personalidad es una estructura compleja de características que hacen que una persona piense de una manera determinada y haga las cosas de una manera determinada. El temperamento, esta biológicamente determinado y permite responder de forma selectiva ante situaciones diferentes, el temperamento en los niños puede ser influenciado por la cultura y la sociedad, inhibiéndolo o consolidándolo.

Evaluación de la conducta

Pineda et al. (2004) expresan que actualmente la evaluación de la conducta se refiere a la evaluación psicológica por medio de la cual se tratan de identificar las conductas que son objeto de estudio. Estas conductas pueden ser motoras, fisiológicas o cognitivas. De la misma manera, se tienen en cuenta las variables del ambiente y las internas ya que mantienen o controlan las conductas. El comportamiento tiene un marcado grado de especificidad situacional y, la

consistencia de algunas conductas agrupadas en factores, rasgos o dimensiones dependen tanto del individuo que las lleva a cabo, como de los propios rasgos que se estén analizando.

Los instrumentos usados para la evaluación de la conducta deben presentar validez y confiabilidad, lo que les da valor científico. Las respuestas de una persona son consideradas como muestra de una determinada clase de conducta que se da por unos estímulos ambientales (físicos, sociales) que provoca y mantiene esos condicionantes ambientales, o que la persona así lo perciba, y son considerados como capacidades de respuesta que se encuentran en el repertorio de la conducta.

Escalas Conductuales

En los últimos años el TDAH ha sido ampliamente estudiado, y puesto que no existe un marcador biológico o examen neurofisiológico para su detección, se han usado distintos métodos para su diagnóstico. Debido a que los síntomas en su mayoría, son externalizantes, son las personas que conviven con el niño, quienes serán las idóneas para la identificación de estos. Es preciso por lo tanto, obtener información de múltiples informantes como pacientes, padres y maestros, lo cual propicia mejores prácticas clínicas. Bajo esta perspectiva, se han creado diferentes escalas para la medición de características comportamentales, en particular para la observación de estas en niños con TDAH. Lo anterior permite una aproximación objetiva al conocimiento de lo que serían los perfiles propios de la población afectada que pueden orientar a los investigadores en la documentación de los criterios clínicos que permitirán afinar el diagnóstico.

Entre estas escalas se destacan el checklist para TDAH del DSM IV y los cuestionarios Conners para padres y maestros (Pineda y Cols 2000), los cuales han sido estandarizados y validados en población colombiana (Pineda et al., 2004; Pineda et al., 2000; Pineda et al., 1999).

Checklist para TDAH del DSM IV. Esta es una escala construida siguiendo el modelo semicontinuo de la lista de síntomas de Achenbach (1978) que califica los 18 síntomas del criterio A para el diagnóstico de TDAH según el DSM IV de forma cuantitativa así: 0- nunca hasta 3- casi siempre (Pineda et al., 1999).

La puntuación mínima para la escala total es de 0 y la máxima de 54. La puntuación de las escalas de inatención e hiperactividad/impulsividad (cada dimensión por separado) varía de 0 a 27. Esta escala tiene normas estandarizadas en niños y adolescentes colombianos (Pineda et al., 1999).

Cuestionario Conners para padres [Conners Parents Rating Scale –CPRS-] y maestros [Conners Teacher’s Rating Scale –CTRS-]. Estos cuestionarios fueron creados por Keith Conners en 1969, inicialmente para medir la eficacia del medicamento en pacientes diagnosticados con trastornos del comportamiento; sin embargo, debido a la utilidad de este, se empezó a emplear como cuestionario para la detección de trastornos como el TDAH. Pretende evaluar de forma breve, los síntomas psicopatológicos relacionados al déficit de atención (hiperactividad, ansiedad, depresión, somatización, problemas de la conducta y problemas académicos). Su estructura está basada en la evaluación prioritaria de síntomas externalizantes que internalizantes de la conducta. Los cambios en los factores de ambos cuestionarios para Colombia se derivan de un trabajo inicial liderado por Pineda et al. (2004), así:

La versión original de la escala para padres tenía 93 preguntas y la escala para maestros 39; sin embargo, tras un estudio con análisis factorial, Goyette y Ulrich (1987), construyeron una escala abreviada que se ha usado en latinoamérica. Una versión traducida al español, fue la empleada en el estudio de Farré y Narbona (1989), con 48 preguntas para la escala de padres y 28 preguntas para la escala de maestros. Posteriormente, estas versiones se abreviaron en el estudio manizaleño (Pineda, 2000) realizado en 1998. Para esa investigación se tomó una muestra de 540 niños entre 4 y 17 años.

Con los datos obtenidos se hizo un análisis factorial riguroso en los que se encontraron cuatro dimensiones estables para la escala de maestros: disregulación temperamental, inatención, hiperactividad y dificultades en las relaciones sociales. Así, la versión original de la escala se redujo de 28 a 20 preguntas. Para la escala de padres se encontraron tres factores estables: hiperactividad, síntomas somáticos e inatención. La escala quedó reducida de 48 a 22 preguntas ya que 26 ítems resultaron ser inconsistentes e irrelevantes para los padres de los niños colombianos (Pineda, 2000).

Las escalas para medir las conductas varían de una cultura a otra, por lo que las dimensiones evaluadas son diferentes; por esto y para usar una escala como herramienta para hacer juicios clínicos, es necesario hacer un análisis estructural de cada escala en cada grupo cultural.

Modelo Hipotético

Hipótesis

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de inatención, hiperactividad/impulsividad, somatización desregulación comportamental y déficit de las relaciones personales de un grupo de niños y niñas diagnosticados con TDAH y un grupo control.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de inatención, hiperactividad/impulsividad, somatización desregulación comportamental y déficit de las relaciones personales de un grupo de niños y niñas diagnosticados con TDAH y un grupo control.

En esta investigación se analizan las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por un grupo con TDAH y un grupo control de cara a identificar el perfil conductual característico y en función de variables como la edad, el sexo y el estrato socioeconómico.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los perfiles conductuales de los niños y niñas con TDAH en la ciudad de Manizales?

Objetivo General

Analizar las características conductuales de una muestra de niños escolarizados de ambos sexos de 5 a 15 años con TDAH en la ciudad de Manizales.

Objetivos Específicos

Describir los comportamientos identificados en el checklist para TDAH del DSM IV y en los cuestionarios para padres y maestros de un grupo de niños diagnosticados con TDAH y un grupo control.

Comparar los comportamientos de los niños y niñas con TDAH frente a un grupo control de acuerdo con variables sociodemográficas (edad, sexo y estrato socioeconómico) y clínicas (subtipo de TDAH)

Marco Metodológico

Tipo de investigación

Empírico – analítico, de corte transversal, comparativo no experimental.

Diseño

Se realizó un estudio de diseño no experimental y transversal, de tipo descriptivo-comparativo entre tres grupos: TDAH combinado, TDAH inatento y grupo control, para analizar el perfil comportamental a través de los cuestionarios checklist para TDAH del DSM IV y cuestionarios Conners (versión colombiana), administrados ambos a padres y maestros.

Población

Niños escolarizados de la ciudad de Manizales con y sin diagnóstico de TDAH.

Muestra

Sobre una base de datos general de 300 niños y niñas escolarizados de la ciudad de Manizales del macroproyecto¹, y a partir de un algoritmo de investigación (Varela et al., 2011), se seleccionaron inicialmente 194 participantes con edades entre los 5 y 15 años, quienes debían cumplir criterios como el estatus de caso (TDAH combinado, inatento e hiperactivo/impulsivo) y de control; todos ellos pareados de acuerdo con el sexo, la edad y el estrato socioeconómico.

¹Trabajo 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 cognitivo*.

Criterios de selección

Los participantes debían tener estatus de caso (sujeto con TDAH) y de control (sujeto sin TDAH) según criterios clínicos del DSM IV, a partir de una entrevista psiquiátrica semiestructurada (MINIKID), así como ausencia de trastornos médicos de tipo sistémico, neurológico o sensorial según un protocolo médico; adicionalmente debían disponer del respectivo consentimiento informado firmado por padres o acudiente legal y estar matriculados en institución educativa.

Variables de control

Sexo. Masculino/Femenino

Edad. 5 a 15 años

Estrato Socio Económico. Bajo, medio, alto

Variables intervinientes

Posibles sesgos en la información proporcionada por padres y docentes.

