TESIS
PS998
T6

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

COMORBILIDAD EXISTENTE EN EL TRASTORNO DEFICITARIO DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y EL TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE

Trabajo de investigación presentado por:

María Alejandra Torres

a la
Escuela de Psicología
Como un requisito parcial para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesor guía:
Silvana Campagnaro de Solorzano

Caracas, Julio de 1998

INDICE

Pág.

Resumen.....ix

Introducción.....10

Bases Teóricas.....13

Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad.....13

Trastorno Oposicionista Desafiante.....26

Dificultades de Aprendizaje.....31

Comorbilidad.....35

Método.....51

Problema.....51

Hipótesis.....51

Definición de variables.....51

Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad.....51

Dificultades de Aprendizaje.....52

Trastorno Oposicionista Desafiante.....53

Variables a controlar.....53

Edad.....53

Sexo.....53

Nivel socioeconómico.....53

Tipo de Investigación.....54

Diseño muestral.....55

Instrumento.....56

Procedimiento.....57

Análisis de Resultados.....59

Discusión de Resultados.....87

Conclusiones.....100

Limitaciones.....102

Recomendaciones.....103

Referencias Bibliográficas.....104

Anexos.....114

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla Nº 1. Estadísticos Descriptivos del factor Inatención en la muestra clínica....61
Tabla Nº 2. Estadísticos Descriptivos del factor Inatención en la población general....61
Tabla Nº 3. Estadísticos Descriptivos del factor Impulsividad en la muestra clínica....63
Tabla Nº 4. Estadísticos Descriptivos del factor Impulsividad en la población general....63
Tabla Nº 5. Estadísticos Descriptivos del factor Hiperactividad en la muestra clínica....65
Tabla Nº 6. Estadísticos Descriptivos del factor Hiperactividad en la población general....65
Tabla Nº 7. Estadísticos Descriptivos del factor Oposicionista Desafiante en la muestra clínica....67
Tabla Nº 8. Estadísticos Descriptivos del factor Oposicionista Desafiante en la población general....67
Tabla Nº 9. Estadísticos Descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la lectura en la muestra clínica....69
Tabla Nº 10. Estadísticos Descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la lectura en la población general....69
Tabla Nº 11. Estadísticos Descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la escritura en la muestra clínica....71
Tabla Nº 12. Estadísticos Descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la escritura en la población general....71
Tabla Nº 13. Estadísticos Descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para el cálculo en la muestra clínica....73

Pág.

Tabla Nº 14. Estadísticos Descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para el cálculo en la población general.....73
Tabla Nº 15. Correlaciones entre los factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH, en la muestra clínica y en la población general, versión hogar 76
Tabla Nº16. Correlaciones entre los factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH en la muestra clínica y en la población general, versión escuela 76
Tabla Nº 17. Análisis de Diferencias de Medias entre el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado, con Dificultad de Aprendizaje para la lectura en la versión escuela.....78
Tabla Nº 18. Análisis de Diferencias de Medias entre el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado, con el factor Oposicionista Desafiante
en la versión escuela.....78
Tabla Nº 19. Porcentajes de prevalencia de los factores que componen la Escala de Calificación diferencial del TDAH (ESCADITA), en la muestra clínica.....81
Tabla Nº 20. Porcentajes de prevalencia de los factores que componen la Escala de Calificación diferencial del TDAH (ESCADITA), en la población general.....81
Tabla Nº 21. Porcentajes de prevalencia de los tipos de Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad en
la muestra de niños diagnosticados.....83

Pág.

Tabla Nº 22. Porcentajes de prevalencia del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado, conformado por los factores inatención, hiperactividad e impulsividad, con DA y el TOD.....84
Tabla Nº 23. Porcentajes de prevalencia del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad con predominio del déficit de Atención, con DA y el TOD.....85
Tabla Nº 24. Porcentajes de prevalencia del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad tipo hiperactivo-impulsivo con DA y el TOD.....86

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA) versión hogar y versión escuela.

Anexo B. Encuesta de datos adicionales.

Anexo C. Estadísticos Descriptivos. Gráficos de Tallo y Hoja.

Anexo D. Correlaciones entre los factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH, en la muestra clínica y en la población general, versión hogar y escuela.

Anexo E. Correlaciones entre los factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA), controlando: género, nivel socioeconómico y herencia, versión hogar y versión escuela.

Anexo F. Análisis de varianza para la variable edad.

Anexo G. Análisis de Diferencias de Medias entre el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad tipo combinado, versión hogar y versión escuela.

Anexo H. Porcentajes de prevalencia del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad con DA y el TOD, versión hogar y versión escuela.

RESUMEN

El propósito de la presente investigación, consistió en identificar el grado en que el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad (TDAH) ocurre conjuntamente con Dificultades de Aprendizaje (DA) y el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD); para ello, se exploró en una muestra de niños diagnosticados con el TDAH, en edades comprendidas entre los 6-12 años, la posible existencia o no de estos trastornos comorbidos, utilizando la escala de calificación diferencial del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (ESCADITA), versión hogar y escuela, elaborada por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997).

Para el logró de este objetivo, se procedió, a hacer un análisis descriptivo de los factores que componen el test; a obtener correlaciones entre los factores, y a la vez, correlaciones parciales entre las variables: edad, nivel socioeconómico, género y herencia; se realizó un análisis de diferencias de medias y se obtuvieron tasas de prevalencia entre los factores que componen la escala.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, permiten concluir que el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad tiende a co-ocurrir con el TOD y DA.

De está forma, se evidenció una asociación entre el TDAH con predominio del Déficit de Atención y Dificultades de Aprendizaje; y entre el TDAH, tipo hiperactivo-impulsivo y el Trastorno Oposicionista Desafiante.

