

ISSN: 1668-7477

Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación

**Volumen
9**

Año 2012

***Escuela de Becarios
Secretaría de Investigación y Posgrado
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata***

Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de
Investigación de la Facultad de Psicología
de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Año 2012

Decana: Lic. Ana María Hermosilla
Vice-Decana: Mg. Marcela González
Secretaria de Investigación y Posgrado: Mg. Mirta Lidia Sánchez
Secretaria Académica: Mg. Marcela González
Secretario de Coordinación: Lic. Claudio Salandro
Secretaria de Extensión y Transferencia: Lic. Buzzela y Lic. Losada

Escuela de Becarios
Secretaría de Investigación y Posgrado
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

Comité Editorial:
Mg. María Laura Andrés
Lic. Julieta Echeverría
Dra. Yamila Silva Peralta
Esp. Luis Alberto Moya

Complejo Universitario - Funes 3250
Cuerpo V - Nivel III - (7600) Mar del Plata
Buenos Aires - Argentina
Tel: (0223) 4752266 - e-mail: psisecoo@mdp.edu.ar
URL: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/>

Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación
Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata.

El Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación es una publicación científica periódica de trabajos inéditos (proyectos de investigación, revisiones teóricas y artículos empíricos) de los Becarios de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata o Becarios del CONICET que tengan radicadas sus becas de investigación en esta institución.

Su objetivo es constituir un medio de divulgación de conocimiento científico y un espacio de intercambio de las producciones generadas en el marco del desarrollo de las investigaciones realizadas por los diferentes Becarios. Se publica desde el año 2005 y a partir del 2009 cuenta con Comité Editorial y paginación continua.

Normas de Publicación

En términos generales todo el trabajo debe seguir los lineamientos propuestos por el Manual de Publicación de la American Psychological Association -APA- en su versión en español. Los trabajos deberán ser elaborados en formato Word, tipología Times New Roman 12, interlineado sencillo. Tendrán una extensión máxima de 5.000 palabras, (incluyendo título, resumen, referencias, figuras, tablas, apéndices e ilustraciones) y estarán escritos con márgenes de 3 cm y sin numeración. En la primera página deberá ir el título del trabajo en español, seguido del nombre del autor y luego el título del trabajo, filiación institucional y tipo de beca. Deberá incluirse un resumen en todos los casos, incluyendo informes técnicos y proyectos de investigación (sólo en español y no ser superior a 200 palabras). No deberán figurar notas al pie de ningún tipo, exceptuando la dirección de correo electrónico y correspondencia postal al pie de la primera página y enlazada al nombre del autor. El Anuario sólo acepta trabajos producidos por los becarios; los directores y/o co-directores sólo pueden incluirse a continuación de la filiación institucional.

Las figuras y tablas se incluirán en el manuscrito. Deberán ser compuestas por los autores del modo definitivo como deseen que aparezcan en la publicación, estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.

Las citas bibliográficas se realizarán de acuerdo con las normas del Manual de Publicación de la American Psychological Association -APA- en su versión en español. Toda cita que aparezca en el texto debe figurar en el apartado de referencias bibliográficas.