Variables Criterio

Criterios del DSM IV. Para diagnóstico del TDAH de acuerdo a los subtipos inatento y combinado para el grupo de casos y ausencia de criterios para TDAH en el grupo control.

Coefficiente intelectual. CI Total, igual o superior a 85 según forma breve del WISC III (Wechsler, 1995), derivado a partir de las subescalas de vocabulario y diseño con cubos (Sattler, 2003).

Variables de análisis

Las medidas comportamentales estuvieron constituidas por las puntuaciones directas obtenidas en cada una de las dimensiones y factores de los diferentes cuestionarios, así:

Dimensiones del Checklist del DSM IV para TDAH. Inatención, hiperactividad/impulsividad y checklist total. A cada uno de los 18 síntomas del listado se otorgó una calificación cuantitativa y semicontinua así: 0 (nunca); 1 (algunas veces); 2 (muchas veces) y 3 (casi siempre). La sumatoria de estos valores constituyó la puntuación directa a estudio para cada una de las dos dimensiones (puntaje máximo 27), mientras que para el checklist total el puntaje máximo fue 54. El listado de síntomas se presenta en el anexo 1.

Factores de los cuestionarios de Conners. En las versiones colombianas para padres (hiperactividad/impulsividad, somatización e inatención) y maestros (problemas de atención, hiperactividad, disregulación temperamental y deficiencia en relaciones personales) adaptadas por Pineda et al. (2000). A cada uno de los síntomas del listado se otorgó una calificación cuantitativa y semicontinua así: 0 (nunca); 1 (algunas veces); 2 (muchas veces) y 3 (casi siempre). El valor resultante de la sumatoria y su división por el número de preguntas correspondientes, constituyó la puntuación directa a estudio para cada una de los factores enunciados.

El listado de síntomas de los cuestionarios para padres y maestros se presenta en los anexos 2 y 3.

Para el análisis descriptivo-comparativo las variables criterio se asumieron como independientes y las puntuaciones directas obtenidas en los diferentes dominios conductuales evaluados se consideraron como variables dependientes.

En las tablas 1, 2 y 3 se presenta la operacionalización de las variables criterio, control y de análisis tal como fueron empleadas en esta investigación.

Tabla 1
Operacionalización de las variables de control

Variables de Control				
Nombre de la variable	Descripción	Naturaleza	Nivel de medición	Valores
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Razón	5 a 15
Sexo	Masculino Femenino	Cuantitativa	Ordinal	1 Femenino 2 Masculino
Estrato socio-económico	Estrato socio-económico estipulado por la factura del agua	Cuantitativa	Nominal	1 bajo: 1 y 2 2 medio: 3 y 4 3 alto: 5 y 6
Escolaridad	Estar cursando de 2° de primaria a 8° de secundaria	Cuantitativa	Razón	2,3,4,5,6,7,8

Tabla 2
Operacionalización de las variables de criterio

Variables de criterio				
Criterio A para TDAH del DSM IV	6 o más síntomas de inatención o hiperactividad /impulsividad	Cuantitativa	Nominal	1 TDAH combinado 2 TDAH inatento
Criterio B para TDAH del DSM IV	Síntomas presentes antes de los 7 años	Cualitativa	Nominal	Si No
Criterio C para TDAH del DSM IV	Síntomas presentes en 2 de 3 lugares donde el niño interactúe	Cuantitativa	Nominal	Si No
Criterio D para TDAH del DSM IV	Los síntomas deben interferir con las actividades académicas y sociales	Cualitativa	Nominal	Si No
Criterio E para TDAH del DSM IV	Los síntomas no se explican por la presencia de otros trastornos	Cualitativo	Nominal	Si No
Capacidad Intelectual	CI estimado del WISC III	Cuantitativa	Intervalo	

Tabla 3
Operacionalización de las variables de Análisis

Variables de Análisis				
Dimensiones del Checklist Padres	Inatención: síntomas/9	Cuantitativa	Nominal	Inatención/27
	Hiperactividad/ Impulsividad: síntomas/9	Cuantitativa	Nominal	Hiperactividad impulsividad/27
	Checklist total: sumatoria de inatención mas hiperactividad/ impulsividad/18	Cuantitativa	Nominal	Checklist total/54
Dimensiones Checklist Maestros	Inatención: síntomas/9	Cuantitativa	Nominal	Inatención/27
	Hiperactividad/ Impulsividad: síntomas/9	Cuantitativa	Nominal	Hiperactividad impulsividad/27
	Checklist total: sumatoria de inatención mas hiperactividad/ impulsividad/18	Cuantitativa	Nominal	Checklist total/54
Factores de los Cuestionarios Conners padres	Hiperactividad/ Impulsividad: síntomas/12	Cuantitativa	Nominal	hiperactividad impulsividad/3
	Deficit de atención: síntomas/5	Cuantitativa	Nominal	Déficit de atencion /3
	somatización: síntomas/5	Cuantitativa	Nominal	Somatización /3
	Problemas de atención: síntomas /7	Cuantitativa	Nominal	Problemas de atencion /3
Factores de los cuestionarios Conners maestros	Hiperactividad: síntomas /3	Cuantitativa	Nominal	Hiperactividad /3
	Disregulación temperamental: síntomas /6	Cuantitativa	Nominal	Disregulación temperamental /3
	Deficit en relaciones interpersonales: síntomas /4	Cuantitativa	Nominal	Deficit en relaciones interpersonales /3

Instrumentos

Cuestionarios para padres y maestros versión colombiana adaptada de Conners y cuestionario de chequeo del DSM IV para síntomas de TDAH (Anexos 1, 2 y 3).

Análisis de la Información

Se utilizó la estadística descriptiva como medidas de tendencia central y desviaciones estándar.

De acuerdo con el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se utilizaron las medidas ANOVA de Kruskal-Wallis, valores de Chi cuadrado y *U* de Mann-Whitney. Se tomó como nivel de significancia estadística para el control del error de tipo I, $p = 0,05$.

Procedimiento

La figura 1 describe el procedimiento por el cual se seleccionó la muestra del presente estudio, la cual conservó los mismos criterios de inclusión definidos para el macroproyecto, así como el pareamiento por edad, género y estrato socioeconómico.