Los trabajos deberán ser enviados a: anuariodebecarios@gmail.com

ÍNDICE

Autor	Título	Página
Andrés, M. L. & Canet Juric, L.	Procesos de socialización familiar que influyen el desarrollo de la regulación emocional.	544-560
Biscarra, M. A.	Cogniciones explícitas e implícitas asociadas a la conducción bajo los efectos del alcohol.	561-568
Blengio, V.	Análisis de los atributos semánticos para un conjunto extenso de objetos vivos y no vivos en función de la categoría y la familiaridad.	569-573
Bogetti, C.	La formación ético-deontológica en las asignaturas del área de investigación en la currícula de la carrera de psicología en la UNMdP.	574-581
Cataldo, R.	Ley de salud mental: su implementación en Mar del Plata.	582-589
Del Valle, M. V.	Relaciones de las estrategias de codificación mnésica y la capacidad de aprendizaje con las trayectorias académicas de estudiantes de psicología.	590-607
Demagistri, M. S.	Funcionamiento ejecutivo y rendimiento lecto-comprensivo en alumnos de secundaria superior.	608-617
Dematteis, M. B., Castañeiras, C. & Posada, M. C.	Evaluación multidimensional de la personalidad. Aportes técnicos y conceptuales.	618-624
Echeverría, J.	Estrategias de aprendizaje, motivación académica y prácticas laborales en ingresantes universitarios de las carreras de psicología y economía.	625-631
Fasciglione, M P. & Castañeiras, C. E.	Programa de intervención psicosocial para adultos con asma: evaluación de procesos de cambio.	632-637
Galarza, A. L.	Evaluación multidimensional del riesgo suicida en adolescentes.	638-644
García Coni, A.	Relaciones entre la flexibilidad cognitiva y la inhibición de acceso, de borrado y de restricción en niños y adolescentes.	645-651
Giuliani, M. F. & Arias, C. J.	Estudio comparativo de competencias emocionales según grupo de edad en la ciudad de Mar del Plata.	652-658
Grill, S. S.	Estudio de efectividad clínica en adultos que presentan perturbaciones emocionales.	659-665
López, S. S. & Ledesma, R. D.	Efecto de la jornada de trabajo sobre el funcionamiento atencional en conductores de taxi.	666-671
Manzo, G.	Recepción y difusión de la terapia cognitiva en las instituciones académicas y asistenciales de la ciudad de mar del plata 1986 - 2010.	672-679
Martínez-Festorazzi, V. S	Socialización parental y estilos de apego: su influencia sobre el autoconcepto y las fortalezas personales en adolescentes argentinos.	680-689
Mascarello, G. M.	Desarrollo de la función inhibitoria de borrado y su relación con la memoria de trabajo en niños de entre 6 y 9 años en función del nivel socioeconómico y del género.	690-696
Montes, S	Evidencia adicional de validez para una medida de inatención en la conducción.	697-703
Morales, F. & Arias, C.	Dimensiones de la empatía y la capacidad de perdón en adultos de mediana edad, adultos mayores jóvenes y adultos mayores de edad avanzada.	704-709
Moya, L.	Análisis de la formación básica de carreras de psicología de universidades públicas: un estudio comparativo.	710-718
Pavón, M. & Arias, C. J.	Toma de decisiones y autoeficacia percibida en adultos mayores con y sin discapacidad.	719-724
Polizzi, L. & Arias, C. J.	Estudio de los componentes de la relación amorosa en adultos de mediana edad y adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.	725-731
Rangone, L.	Acerca de trabajar un concepto como el de masoquismo en la obra de J. Lacan.	732-738
Rubiales, J.	Características comportamentales de niños con TDAH.	739-747
Sartori, M. S.	Perfiles de personalidad en mujeres adultas con síndrome de Turner. Relaciones con percentil de talla y desarrollo puberal.	748-754

Silva Peralta, Y. F. Aparicio, M. T. & Pacenza, M. I.	Habilidades transformacionales representadas, desempeñadas y su asociación con niveles de engagement y burnout en voluntarios universitarios.	755-763
Tassaroli, M.	Percepción de condiciones y medio ambiente de trabajo (cymat) y su relación con niveles de engagement y burnout en docentes y no docentes de escuelas públicas primarias de la ciudad de Mar del Plata.	764-768
Visca, J. E.	Análisis bibliométrico de revistas científicas de psicología editadas por universidades nacionales de gestión pública de la Argentina.	769-775
Vivas, L. e Introzzi, I.	Instrumentos para la evaluación de las relaciones taxonómicas.	776-786
Zabala, M. L.	Relaciones entre capacidad empática y expresión génica. Su estudio en mujeres con diagnóstico de síndrome de Turner.	787-793

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES DE NIÑOS CON TDAH

BEHAVIORAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ADHD

Josefina Rubiales^{*1}

¹Becaria Doctoral de CONICET. CIMEPB,
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Resumen

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar. El objetivo del presente trabajo fue analizar y comparar síntomas internalizantes y externalizantes en niños con y sin diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La muestra del estudio estuvo compuesta por 60 niños divididos en dos grupos: una muestra clínica de 30 niños y niñas con diagnóstico de TDAH y una muestra control integrada por 30 niños y niñas sin diagnóstico de TDAH, en ambos casos con edades entre 8 y 14 años, de la ciudad de Mar del Plata (Argentina). Para evaluar las características comportamentales se utilizó un listado de síntomas administrado a padres. Los resultados permitieron obtener evidencias empíricas que confirman la idea de que existe un mayor número de síntomas comportamentales en niños con TDAH, demostrando ciertas diferencias entre los subtipos del diagnóstico.

Palabras claves: TDAH – características comportamentales – niños

Abstract

The attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is defined as a persistent pattern of symptoms of inattention and / or hyperactivity-impulsivity that is more frequent and severe than is typically observed in individuals with a similar level of development. The aim of this study was to analyze and compare internalizing and externalizing symptoms in children with and without a diagnosis of attention deficit disorder with hyperactivity. The study sample consisted of 60 children divided into two groups: a clinical sample of 30 children diagnosed with ADHD and a control sample consisting of 30 children without a diagnosis of ADHD, both aged between 8 and 14 years, from Mar del Plata city, Argentina. To assess the behavioral characteristics used a list of symptoms given to parents. The results allowed obtaining empirical evidence to support the notion that there is a greater number of behavioral symptoms in children with ADHD, showing some differences between diagnostic subtypes.

Key words: ADHD - behavioral characteristics - children

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Se estima que su sintomatología es una de las principales fuentes de derivación de los niños al sistema de salud (Santos &

* Contacto: josefinarubiales@gmail.com

Vasconcelos, 2010), encontrándose entre los diagnósticos más frecuentes en la infancia y adolescencia (De la Peña, Palacio y Barragán, 2010). Los estudios sobre la prevalencia mundial del TDAH estiman que la misma es del 5,29% (Polanczyk, Silva de Lima, Lessa Horta, Biederman & Rohde, 2007).

Su etiología ha sido una cuestión ampliamente estudiada y debatida. Actualmente hay consenso en la comunidad científica sobre la importancia de la interacción de factores genéticos y ambientales en su origen, existiendo datos que demuestran la influencia de la carga genética, con valores de heredabilidad en torno al 76% (Faraone et al., 2005), en correspondencia con un tipo de herencia poligénica multifactorial, con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos (Arcos-Burgos & Acosta, 2007; Etchepareborda et al., 2011).

La clasificación fenotípica actual del trastorno establece tres subtipos: predominantemente inatento (TDAH-I), predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H) y combinado (TDAH-C) (APA, 2002); sin embargo, algunas investigaciones cuestionan el diagnóstico y los subtipos, los cuales continúan en constante revisión (Diamond, 2005).

Representa actualmente uno de los motivos de consulta psicológica y psicopedagógica más frecuente, y es una de las causas principales, en población infantil, de remisión a los médicos, pediatras, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles, siendo uno de los más importantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia y hasta la vida adulta (López-Villalobos, Serrano-Pintado, Sánchez-Mateos, 2004).

Es un síndrome muy complejo con características sintomáticas muy amplias y variadas, por este motivo su diagnóstico también resulta complejo.

Los síntomas nucleares del TDAH incluyen incapacidad para mantener la atención focalizada, falta de control sobre la conducta impulsiva e hiperactividad generalizada de la conducta. Estos tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, afectando no sólo al niño, sino también al grupo de compañeros y a su familia (Cardo, Servera, 2008).