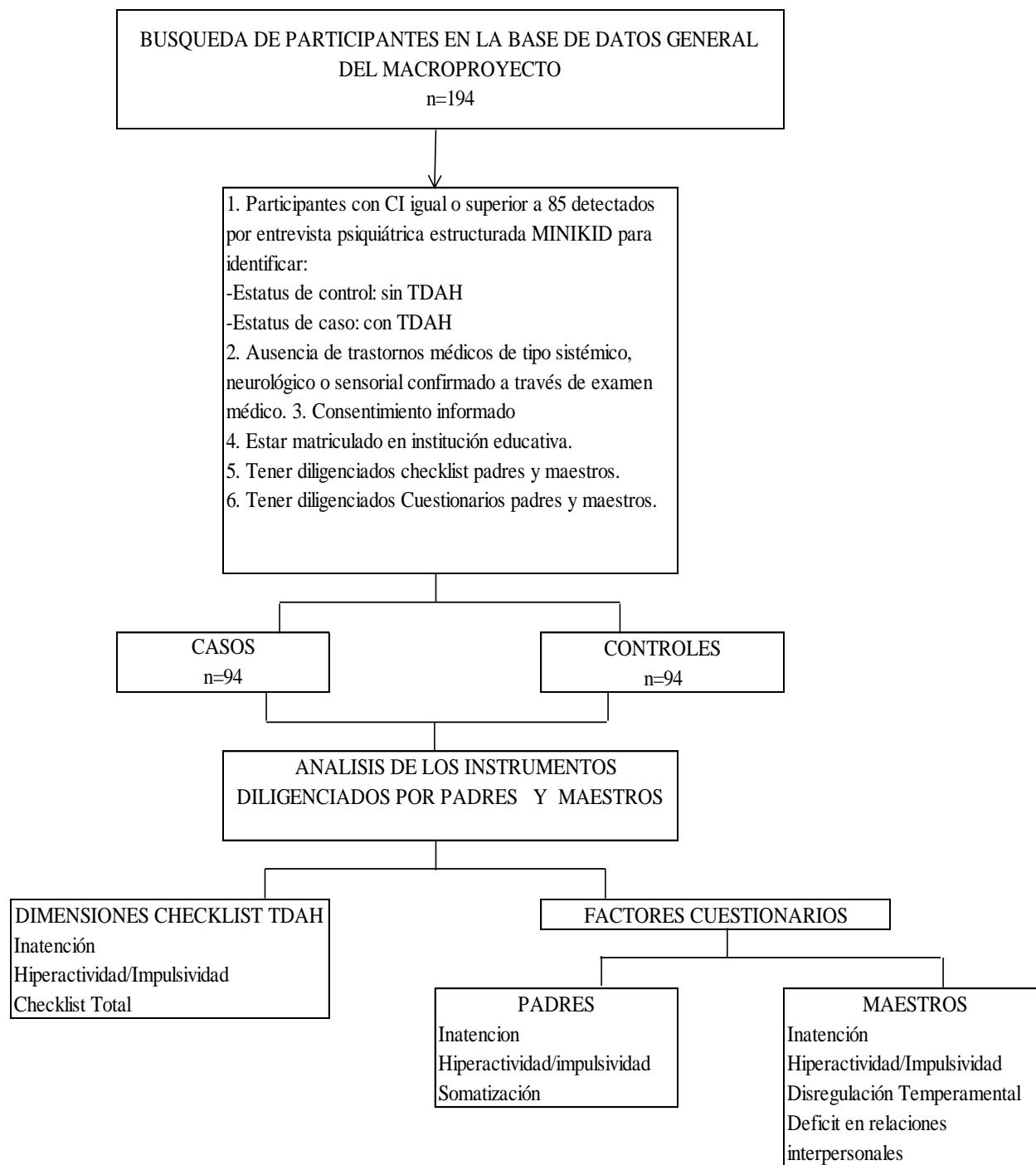


Figura 1. Procedimiento para selección de la muestra

Resultados

La Tabla 4 presenta la distribución muestral en términos de sexo, CI, rango de edad, estrato socioeconómico, escolaridad y carácter de la institución. Los casos de TDAH con predominio hiperactivo/impulsivo no se tuvieron en cuenta en el estudio dada la baja representación encontrada. De igual manera se excluyeron los niños y niñas cuyos padres, madres, maestros y maestras no diligenciaron la mayoría de los ítems de los checklist y de los cuestionarios Connors. Finalmente la muestra quedó conformada con 184 participantes.

En la muestra se observa que la mayor representación está dada por el género masculino. La proporción más alta de casos estuvo en el TDAH combinado del género masculino y para el género femenino en el grupo predominio inatento. En cuanto al rango de edad, la proporción más alta se encontró entre los 11 y 15 años de edad, seguida por las edades entre 8 y 10 años. El estrato socioeconómico medio fue el de mayor predominio. La mayor proporción de niños y de niñas estuvo vinculada a una institución escolar privada.

Tabla 4
Datos socio-demográficos y clínicos de la muestra

		Muestra		
		TDAH/C n = 55	TDAH/I n = 37	G. Control n = 92
SEXO	Femenino = 46	8	15	23
	Masculino = 138	47	22	69
CI Total	Media (DT)	100,9 (12,9)	96,6 (8,4)	109,1 (15,7)
Rangos EDAD	5 a 7 años	21	4	24
	8 a 10 años	22	11	33
	11 a 15 años	12	22	35
E.S.E	Bajo = 38	14	3	19
	Medio= 130	34	29	60
Rangos ESCOLARID AD	Alto = 26	7	5	13
	0,1° y 2°	26	5	33
	3°,4° y 5°	17	14	31
Tipo INSTITUCIO N	6°,7°, 8° y 9°	12	18	28
	Pública	27	10	24
	Privada	28	27	68

Para el análisis comparativo de los subgrupos conformados en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las dimensiones conductuales de cada cuestionario, se empleó la estadística descriptiva tal como se muestra en la tabla 5. Posteriormente y para las variables con distribución asimétrica (grupos control, combinado e inatento) se usaron la prueba estadística de análisis de varianza ANOVA de Kruskal-Wallis, los valores de Chi cuadrado y el nivel de significancia $\rho \leq 0,05$. Por último se usó la *U* de Mann-Whitney para comparar pares de grupos.

Se observa que el grupo combinado fue el que presentó las mayores puntuaciones promedio de los tres grupos en las dimensiones inatención e hiperactividad y en el checklist total del checklist padres y del checklist maestros, siendo los padres los que otorgaron puntuaciones más altas, tanto para las dimensiones como para el checklist total.

Por su parte el grupo inatento obtuvo una puntuación media más alta en el checklist padres que en el checklist maestros en las dimensiones y en el checklist total, mientras que el grupo control obtuvo puntuaciones más altas en el checklist de maestros en la dimensión inatención y en el Checklist total, que la obtenida en el Checklist padres y tan solo puntuó más alto en la dimensión hiperactividad en el Checklist padres.

Contrario a lo esperado se observó que en el grupo inatento, con respecto al grupo control, la dimensión hiperactividad/impulsividad fue más alta según las puntuaciones otorgadas por padres y maestros, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.0042$ checklist padres y $p=0.0169$ checklist maestros), lo que indica que si bien los niños y las niñas del grupo inatento no tienen TDAH combinado, su comportamiento inquieto es más evidente que el de los niños y niñas del grupo control.

En el cuestionario Conners padres, el grupo combinado obtuvo las puntuaciones medias más altas en los factores inatención e hiperactividad; el grupo inatento obtuvo la puntuación media más alta en el factor somatización. El análisis con el estadístico U de Mann-Whitney permitió identificar que al hacer la comparación entre los grupos combinado e inatento, se acepta la hipótesis nula en el factor somatización, ya que se obtuvo un valor $p=0.6142$ lo que implica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos grupos.

Al realizar las comparaciones entre los grupos, se evidencio que en el factor inatención del cuestionario de padres no se observó diferencia estadísticamente significativa entre el grupo combinado y el grupo inatento, por lo que se acepta la hipótesis nula ($p=0.7222$).

Los cuestionarios Conners padres permitieron hacer la identificación de la somatización como característica asociada a los niños y niñas casos de TDAH, tanto para los del grupo combinado como para los del grupo inatento. Sin embargo, no se identificó una diferencia estadísticamente

significativa en el factor somatización de uno y otro grupo de casos. Por otro lado, los cuestionarios Connors para maestros hicieron posible la percepción de características de disregulación temperamental entre los grupos de casos, notándose una diferencia significativa con respecto a los controles, diferencia que no se evidenció entre los grupos de casos. En cuanto al déficit en las relaciones interpersonales, los maestros penalizaron más al grupo combinado, seguido por el grupo inatento y finalmente al grupo control, lo que permite sospechar que tener el diagnóstico incrementa el riesgo de presentar dificultades para interactuar.

Tabla 5

Medidas de tendencia central, varianza, niveles de significancia y comparación de los grupos TDAH combinado, TDAH inatento y grupo Control, para analizar el perfil conductual

Checklist	Control	Combinado	Inatento	Kruskal-Wallis		Control vs Combinado		Control vs Inatento		Combinado vs Inatento	
	M(DE)	M(DE)	M(DE)	χ^2	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Padres	5.98	18.24	15.54								
	(4.80)	(5.25)	(6.05)	100.65	<0.0001**	1458,00	<0.0001**	595,00	<0.0001**	1181.5	0.0470*
Inatención	n=91	n=54	n=35								
	6.12	18.81	9.11								
Hiperactividad	(5.15)	(5.92)	(7.26)	80.49	<0.0001**	1382.5	<0.0001**	465,00	0.0042*	1634.5	<0.0001**
	n=91	n=54	n=35								
Checklist Tota	12.1	37.19	24.22								
	(8.96)	(9.41)	(11.44)	100.23	<0.0001**	1452.5	<0.0001**	567.5	<0.0001**	1569,00	<0.0001**
n=91	n=54	n=35									
Checklist maestros	M(DE)	M(DE)	M(DE)	χ^2	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Inatención	6.64	14.6	11.87								
	(7.00)	(7.94)	(7.61)	28.72	<0.0001**	665,00	0.0006**	233,00	0.0183*	900.5	0.01166*
Hiperactividad/inatención	5.58	14.55	8.7								
	(6.84)	(9.08)	(7.64)	29.4	<0.0001**	628,00	0.0002**	234,00	0.0169*	963,00	0.0071**
n	n=77	n=47	n=30								
	12.22	29.47	20.97								
Checklist Total	(12.22)	(15.37)	(12.96)	34.05	<0.0001**	665.5	<0.0001**	246.5	0.0061**	948,00	0.0111*
	n=77	n=47	n=30								
Cuest padres	Control M(DE)	Combinado M(DE)	Inatento M(DE)	χ^2	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Inatención	0.52	1.62	1.36								
	(0.44)	(0.51)	(0.56)	98.81	<0.0001**	1401,00	<0.0001**	525,00	<0.0001**	1188,00	0.0401*
Hiperactividad	0.35	1.22	0.74								
	(0.34)	(0.62)	(0.60)	68.39	<0.0001**	1380,00	<0.0001**	443.5	<0.0001**	1371.5	0.0003**
Somatización	0.24	0.49	0.50								
	(0.31)	(0.44)	(0.6)	13.95	0.0009**	731,00	0.0018**	297,00	0.0324*	1004.5	0.6142
n=91	n=54	n=35									
Cuest Maestros	M(DE)	M(DE)	M(DE)	χ^2	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Inatención	0.55	1.46	1.31								
	(0.49)	(0.75)	(0.79)	40.78	<0.0001**	610,00	<0.0001**	283,00	0.0012**	670,00	0.7222
Hiperactividad	0.49	1.58	0.87								
	(0.72)	(0.94)	(0.76)	41.36	<0.0001**	624,00	<0.0001**	173,00	0.0117*	917,00	0.0016**
Disregulación	0.38	1.00	0.77								
	(0.57)	(0.94)	(0.69)	21.62	<0.0001**	484,00	0.0180*	239,00	0.0022**	697.5	0.5048
Temperamentación	0.23	0.84	0.69								
	(0.38)	(0.92)	(0.85)	21.96	<0.0001**	359.5	0.0004**	297,00	0.0720	716.5	0.3710
relaciones interpersonal	n=77	n=44	n=29								

*Valores significativos al 5% (<0.05)

**Valores significativos al 1% (<0.01)

Para realizar el análisis de las dimensiones conductuales de acuerdo con el rango de edad, el sexo y el estrato socioeconómico se usó la estadística descriptiva, en la que se tomaron las sumatorias de las puntuaciones otorgadas a cada síntoma en cada uno de los respectivos cuestionarios, para derivar los promedios, así como la variabilidad determinada como desviación estándar (DE).

Al analizar los resultados según el rango de edad (tabla 6) arrojados por el checklist padres, se observa que en la dimensión inatención los casos incrementaron la puntuación con la edad y que pertenecer al grupo combinado aumentó la puntuación. Por otro lado, la puntuación en la dimensión hiperactividad del grupo control, al igual que en el subtipo inatento, disminuyó con la edad. El grupo combinado presentó un aumento en la puntuación entre los 8 y 10 años, y esta a su vez disminuyó en los sujetos entre 11 y 15 años.

En el checklist total padres, el grupo control presentó disminución en la puntuación media al aumentar la edad. El grupo combinado, por su lado, tendió a aumentar la puntuación al tener más edad y el grupo inatento presentó aumento en la puntuación entre los sujetos de 8 y 10 años.

En el análisis del checklist maestros según el rango de edad, los casos, tanto del grupo combinado como del grupo inatento, presentaron las mayores puntuaciones en los sujetos entre los 5 y los 7 años de edad; sin embargo, las puntuaciones de ambos grupos, tuvieron una disminución en los sujetos entre los 8 y los 10 años de edad y un ligero aumento para las puntuaciones medias de los sujetos entre los 11 y los 15 años. Las puntuaciones medias más altas para las dimensiones inatención e hiperactividad y checklist total, las obtuvo el grupo combinado en edades de 5 a 7 años. A mayor edad, el grupo control disminuyó las puntuaciones, en todas las dimensiones del checklist total y en todos los rangos de edad.

Tanto en los checklist padres como en los de maestros se pudo observar que el grupo combinado fue el grupo con puntuaciones más altas en todos los rangos de edad. Se encontró, así mismo, una cierta tendencia a una mayor penalización por parte de los padres en el rango de edad de 11 a 15 años en ambas dimensiones y en el checklist total.

En cuanto a los cuestionarios de síntomas basados en la versión de Conners, al analizar las puntuaciones promedio obtenidas por los subgrupos en el cuestionario de padres, factor inatención, se evidencia que tanto el grupo control como el grupo combinado, aumentaron las puntuaciones a mayor edad. El grupo inatento aumentó la puntuación en los sujetos entre los 8 y los 10 años y se mantuvo para los sujetos entre 11 y 15 años. La puntuación más alta la obtuvo el grupo combinado en sujetos entre 11 y 15 años. En el factor hiperactividad la puntuación más alta la obtuvo el grupo combinado en los sujetos entre 8 a 10 años, mientras que en el factor somatización, fueron los sujetos entre los 8 y 10 años del grupo inatento quienes alcanzaron la mayor puntuación.

En la versión Conners del cuestionario diligenciado por maestros y según edad, el grupo combinado fue el que presentó las mayores puntuaciones en los factores inatención e hiperactividad en todos los rangos de edad. La puntuación más alta en el factor inatención fue obtenida por los niños y niñas del grupo combinado de 8 a 10 años y en el factor hiperactividad en los niños y niñas entre los 5 y 7 años. El grupo inatento, por su parte, presentó las más altas puntuaciones en los factores disregulación temperamental y déficit en relaciones interpersonales en los sujetos entre 5 y 7 años. El grupo control disminuyó con la edad, la puntuación obtenida en todos los factores del cuestionario.

Tabla 6
Descripción del perfil conductual según rango de edad

Checklist padres	5-7 años			8-10 años			11-15 años		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	7.00 (5.72) n=24	16.80 (6.18) n=20	12.33 (7.02) n=3	5.30 (4.30) n=33	18.64 (3.82) n=22	15.45 (4.59) n=11	5.53 (4.54) n=34	19.92 (5.63) n=12	16.05 (6.70) n=21
Hiperactividad	7.71 (5.85) n=24	18.85 (5.61) n=20	13.00 (11.92) n=4	5.88 (5.22) n=33	19.23 (5.44) n=22	10.55 (7.62) n=11	4.97 (4.25) n=34	18.00 (7.53) n=12	7.62 (5.95) n=21
Checklist total	14.71 (10.38) n=24	36.00 (9.48) n=20	22.25 (20.34) n=4	11.18 (8.23) n=33	37.86 (8.06) n=22	26.00 (9.78) n=11	10.50 (8.24) n=34	37.92 (11.97) n=12	23.67 (10.78) n=21

Checklist maestros	5-7 años			8-10 años			11-15 años		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	7.55 (8.13) n=20	17.00 (7.26) n=17	11.50 (4.43) n=4	6.17 (6.82) n=24	13.19 (7.04) n=21	12.67 (6.20) n=9	5.65 (5.89) n=31	13.50 (10.42) n=10	11.56 (8.95) n=18
Hiperactividad	8.55 (8.03) n=20	17.47 (10.45) n=17	15.25 (7.14) n=4	5.17 (6.85) n=24	12.19 (7.37) n=21	5.33 (5.12) n=9	3.58 (4.54) n=31	14.56 (9.32) n=9	8.94 (8.13) n=17
Checklist total	16.10 (14.80) n=20	34.47 (15.83) n=17	26.75 (11.53) n=4	11.33 (12.39) n=24	25.38 (13.37) n=21	18.00 (7.09) n=9	9.23 (9.63) n=31	29.56 (17.72) n=9	21.18 (15.53) n=17

Cuestionario Padres	5-7 años			8-10 años			11-15 años		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	0.42 (0.43) n=24	1.47 (0.55) n=20	1.10 (0.50) n=3	0.50 (0.46) n=33	1.68 (0.52) n=22	1.38 (0.46) n=11	0.59 (0.43) n=34	1.75 (0.36) n=12	1.38 (0.62) n=21
Hiperactividad	0.39 (0.37) n=24	1.22 (0.60) n=20	1.10 (0.53) n=3	0.30 (0.32) n=33	1.28 (0.69) n=22	0.61 (0.50) n=11	0.37 (0.34) n=34	1.13 (0.57) n=12	0.76 (0.65) n=21
Somatización	0.23 (0.38) n=24	0.49 (0.47) n=20	0.20 (0.20) n=3	0.16 (0.26) n=33	0.45 (0.45) n=22	0.64 (0.47) n=11	0.31 (0.28) n=34	0.57 (0.35) n=12	0.48 (0.68) n=21