De acuerdo con el sistema de diagnóstico utilizado por el DSM IV, es bastante infrecuente encontrar un niño o adolescente que únicamente cumpla con los criterios necesarios para el diagnóstico de un solo problema. La presencia de otros problemas es una regla común en el proceso diagnóstico de entidades mentales. Estas asociaciones diagnósticas, en la mayoría de las entidades mentales implican la necesidad de ajustes en los procesos diagnósticos y en las intervenciones terapéuticas (Castellanos & Acosta, 2004).

Los trastornos del desarrollo se diagnostican en función de criterios dimensionales y, por tanto, tienen unos límites poco definidos y que frecuentemente se solapan. En este sentido, el TDAH, más que una entidad homogénea es un grupo de condiciones con factores etiológicos y de riesgo potencialmente diferentes y distintos resultados finales (Cardo et al, 2008).

Los síntomas cardinales del trastorno son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Sin embargo, el TDAH no suele presentarse aislado, aproximadamente en un 87% de los casos se asocia con trastornos comportamentales o diagnóstico comórbido y en el 67% de éstos hasta dos trastornos comórbidos (Mulas et al, 2006; Ramos-Loyo, Taracena, Sánchez-Loyo, Matute y González-Garrido, 2011). Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica y siguen una evolución más desfavorable que los niños sin comorbilidad asociada (López-Villalobos, Serrano Pintado & Sánchez Mateos, 2004). La comorbilidad se entiende como la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos (Holguín-Acosta, Cornejo-Ochoa,

2008). Las comorbilidades más frecuentes del TDAH en niños son: dificultades específicas del aprendizaje (entre el 30 y 40% presentan dislexia o discalculia); trastornos de ansiedad (entre un 20 y un 40%); problemas de conducta (15% a 50%); trastorno oposicionista-desafiante (30 a 50%); depresión (10%) y síndrome de la Tourette o tics (10 a 40%) (Rodríguez Molinero et al., 2009; Spencer, Biederman & Mick, 2007; Mulas et al., 2006; Artigas-Pallarés, 2003).

Los trastornos de tipo externalizante (trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial), se vinculan más con el subtipo hiperactivo-impulsivo y el combinado, y los trastornos de tipo internalizantes (ansiedad, fobia, depresión) se vinculan más con el subtipo combinado y el inatento (Roselló, Amado y Bo, 2000).

Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos presentan una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH sin comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja (Lopez-Villalobos et al, 2004). El reconocimiento de este aspecto del TDAH constituye un determinante esencial en el curso y pronóstico del trastorno.

Tanto niños como niñas con TDAH presentan los mismos síntomas, aunque el trastorno afecta de forma diferente a las mujeres y a los hombres. Las revisiones clínicas tienden a demostrar que se diagnostican más varones en una proporción de 3 a 1 (Valdizán, Mercado, y Mercado-Undanivia, 2007). Los índices de proporción varón: mujer reportados en algunos estudios clínicos sugieren que las mujeres están subdiagnosticadas (Ramtekkar, Reiersen, Todorov & Todd, 2010). Las niñas suelen presentar pocos síntomas agresivos e impulsivos, tienen índices más bajos de problemas de conducta, y una mayor probabilidad de mostrar síntomas de inatención en contraste con los niños, en quienes predominan la hiperactividad, la impulsividad y los comportamientos disruptivos (Valdizán et al., 2007; Spencer et al., 2007; Urzúa, Domic, Cerda, Ramos & Quiroz, 2009). Los varones presentan mayor probabilidad de tener problemas de aprendizaje y manifiestan problemas en la escuela o en actividades realizadas en su tiempo libre. Como consecuencia, las niñas llegan con menor frecuencia a la consulta que los varones y, muchas de ellas, no han sido diagnosticadas (Biederman et al., 2002).

Las niñas con TDAH exhiben niveles más altos de variaciones del humor y ansiedad que las niñas sin él, también tienen índices significativamente más altos de problemas de comportamiento y de conducta, aunque son más bajos que los de los varones afectados por el TDAH. Por otro lado, en los niños se observa un riesgo mayor de padecer depresión mayor, ansiedad, trastornos de conducta y trastorno negativista-desafiante que las niñas con TDAH (Biederman et al., 1999).

El objetivo del presente estudio, el cual forma parte de un trabajo mayor, fue analizar y comparar síntomas internalizantes y externalizantes en niños con y sin diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Metodología

Tipo de estudio & diseño

Se realizó un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con dos grupos, uno cuasi control, según la clasificación de Montero y León (2007).

Participantes

Universo: Niños con y sin diagnóstico de TDAH, escolarizados, de la ciudad de Mar del Plata, con edades entre 8 y 14 años de edad.

Muestra: En el estudio participaron un total de 60 niños conformándose, de forma intencional, dos grupos. La muestra clínica estuvo compuesta por 30 niños con diagnóstico de TDAH, 8 pertenecientes al subtipo con predominio Inatento (TDAH-I) y 22 pertenecientes al subtipo con predominio Combinado (TDAH-C), derivados por Médicos Neurólogos pertenecientes a Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata; y la muestra control estuvo compuesta por 30 niños sin diagnóstico de TDAH pareados por sexo y edad. En ambas muestras la distribución por género fue de 10 niñas y 20 niños.

Los criterios para la muestra clínica fueron: a) haber sido diagnosticado con TDAH por los médicos neurólogos derivantes; b) cumplir el criterio diagnóstico para el TDAH según el DSM-IV; c) pertenecer a una rango de edad igual o mayor a 8 años y menor de 14; d) poseer una evaluación neuropsicológica que confirme el diagnóstico; e) tener nivel intelectual (CI) promedio; f) poseer el consentimiento informado de sus padres para participar en el estudio.

Los criterios para la muestra control fueron: a) no cumplir el criterio diagnóstico para el TDAH según el DSM-IV; b) pertenecer a un rango de edad igual o mayor a 8 años y menor de 14; c) poseer una evaluación neuropsicológica que descarte el diagnóstico; d) tener un nivel intelectual (CI) promedio; e) poseer el consentimiento informado de sus padres para participar en el estudio.

En ambas muestras se excluyeron los niños con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, trastornos del aprendizaje y retraso mental.

Procedimiento

Los niños con previo diagnóstico de TDAH fueron derivados por los médicos neurólogos, se establecieron los contactos con los niños con TDAH y sus padres, asimismo se contactaron a los niños de la muestra control y sus padres a través de la escuela. Se procedió a solicitar el consentimiento informado de los padres y los niños. Se entrevistó y administró a los padres de cada niño el cuestionario, en forma conjunta con una batería más amplia de pruebas incluidas en el marco del grupo mayor de investigación, dentro del cual se encuentra el presente trabajo.

Instrumentos

Para evaluar síntomas internalizantes y externalizantes se utilizó el listado de síntomas *Child Behavior Checklist CBCL* (Samaniego, 1998), validado en Argentina el mismo fue administrado a los padres de los niños. El CBCL es un formulario estandarizado para registrar los problemas comportamentales y competencias de niños entre 4 y 18 años. Evalúa síntomas comórbidos internalizantes (retraimiento, quejas somáticas, síntomas de ansiedad y depresión) y externalizantes (conductas antisociales y agresivas).

Resultados

Con el objeto de describir y comparar los síntomas internalizantes y externalizantes en niños con y sin TDAH, los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, en función de la pertenencia al grupo clínico (con TDAH) o al grupo control (sin TDAH), presentándose los resultados en la Tabla 1.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de las medidas de síntomas internalizantes y externalizantes, discriminados por grupo.*

	Grupo Control				Grupo Clínico			
	Mín.	Máx.	Media	DE	Mín.	Máx.	Media	DE
Internalizante	1	19	8,27	4,28	1	39	14,37	8,98
Externalizante	0	22	9,03	6,54	3	47	20,22	10,03

Puede observarse que la cantidad de síntomas promedio del grupo clínico es sistemáticamente superior a la media del desempeño de los niños del grupo control, tanto en síntomas internalizantes como externalizantes. Así, observamos que los niños diagnosticados con TDAH presentan un mayor número de síntomas vinculados con esas problemáticas.