Cuestionario Maestros	5-7 años			8-10 años			11-15 años		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	0.58 (0.71) n=21	1.42 (0.76) n=17	1.39 (0.79) n=4	0.55 (0.76) n=24	1.55 (0.61) n=18	1.41 (0.78) n=9	0.48 (0.56) n=31	1.34 (1.00) n=9	1.23 (0.84) n=16
Hiperactividad	0.77 (0.93) n=20	1.86 (0.99) n=17	1.50 (0.79) n=4	0.39 (0.65) n=24	1.41 (0.78) n=18	0.50 (0.52) n=9	0.34 (0.45) n=31	1.40 (1.11) n=9	0.92 (0.79) n=16
Disregulación temperamental	0.56 (0.79) n=20	1.10 (1.01) n=17	1.12 (0.71) n=4	0.36 (0.59) n=24	1.03 (0.84) n=18	0.71 (0.89) n=9	0.29 (0.35) n=31	0.77 (1.04) n=9	0.71 (0.57) n=16
Deficit en relaciones interpersonales	0.28 (0.40) n=20	0.88 (0.83) n=17	1.44 (1.26) n=4	0.24 (0.41) n=24	0.81 (0.91) n=18	0.81 (0.85) n=9	0.21 (0.37) n=31	0.82 (1.18) n=9	0.45 (0.65) n=16

Al considerar la variable sexo (tabla 7), el análisis de las medias en el checklist padres muestra como las niñas del grupo combinado presentaron las puntuaciones más altas tanto en ambas dimensiones (inatención e hiperactividad/impulsividad) como en el checklist total. Los niños y niñas del grupo combinado recibieron puntuaciones más altas que los del grupo inatento y, estos a su vez, recibieron puntuaciones más altas que sus compañeros del grupo control. En el grupo inatento se observaron puntuaciones más altas comparadas con las obtenidas por las niñas en la dimensión hiperactividad y en el checklist total, no así en la dimensión inatención donde las niñas fueron más penalizadas. Los varones del grupo control, puntuaron más alto que las niñas de este mismo grupo en las dimensiones y en el checklist total.

Por el contrario, en el checklist maestros, las mayores puntuaciones fueron obtenidas por los niños del grupo combinado en ambas dimensiones y en el checklist total. Los niños y niñas del grupo combinado fueron más penalizados por los maestros, seguidos por el grupo inatento y finalmente por el grupo control. Los niños del grupo control recibieron puntuaciones más altas que las niñas del mismo grupo, en las dos dimensiones y en el checklist total; sin embargo las niñas del grupo inatento recibieron una penalización más alta que los niños del mismo grupo por parte de los maestros en las dimensiones y en el checklist total.

En el cuestionario de síntomas para padres (versión adaptada de Connors), los valores más altos fueron los de las niñas del grupo combinado en los factores inatención, hiperactividad y somatización, seguido por las puntuaciones de los niños del mismo grupo. Tanto niños como niñas del grupo inatento recibieron puntuaciones similares en los tres factores y se notó un ligero incremento en las puntuaciones de las niñas para los factores inatención e hiperactividad y para los niños en el factor somatización. Los niños del grupo control presentaron puntuaciones más

altas en los factores inatención e hiperactividad, mientras que las niñas lo hicieron en el factor inatención.

La versión Conners del cuestionario maestros indicó que las mayores puntuaciones en los factores inatención, hiperactividad y disregulación temperamental, fueron obtenidas por los niños del grupo combinado, mientras que las niñas del grupo inatento tuvieron la media más alta en el factor déficit en relaciones interpersonales. Los niños del grupo combinado y del grupo control obtuvieron puntuaciones más altas que las niñas de su mismo grupo, caso contrario al que se presentó en la comparación de las puntuaciones entre niños y niñas del grupo inatento, donde fueron las niñas quienes presentaron las puntuaciones más altas en todos los factores.

Tabla 7
Descripción del perfil conductual según sexo

Checklist Padres	Femenino			Masculino		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	3.82 (2.79) n=22	20.62 (5.45) n= 8	16.00 (7.14) n=13	6.48 (5.13) n=69	17.83 (5.16) n=46	15.27 (5.46) n=22
Hiperactividad	3.86 (3.50) n=22	19.00 (4.72) n=8	9.00 (9.24) n=14	6.71 (5.39) n=69	18.78 (6.15) n=46	9.18 (5.92) n=22
Checklist Total	7.68 (5.58) n=22	39.62 (8.70) n=8	23.86 (14.38) n=14	13.19 (9.39) n=69	36.76 (9.55) n=46	24.45 (9.48) n=22

Checklist Maestros	Femenino			Masculino		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	6.06 (7.21) n =18	14.12 (6.88) n=8	13.33 (6.43) n=12	6.40 (6.71) n =57	14.70 (8.21) n=40	10.95 (8.30) n=19
Hiperactividad	3.39 (4.92) n=18	10.25 (6.78) n=8	9.08 (7.90) n=12	6.05 (6.97) n=57	15.44 (9.30) n=39	8.44 (7.69) n=18
Checklist Total	9.44 (10.89) n=18	24.38 (13.23) n=8	22.42 (11.66) n=12	12.46 (12.62) n=57	30.51 (15.73) n=39	20.00 (14.01) n=18

Cuestionarios Padres	Femenino			Masculino		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	0.32 (0.31) n=22	1.88 (0.52) n=8	1.37 (0.55) n=13	0.58 (0.46) n=694	1.57 (0.49) n= 46	1.35 (0.57) n=22
Hiperactividad	0.17 (0.16) n=22	1.27 (0.53) n=8	0.77 (0.77) n=13	0.41 (0.36) n=69	1.22 (0.64) n=46	0.73 (0.50) n=22
Somatización	0.30 (0.34) n=22	0.68 (0.49) n=8	0.43 (0.68) n=13	0.22 (0.30) n=69	0.46 (0.42) n=46	0.55 (0.55) n=22

Cuestionarios maestros	Femenino			Masculino		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	0.44 (0.55) n=19	1.28 (0.74) n=8	1.45 (0.73) n=12	0.56 (0.70) n=57	1.50 (0.75) n=36	1.21 (0.84) n=17
Hiperactividad	0.18 (0.49) n=18	0.98 (0.95) n=8	0.96 (0.78) n=12	0.56 (0.72) n=57	1.72 (0.90) n=36	0.81 (0.77) n=17
Desregulación temperamental	0.23 (0.29) n=18	0.81 (0.97) n=8	0.79 (0.62) n=12	0.43 (0.64) n=57	1.05 (0.94) n=36	0.75 (0.76) n=17
Déficit relaciones interpersonales	0.15 (0.30) n=18	0.47 (0.59) n=8	1.00 (1.01) n=12	0.26 (0.41) n=57	0.92 (0.96) n=36	0.48 (0.67) n=17

Finalmente, la tabla 8 aborda el análisis de las medias de la muestra estudiada según el estrato socioeconómico. En el checklist padres, se observa que las puntuaciones más altas tanto para las dimensiones inatención e hiperactividad/impulsividad, como para el checklist total, fueron obtenidas por el grupo combinado de estrato medio, mientras que los sujetos del grupo combinado de estrato bajo y alto mostraron puntuaciones medias similares en esas mismas dimensiones. Por su parte, el grupo inatento puntuó más alto en el estrato socioeconómico medio en ambas dimensiones y en el checklist total. El grupo control obtuvo mayores puntuaciones medias en el estrato bajo.

En el checklist maestros las medias más altas las obtuvieron los niños y las niñas del grupo combinado de estrato socioeconómico bajo en ambas dimensiones y en el checklist total, seguidas por las medias del grupo combinado de estrato medio y estos a su vez, por las medias del grupo combinado de estrato alto. En el grupo inatento, los niños y las niñas de estrato medio obtuvieron las puntuaciones más altas en el checklist total, mientras que el grupo inatento de estrato bajo presentó las puntuaciones más altas en la dimensión inatención. Al igual que en el checklist padres, las puntuaciones medias más altas las obtuvieron los sujetos del estrato socioeconómico bajo.