Con el propósito de establecer si las diferencias observadas en síntomas internalizantes y externalizantes son estadísticamente significativas, se sometieron los datos a la prueba T de Student para comparación de medias, para dos muestras independientes, en función de la presencia del TDAH (Tabla 2).

Tabla 2. Prueba T para medias según grupo clínico o control.

	t	Sig. (bilateral)
Internalizante	-3,32	0,00
Externalizante	-5,03	0,00

Los resultados confirman que las diferencias, para ambas variables, son estadísticamente significativas.

Con el objeto de describir la presencia de síntomas internalizantes y externalizantes en niños con TDAH de acuerdo al género, se calcularon las medias y los desvíos estándar, que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. *Estadísticos descriptivos de síntomas internalizantes y externalizantes en grupo clínico discriminados por género.*

	Género	Media	DE
Internalizante	Mujeres	13,75	9,92
	Varones	14,63	8,83
Externalizante	Mujeres	19,50	13,72
	Varones	20,53	8,47

Los resultados permiten observar que las niñas con TDAH presentan un número inferior de síntomas internalizantes y externalizantes comparadas con los niños del mismo grupo.

Con el propósito de establecer si las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas, se aplicó la prueba T de Student de comparación de medias para dos muestras independientes en función del género (Tabla 4).

Tabla 4. Prueba T para la igualdad de medias en grupo clínico según género.

	t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior	Inferior
Internalizante	-0,22	25	0,82
Externalizante	-0,23	25	0,81

Los resultados indican que las diferencias no son estadísticamente significativas para los síntomas internalizantes y externalizantes en función del género.

Para establecer si el número de síntomas internalizantes y externalizantes varía en función de la pertenencia al grupo control y a los subtipos TDAH-I y TDAH-C se realizó un análisis estadístico descriptivo (Tabla 5) para las variables evaluadas en función de la pertenencia al grupo control, grupo clínico subtipo TDAH-I o grupo clínico subtipo TDAH-C.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de síntomas internalizantes y externalizantes, en función del subtipo de TDAH.

		Media	DE	Mínimo	Máximo
Internalizante	TDAH-I	14,00	9,46	1	25
	TDAH-C	14,50	9,05	5	39
	CONTROL	8,27	4,28	1	19
Externalizante	TDAH-I	13,00	7,02	3	21
	TDAH-C	22,75	9,80	8	47
	CONTROL	9,03	6,54	0	22

Los resultados del análisis descriptivo, demuestran que los niños de ambos subtipos del TDAH obtienen desempeños semejantes en los síntomas internalizantes, aunque inferiores a los niños del grupo control. En cambio para los síntomas externalizantes se observa que si bien ambos subtipos alcanzas puntajes por encima del grupo control, el subtipo TDAH-I presenta un número inferior de síntomas respecto al subtipo TDAH-C.

Con el objeto de analizar si las diferencias son significativas en el número de síntomas internalizantes y externalizantes, en función de la pertenencia a los subtipos clínicos TDAH-I y TDAH-C se utilizó la prueba T de Student (Tabla 6).

Tabla 6. Prueba T según subtipo TDAH-C y TDAH-I.

	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Internalizante	0,39	0,53	-0,12	25	0,90
Externalizante	0,27	0,60	-2,40	25	0,02

Se puede observar que entre el grupo clínico subtipo TDAH-I y TDAH-C las diferencias son estadísticamente significativas para síntomas externalizantes, donde el subtipo TDAH-C presenta mayor dificultad comportamental.