Al analizar el cuestionario de síntomas para padres se observa que los niños y niñas del grupo combinado puntuaron más alto en los factores hiperactividad y somatización, mientras que en el factor inatención la puntuación más alta fue obtenida por los sujetos del grupo inatento. El grupo de estrato socioeconómico bajo obtuvo las puntuaciones medias más altas en los factores hiperactividad e inatención, y una puntuación similar para el grupo combinado de estrato bajo y alto en el factor somatización. Las puntuaciones más bajas de los factores en general, fueron asignadas a los niños y niñas del estrato socioeconómico alto.

En el cuestionario de síntomas diligenciado por maestros se identifica que el grupo combinado del estrato bajo tuvo los mayores valores promedio en todos los factores puntuados, excepto en el factor disregulación temperamental, en el que los niños y niñas del grupo inatento estrato medio puntuaron más alto. Los niños y niñas del estrato socioeconómico alto obtuvieron las puntuaciones más bajas en todos los factores excepto el grupo combinado en el factor hiperactividad y el grupo inatento en el factor déficit en relaciones interpersonales. En estos factores las puntuaciones más bajas para los grupos fueron asignadas al subtipo combinado del estrato medio y al subtipo inatento de estrato medio, respectivamente.

Tomando en consideración las tres variables sociodemográficas consideradas, se encuentra que con respecto al *rango de edad*, en el checklist de TDAH del DSM IV, hubo una tendencia a mayor penalización por parte de los padres, contrario a lo observado en los factores de inatención e hiperactividad de los cuestionarios Conners, donde los maestros penalizaron más que los padres. En cuanto al *sexo*, también se observó esta misma tendencia en el checklist, pero en los cuestionarios de Conners, los padres penalizaron más el factor inatención y los maestros el factor hiperactividad. Sin embargo, al considerar el *estrato socioeconómico*, son los maestros quienes tienden a penalizar más en el estrato bajo usando tanto el checklist como los cuestionarios de Conners, mientras que los padres lo hacen con los niños y niñas de estrato medio y alto. Por su parte, los padres y maestros penalizaron más la inatención en los estratos medio y alto y, los maestros dieron puntuaciones más altas en hiperactividad en dichos estratos.

En general las puntuaciones más altas en los checklist y cuestionarios tanto de padres como de maestros, fueron obtenidas por la población del estrato socioeconómico bajo, a excepción del checklist padres, en donde fueron los sujetos del estrato medio quienes presentaron las puntuaciones más altas. De forma contraria las puntuaciones más bajas en general, las

obtuvieron los sujetos del estrato socioeconómico alto. Se concluye así, que pertenecer al estrato bajo fue un factor de riesgo para el incremento en las puntuaciones medias de estas escalas.

Tabla 8
Descripción del perfil conductual según estrato socioeconómico

Checklist Padres	Bajo			Medio			Alto		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	6.47 (4.97) n=19	16.79 (5.75) n=14	12.33 (2.89) n=3	6.14 (4.90) n=59	19.18 (5.11) n=33	16.17 (5.85) n=29	3.54 (3.55) n=13	16.71 (4.42) n=7	12.67 (10.02) n=3
Hiperactividad	7.32 (5.98) n=19	17.86 (6.92) n=14	4.00 (4.36) n=3	5.92 (4.52) n=59	19.15 (5.96) n=33	10.41 (7.31) n=29	4.62 (6.32) n=13	19.14 (3.67) n=7	3.50 (4.43) n=4
Checklist total	13.79 (10.45) n=19	35.14 (11.38) n=14	16.33 (6.51) n=3	12.05 (8.24) n=59	38.33 (9.12) n=33	26.59 (10.74) n=29	8.15 (9.15) n=13	35.86 (6.26) n=7	13.00 (11.69) n=4

Checklist Maestros	Bajo			Medio			Alto		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	7.62 (8.10) n=16	18.38 (6.74) n=13	13.50 (4.95) n=2	6.57 (6.51) n=49	13.45 (8.31) n=29	12.00 (8.46) n=24	3.00 (5.31) n=10	12.00 (6.63) n=6	10.60 (3.58) n=5
Hiperactividad	7.12 (8.07) n=16	18.08 (9.87) n=13	7.00 (2.83) n=2	5.41 (6.30) n=49	13.71 (8.52) n=28	9.48 (7.94) n=23	2.70 (4.97) n=10	10.83 (8.93) n=6	5.80 (7.73) n=5
Checklist total	14.75 (15.06) n=16	36.46 (14.98) n=13	20.50 (2.12) n=2	11.98 (11.40) n=49	27.64 (15.03) n=28	22.00 (14.04) n=23	5.70 (10.00) n=10	22.83 (14.77) n=6	16.40 (10.06) n=5

Cuestionario Padres	Bajo			Medio			Alto		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	0.56 (0.54) n=19	1.57 (0.48) n=14	1.73 (0.83) n=3	0.52 (0.42) n=59	1.70 (0.52) n=33	1.37 (0.49) n=29	0.43 (0.42) n=13	1.34 (0.43) n=7	0.87 (0.83) n=3
Hiperactividad	0.50 (0.34) n=19	1.31 (0.73) n=14	0.59 (0.01) n=3	0.33 (0.31) n=59	1.23 (0.62) n=33	0.78 (0.65) n=29	0.25 (0.41) n=13	1.02 (0.44) n=7	0.56 (0.42) n=3
Somatización	0.23 (0.35) n=19	0.60 (0.39) n=14	0.27 (0.12) n=3	0.26 (0.31) n=59	0.53 (0.45) n=33	0.57 (0.63) n=29	0.12 (0.19) n=13	0.60 (0.10) n=7	0.13 (0.23) n=3

Cuestionario Maestros	Bajo			Medio			Alto		
	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)	Control M (DE)	Combinado M (DE)	Inatento M (DE)
Inatención	0.74 (0.85) n=17	1.80 (0.69) n=12	1.79 (0.11) n=2	0.53 (0.60) n=49	1.35 (0.77) n=26	1.30 (0.83) n=22	0.20 (0.54) n=10	1.24 (0.63) n=6	1.17 (0.79) n=5
Hiperactividad	0.62 (0.84) n=16	2.01 (0.98) n=12	1.00 (0.47) n=2	0.47 (0.66) n=49	1.41 (0.91) n=26	0.89 (0.81) 22	0.22 (0.50) n=10	1.46 (0.86) n=6	0.71 (0.73) n=5
Desregulación temperamental	0.55 (0.70) n=16	1.24 (1.05) n=12	0.75 (1.06) n=2	0.35 (0.53) n=49	0.93 (0.87) n=26	0.79 (0.68) n=22	0.29 (0.61) n=10	0.85 (1.04) n=6	0.66 (0.80) n=5
Déficit relaciones interpersonales	0.34 (0.46) n=16	1.49 (1.08) n=12	1.00 (1.41) n=2	0.22 (0.37) n=49	0.61 (0.78) n=26	0.61 (0.73) n=22	0.12 (0.32) n=10	0.53 (0.50) n=6	0.95 (1.25) n=5

Discusión

En este estudio se buscó identificar las características conductuales de niños y niñas con TDAH de acuerdo con instrumentos diligenciados por padres y maestros (checklist del DSM IV para TDAH y versiones colombianas de los cuestionarios Conners). Los datos encontrados arrojan diferencias y similitudes con respecto a otras investigaciones realizadas tanto en Colombia como en otros países y permiten hacer contrastaciones con la primera investigación de este tipo realizada en el medio manizaleño, ya que las escalas usadas en el presente estudio fueron previamente estandarizadas en esa investigación, para responder a la necesidad de adaptar los instrumentos de medición con criterios de validez y confiabilidad según la cultura, en un trastorno del comportamiento heterogéneo y para cuyo diagnóstico se requiere una familiarización con los cambios que puedan presentar los síntomas según la edad y el sexo (Pineda, 2000; Pineda et al., 1999, 2000).

En los instrumentos de evaluación de la conducta se observaron diferencias entre el grupo control y los dos subtipos de TDAH conformados (combinado e inatento). En este sentido, se pudo corroborar lo expuesto por Puentes-Rozo et al. (2008) quienes encontraron que existe una fuerte correlación entre el checklist para TDAH del DSM IV y el diagnóstico clínico, basado en los criterios de dicho manual. Sin embargo, en este estudio se marcan diferencias con el primer estudio manizaleño, ya que la proporción más alta de casos estuvo en el TDAH combinado del género masculino y para el género femenino en el grupo predominio inatento, mientras que en los resultados presentados por Pineda (2000) en la misma ciudad se encontró que la mayor prevalencia de TDAH estaba en el subtipo hiperactivo-impulsivo, seguido por el subtipo inatento y finalmente y con una menor representación el subtipo combinado. Otra discrepancia se

observó con respecto al estrato socioeconómico ya que la mayor proporción de casos se encontró en el estrato medio, mientras que en el estudio de Pineda, esto se observó en el estrato bajo. Sin embargo, las discrepancias observadas pueden estar explicadas por diferencias metodológicas relacionadas con la selección de las muestras.

En los dos estudios citados previamente, la mayor representación está dada por el sexo masculino, coincidente con la mayoría de investigaciones en el campo. En cuanto al rango de edad, la proporción más alta se encontró entre los 11 y 15 años de edad, seguida por las edades entre 8 y 10 años. Arán y Mías (2009) encontraron que el cuestionario para síntomas de TDAH del DSM IV diligenciada por padres, permitió la identificación de los subtipos y la clara identificación de características de hiperactividad-impulsividad, aunque cabe señalar que la muestra de ese estudio no tuvo en cuenta el subtipo combinado. Indican que el grupo con hiperactividad tiene mayores características de hiperactividad-impulsividad que los grupos con predominio déficit de atención y control.

Steinhausen y colaboradores (2012) señalan que las escalas Conners tanto para padres como para maestros, permiten la identificación de características de TDAH e identifican los subtipos. Bará-Jiménez et al. (2003), igualmente habían encontrado que los cuestionarios para maestros facilitan la identificación de diferencias en las dimensiones y factores comportamentales evaluados por estos, así como la distinción entre subtipo combinado e inatento. En nuestras apreciaciones coincidimos con el grupo de Bará-Jiménez, quienes establecen que los resultados que arrojaron las pruebas conductuales aplicadas a padres y maestros, validan la presencia de características del trastorno, siendo estas independientes de aspectos culturales y regionales.

También coincidimos al observar la misma tendencia en cuanto a las puntuaciones del checklist padres, donde el grupo combinado fue el más penalizado, seguido por el grupo inatento

y finalmente por el grupo control. Sin embargo, a diferencia de lo hallado en esa investigación, nuestros resultados sí mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos combinado e inatento en la dimensión inatención del checklist de padres.

En el presente estudio se encontró que aunque los cuestionarios permitieron la distinción entre el grupo de casos TDAH combinado e inatento, al hacer la comparación con los controles, el grupo TDAH inatento presentó puntuaciones más altas en hiperactividad que el grupo control, lo que indica que si bien el subtipo inatento no cumple criterios para TDAH subtipo combinado, los niños y niñas con TDAH subtipo inatento son más hiperactivos que los niños y niñas del grupo control. Esta observación fue igualmente señalada en la investigación realizada por Bará-Jiménez et al. (2003) quienes recomiendan por ello emplear el término “predominantemente inatento” para referirse a las personas que estén en este subtipo del trastorno. Sin embargo este resultado no es acorde a lo encontrado por Arán y Mías (2009) quienes indican que en su investigación, los participantes del grupo con predominio déficit de atención no tienen mayor inquietud motora que otros niños de su edad o que el grupo control, y al analizar los síntomas de impulsividad, los encontraron menos impulsivos que otras personas de su edad.

Acorde a lo encontrado por otros investigadores en Colombia (Puentes-Rozo et al. 2008), en la presente investigación se observó que el grupo TDAH subtipo combinado, fue el que presentó puntuaciones más altas en todos los factores de los cuestionarios para padres y maestros. Estos hallazgos son consistentes con lo planteado por el modelo de Barkley, citado por Servera-Barceló (2005), quien señala que en el TDAH al ser un déficit en el desarrollo de la inhibición comportamental, las conductas motoras con un objetivo se ven afectadas y esto hace que las personas con el trastorno estén más controladas por el contexto inmediato y por las consecuencias que por su autorregulación, de tal manera que las respuestas en muchas ocasiones

no son óptimas. Esto dificulta que las personas identifiquen como problemáticas muchas de sus respuestas por lo que las características conductuales se documentan mejor con cuestionarios para padres y maestros quienes son observadores de los comportamientos.

En el cuestionario de síntomas (padres) hubo coincidencia en que en ninguna de las dos investigaciones previas (Bará-Jiménez et al., 2003; Puentes-Rozo, et al. 2008) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre los grupos combinado e inatento en el factor somatización. Pero, a diferencia de la investigación de Puentes-Rozo et al. (2008) en la presente investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor inatención entre el grupo combinado e inatento.

En cuanto al cuestionario de síntomas (maestros), se encontró concordancia con el trabajo de Puentes-Rozo et al. (2008) al observarse la misma tendencia en la puntuación de todos los factores, exceptuando en la comparación entre los grupos control e inatento en el factor hiperactividad ya que ellos no vieron diferencias entre los grupos; en la comparación entre los grupos combinado e inatento en los factores disregulación temperamental y déficit en las relaciones interpersonales, en sus resultados sí vieron diferencias, mientras que en la presente investigación estas diferencias no fueron evidentes.

Se pudo corroborar en términos generales, la utilidad de las preguntas tal y como están formuladas en los checklist para TDAH y en los cuestionarios de síntomas, para diferenciar las características conductuales de los niños y niñas con TDAH tanto para el subtipo combinado como para el subtipo inatento. Sin embargo y retomando lo planteado por Cardo y Servera (2008) si en la mayor parte de los resultados las diferencias fueron estadísticamente significativas, habría que hacer análisis más afinados sobre el peso de cada uno de los ítems del checklist y determinar si a pesar de las diferencias de edad, sexo y estrato socioeconómico, cada

uno de ellos debe tener el mismo valor, ya que los criterios fijos y categóricos independientemente de la edad y del sexo pierden utilidad clínica.

Al respecto, Cardo y Servera (2008) plantean que estudios poblacionales con muestras aleatorias y su caracterización permitirían hacer análisis discriminantes para el diagnóstico, a diferencia de la presente investigación cuya muestra fue intencional. De igual manera, tal y como señalan Trujillo-Orrego, Pineda Uribe (2012) se encuentra que al omitir grados de gravedad del trastorno y hacer una categorización dicotómica, los sujetos que no cumplen la totalidad de los síntomas pero que requieren intervención clínica corren el riesgo de no ser atendidos, además de modificar la prevalencia del TDAH.

Finalmente, es importante señalar que existen limitaciones para generalizar los resultados, derivadas tanto de los asuntos metodológicos para la selección de las muestras, como de las diferentes versiones de los instrumentos usados en las investigaciones, que imponen cautela a la hora de determinar el perfil conductual del TDAH. Tanto las discrepancias como las concordancias encontradas en este estudio con respecto a aquellos similares, señalan líneas de trabajo conducentes a afinar la tipificación, frecuencia y seguimiento de la heterogeneidad y variabilidad de las manifestaciones sintomáticas en las dimensiones consensuadas para el diagnóstico clínico, como también en muestras poblacionales, acorde con variables de orden sociodemográfico.

Conclusiones

De acuerdo a lo encontrado en la revisión de antecedentes investigativos sobre las dimensiones conductuales del TDAH, los instrumentos usados en la presente investigación, checklist para síntomas de TDAH y cuestionarios Conners para padres y maestros, permitieron decantar características particulares en función de variables sociodemográficas y clínicas. Dichas características pueden causar molestias significativas a los niños y las niñas que presentan el trastorno y se convierten en factores de riesgo para que se presenten trastornos comórbidos, lo que complejiza el tratamiento.

Si bien el grupo clínico obtuvo promedios mayores tanto en las dimensiones del checklist para TDAH del DSM IV como en los factores de los cuestionarios de síntomas (en las versiones colombianas adaptadas de Conners) considerando el sexo, el rango de edad y el estrato socioeconómico, se identifica que pertenecer al grupo subtipo combinado y al estrato socioeconómico bajo, aumentó la probabilidad de puntuaciones más altas, lo que puede indicar que los comportamientos de los niños y de las niñas con estas características adicionales son más perturbadores y por ello llaman más la atención de quienes diligenciaron los instrumentos.