Discusión y Conclusiones

El objetivo general del estudio fue analizar y comparar síntomas internalizantes y externalizantes en niños con y sin diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El mismo forma parte de un estudio mayor en el cual se están analizando variables sociales, cognitivas, comportamentales y emocionales de niños con diagnóstico de TDAH.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo permitirían confirmar las hipótesis de que los niños que padecen TDAH presentan mayor número de síntomas de problemas comportamentales, en comparación con los niños que no lo padecen y que existiría una diferencia entre los subtipos de TDAH y no así de acuerdo al género de los niños. Los resultados hallados son concordantes con lo reportado por bibliografía especializada. A partir de los resultados analizados se puede concluir que los niños con TDAH presentan más síntomas internalizantes y externalizantes que lo esperable para niños con un desarrollo similar, y que el subtipo TDAH-C se relaciona con mayor cantidad de síntomas externalizantes. Considerar las comorbilidades asociadas con el TDAH es importante para ser considerado al momento de iniciar el proceso diagnóstico, ya que posibilita un adecuado diagnóstico diferencial y la planificación de un tratamiento integral del niño adaptado a sus necesidades y problemáticas comportamentales.

Referencias

- Arcos-Burgos, M., & Acosta M.T. (2007). Tuning major gene variants conditioning human behaviour: the anachronism of ADHD. *Current Opinion in Genetics & Development*, 17, 234-8.
- Artigas Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T.E., Spencer, T. J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., & Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Academy Child Adolescence Psychiatry*, 39, 1045-1053.
- Biederman, J., Heiligenstein, J., Faries, D., Galil, N., Dittman, R., Emslie, G., Kratochvil, C., Laws, H. & Schuh, K. (2002). Efficacy of Atomoxetine versus Placebo in school-age girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 10(6), 75.
- 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.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2004). Síndrome de Tourette: análisis de la comorbilidad y sus tratamientos específicos. *Revista de Neurología*, 38(1), 124-130.
- De la Peña, F., Palacio, J. D., & Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(1), 93-98.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder attention-deficit hyperactivity disorder without hyperactivity: A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit hyperactivity disorder with hyperactivity. *Development and Psychopathology*, 17, 807-825.
- Etchepareborda, M. C., Díaz Lucero, A., & de Ramón, I. (2011). Diagnóstico del TDAH. En: Etchepareborda, M. C. *TDAH + FE : trastorno por déficit de atención con*

- hiperactividad y de las funciones ejecutivas : abordaje interdisciplinar* (37-43). Buenos Aires: El autor.
- Faraone S. V., Perlis R. H., Doyle A. E., Smoller J. W., Goralnick, J. J., & Holmgren, M. A. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57*, 1313-23.
- Holguín Acosta, J., & Cornejo Ochoa, W. (2008). Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TDAH: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta Neurología Colombia*, *24*(1), 51-57.
- López Villalobos, J., Serrano Pintado, I., & Sánchez Mateos, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, *16*(3), 402-407.
- Lopez Villalobos, J., Serrano Pintado, I., & Sanchez Mateos, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, *16*(3), 402-407.
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology International *Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(3), 847-862.
- Mulas, F., Etchepareborda, M. C., Abad Mas, L., Diaz Lucero, A., Hernandez, S., de la Osa, A., Pascuale, M. J., & Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, *43*(1), 71-81.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 942-948.
- Ramos-Loyo, J., Taracena, A. M., Sánchez-Loyo, L. M., Matute, E., & González-Garrido, A. A. (2011). Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo en Pruebas Neuropsicológicas y en el Contexto Social en Niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, *11*(1), 1-16.
- Ramtekkar U.P., Reiersen A. M., Todorov A. A., & Todd R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-IV and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*, 217-28.
- Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J. M., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A. M., Martínez Rivera, M. T., & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, *11*(42), 251-270.
- Roselló, B., Amado, L., & Bo, R. M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, *1*, 181-192.
- Samaniego, V. (1998). *El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años*. Buenos Aires: Informe Final UBACYT Mimeo.
- Santos, L. F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *26*(4), 717-724.
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(6), 631-642.

- Urzúa A, Domic M, Cerda A, Ramos M, Quiroz J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría* 80 (4): 332-338.
- Valdizán, J.R., Mercado, E. & Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44(Supl 2), 27-30.