Aunque en términos generales las escalas de evaluación empleadas permitieron la identificación de los niños y niñas con y sin TDAH así como la identificación de los subtipos, estos instrumentos no son suficientes para hacer un diagnóstico clínico del trastorno. Se requiere de la corroboración y de la ampliación de información a través de otros métodos como la entrevista clínica con los niños y las niñas, así como con los adultos significativos y quizá la observación directa en los distintos ambientes, de tal manera que se disminuyan los riesgos de hacer un diagnóstico errado, que se puede advertir en la magnitud de las desviaciones estándar arrojada por los datos. Los instrumentos de medición de la conducta son una herramienta que

puede ser empleada por los clínicos, sin embargo no sustituye el proceso diagnóstico clínico integral. De igual manera al hacer el diagnóstico, hay que tener en cuenta no solo las características externalizantes del trastorno, sino también las posibles características o trastornos asociados que son comunes al TDAH y que pueden presentar síntomas internalizantes.

Líneas de investigación derivadas del proyecto

Esta investigación buscó depurar elementos clínicos en la evaluación comportamental que contribuyen a identificar el perfil conductual en procesos de diagnóstico de niños y niñas con sospecha de TDAH y secundariamente suscitar la formulación de estrategias para la detección temprana del trastorno.

Así mismo se contribuyó a ampliar los hallazgos de la línea de investigación clínica de la Maestría en Desarrollo Infantil de la Universidad de Manizales y al conocimiento científico nacional, en esta medida se podrían articular líneas que desarrollen estudios de violencia, pobreza y situación social como factores de riesgo para la presencia del trastorno.

Referencias

- Arán, V. A. & Mías, C. D. (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.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (11), 587-593.
- Artigas-Pallarés, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (1), S117-S123.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales* (4 ed). Washington, DC.
- Bará-Jiménez. S., Vicuña. P., Pineda. D. A. & Henao. G. C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*, 37 (7), 608-615.

Bleger, J. *Psicología de la conducta*. (1963). Recuperado de: [Psicologia%20de%20la%20conducta.%20Bleger.pdf](#)

Cardo, E. & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6), 365-372.

Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., De Azua, B., Redondo, M. & Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (1), S109-S117.

Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40 (12), 716-722.

González, E. (2006). *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Salón de Clases* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F., & Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 5 (2), 109-116.

Muñoz, J., Palau, M., Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta NeurolColomb*, 22 (2), 184-189.

Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados, o sociedad maltrecha?

Revista de Neurología, 32 (3), 229-231.

Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y algunas disputas dentro del conductismo. *Revista*

Colombiana de Psicología, 22 (2), 389-399.

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), 217-222.

Pineda, D. A., Ardila, A. & Rosselli, M., (2004). Cuestionarios para la evaluación del

comportamiento en niños y adolescentes de la ciudad de Manizales. *Cuadernos de Línea: No. 1 Desarrollo infantil: Sublínea Evaluación Neuropsicopedagógica, Universidad de Manizales* 25-51.

Pineda, D.A. (2000). Diagnóstico neuroconductual y neuroepidemiológico de la deficiencia

atencional. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2 (1), 20-31.

Pineda, D. A., Henao, G.C., Puerta, I.C., Mejía, S., Gómez, L.F., Miranda, M.L., Rosselli, M.,

Ardila, A., Restrepo, M.A., Murrelle, L. y Grupo de investigación de la fundación universidad de Manizales. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología*, 28 (4), 365-372.

Pineda, D. A., Rosselli, M., Henao, G.C. & Mejía, S.E. (2000). Neurobehavioral assessment of attention deficit hyperactivity disorder in a Colombian sample. *Applied Neuropsychology*, 7, 40-6.

Puentes-Rozo, P. J., Barceló-Martínez, E. & Pineda, D. A. (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 (4), 175-184.

Puerta, I.C. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Revista de Neurología*, 38 (3), 271-277.

Sattler, J. (2003). Evaluación Infantil. Aplicaciones cognitivas. Vol. 1 (apéndice D. 882 y ss.). México: Manual Moderno.

Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40 (6), 358-368.

Steinhausen, H., Züllig, N., Brandeis, D., Müller, U., Valko, L., y Drechler, R. (2012). The behavioural profile of children with attention-deficit/Hyperactivity disorder and of their siblings. *EurChildAdolescPsychiatry*, 21, 157-164.

Trujillo-Orrego, N., Pineda, D.A. & Uribe, L.H. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: De lo fenomenológico a lo neurobiológico (I).

Revista de Neurología, 54 (5), 289-302.

Varela, V., Montoya, D., Tamayo, L., Restrepo, F., Moscoso, O., Castellanos, C., Castro, P., González, L. & Zuluaga, J.B. (2011). Protocolo neuropsicopedagógico en la evaluación multidimensional del TDAH: Implementación de una experiencia investigativa. *Revista Latinoamericana Estudios Educativos*, 7 (2), 139 -156.

Zuluaga, J.B. (2007). *Evolución en la Atención, los estilos Cognitivos, y el Control de la Hiperactividad en Niños y Niñas con Diagnostico de Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (TDAH), a través de una Intervención sobre la Atención* (tesis doctoral). Universidad de Manizales-CINDE, Manizales, Colombia.

ANEXOS

Anexo 1.CHECKLIST DSM IV

PARA TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL/HIPERACTIVIDAD

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____

E.S.E.: _____ Diligenciado por: _____ Fecha: _____

CRITERIO A: Marcar con una X la frecuencia con que se presentan los siguientes comportamientos:	NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
INATENCIÓN				
1. No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas				
2. Tiene dificultades para sostener la atención en las tareas y los juegos				
3. No parece escuchar lo que se le dice				
4. No sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa a pesar de comprender las órdenes				
5. Tiene dificultades para organizar sus actividades				
6. Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos				
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades				
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes				
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria				
HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD				
1. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado				
2. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado				
3. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas				
4. Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto				
5. Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro				
6. Habla demasiado				
7. Contesta o actúa antes de que se le terminen de hacer las preguntas				
8. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos				
9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás				

Anexo 2. CUESTIONARIO CONNERS PARA PADRES

VERSION COLOMBIANA ESTANDARIZADA Y VALIDADA (Pineda & Cols., 1998)

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Grado:** _____

E.S.E.: _____ **Diligenciado por:** _____ **Fecha:** _____

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

CONSTESTE TODOS LOS REACTIVOS

CONDUCTAS O SÍNTOMAS	NIVEL DE ACTIVIDAD				FACTORES			
	NUNCA	UN POCO	BASTANTE	DEMASIADO	Hiperactiv. Impulsiv.	Somatiz	Inatención	
1. Es impertinente y grosero con las 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 más problemas que otros niños de su edad								
11. No acepta sus errores o responsabiliza a otros								
12. Es peleonero								
13. Desobedece u obedece de mala gana								
14. Deja las cosas inconclusas								
15. Es déspota e intimida a los demás; abusa de los demás								
16. Se distrae o no puede concentrarse								
17. Tiene dolores de cabeza								
18. Pelea con frecuencia								
19. Se frustra con facilidad si fracasa								
20. Molesta a otros niños								
21. Sufre de dolores de estómago								
22. Experimenta otros dolores y malestares								
23. Vomita o siente náusea								
24. Sufre problemas intestinales diarreas frecuentes, estreñimiento								
					Dividir por:	/12	/5	/5
					Total			
					Media			
					DS			

Anexo 3. CUESTIONARIO CONNERS PARA MAESTROS

VERSION COLOMBIANA ESTANDARIZADA Y VALIDADA (Pineda y Cols., 1998)

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____

E.S.E.: _____ Diligenciado por: _____ Fecha: _____

A continuación aparecen términos descriptivos de conducta. Marque con una X la columna que mejor defina al niño.
CONSTESTE TODOS LOS REACTIVOS

CONDUCTAS O SÍNTOMAS	NIVEL DE ACTIVIDAD				FACTORES				
	NUNCA	UN POCO	BASTANTE	DEMASIADO	Pt	P.At	Hip.	DTe	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, sueña despierto(a)									
10. Vive con el ceño fruncido y de mal humor									
11. Cambios bruscos en el estado de ánimo									
12. Parece ser poco aceptado(a) 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 en los esfuerzos									
20. Dificultades para conseguir los objetivos académicos									
					Dividir por:	/7	/3	/6	/4
					Total				
					Media				
					DS				

P. At: Problemas de Atención
Hip: Hiperactividad
DT: Disregulación temperamental
DRP: Deficiencia en relaciones personales