Por último, no se encontró diferencias en relación al sexo, edad, nivel socioeconómico y la posible influencia de la herencia.

INTRODUCCION

Durante los últimos años, un área que ha sido de especial interés para la Psicopatología es el estudio de los trastornos conductuales en niños, debido a la alta incidencia que muchos de ellos presentan.

La presencia de algún tipo de trastorno conductual afecta tanto el desenvolvimiento como el desarrollo del niño en cualquier ámbito al que éste se enfrente familiar, social, escolar; es por ello, que la Psicopatología Infantil se ha encargado tanto del estudio de los trastornos conductuales como de los factores psicológicos, educativos y de desarrollo que intervienen en cada uno de ellos.

El problema al que comúnmente se enfrenta la Psicopatología Infantil es la manifestación de dos o más trastornos diferentes que ocurren (co-ocurren) en un mismo individuo, lo que es conocido como comorbilidad (Manga, Fournier y Navarronda, 1995).

El solapamiento entre condiciones tiene gran importancia debido a que existe evidencia de comorbilidad de múltiples trastornos emocionales y conductuales en niños, adolescentes y adultos (Cantwell, 1996).

Desde una perspectiva de desarrollo, los trastornos comorbidos pueden reflejar expresiones amórficas y no específicas de psicopatología en niños en contraste a la mayor claridad de presentación clínica articulada por niños y adolescentes. La frontera entre los problemas de trastornos, pueden deberse a muchas respuestas tempranas no específicas. Sin embargo, la comorbilidad también puede ser debida a una influencia del desarrollo, siendo así, un fenómeno transitorio. De está manera, la expresión de un trastorno puede cambiar con la edad o el estado de desarrollo y las tempranas o tardías manifestaciones de una condición subordinada puede co-ocurrir durante la transición mientras los cambios de la sintomatología se producen desde lo más temprana a su más tardía forma (Achenbach, 1995).

Además, un trastorno puede ser la temprana manifestación de otro, surgiendo una psicopatología que puede interferir con el desarrollo apropiado de la adquisición de habilidades sociales y académicas, las cuales pueden repercutir en la niñez tardía y adolescencia. Como resultado, un segundo o tercer trastorno comorbido puede desarrollarse cuando los problemas tempranos aún no se resuelven (Achenbach, 1995).

Debido a ello, las investigaciones recientemente están abocadas a encontrar las posibles etiologías, factores comorbidos que se presentan cuando ocurre un trastorno y otro, para así ayudar a descubrir los mecanismos de desarrollo relevantes de la psicopatología, ya que la presencia de este solapamiento de condiciones complica los procesos de diagnóstico y puede tener un impacto en la historia natural del niño; por lo cual es necesario poder identificar cada uno de los factores comorbidos que pudieran ocurrir en un individuo para poder entender la conducta del niño en un momento determinado y tomar las medidas preventivas necesarias y poder llegar a intervenciones terapéuticas adecuadas (Cantwell, 1996).

Entre los trastornos conductuales, uno de los trastornos con mayor evidencia empírica de ocurrir conjuntamente con otros trastornos, es el Trastornos Deficitario de Atención con Hiperactividad (Cantwell, 1996).

Se ha encontrado, por ejemplo, en otros contextos culturales la existencia de comorbilidad entre el Trastorno Deficitario de Atención con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante, en los Estados Unidos entre el 19 y el 26% de niños con el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad tiene al menos un tipo de Dificultad de Aprendizaje, y existe además, una fuerte asociación con los trastornos antisociales como el Trastorno de Conducta (TC) y el Trastorno Oposicionista Desafiante, tanto clínicamente (50%) como en los datos reportados en la población (30 - 50 %) (Schachar y Tannock, 1995).

En Venezuela se ha estudiado el Trastornos Deficitario de Atención con Hiperactividad (Rodríguez, Yépez y Campagnaro, 1997), pero la concurrencia con

otros trastornos no ha sido estudiada, por lo que la presente investigación pretende identificar el grado en que el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad ocurre conjuntamente con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante.

BASES TEÓRICAS

En el presente estudio se expondrá en primer lugar, las características diagnósticas, subtipos, prevalencia, curso, síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo de: el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad, el Trastorno Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje; en segundo lugar, se mostrará la evidencia recolectada en las distintas investigaciones acerca de la comorbilidad del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad con el Trastorno Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje.

TRASTORNO DEFICITARIO DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El término empleado para referirse a niños que presentan deficiencias significativas en la atención sostenida, control de impulsos, en la regulación del nivel de actividad y respuestas a las demandas situacionales ha cambiado a través del tiempo (Barkley y Mash, 1996).

En 1902, las ciencias médicas comenzaron a estudiar a los niños que mostraban falta de atención, impulsividad e hiperactividad, los clínicos centraron su interés en la definición del trastorno, en base a sus causas orgánicas, aparentemente asociado a una disfunción cerebral, producto de lesiones a nivel del sistema nervioso central, tales como traumas e infecciones, denominándolo síndrome del niño hiperactivo o síndrome de daño orgánico cerebral (Barkley, 1990).

Desde está época el trastorno se ha conocido con numerosos nombres, tales como Disfunción Mínima del Cerebro, Reacción Hiperquinética de la Infancia y Déficit de Atención, nombre que se le da por la principal dificultad que presentaban los niños en mantener la atención (Barkley, 1990).

El primer manual de Diagnóstico y Estadísticas (DSM) en 1957, no reconoce el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad, pero en 1968, el DSM-II, introduce la categoría de "Reacción Hiperquinética de la infancia", describiéndolo como un

trastorno unitario, caracterizado por excesivos niveles de actividad (Morgan, Hall, Hynd y Riccio,1996).

En 1980, el diagnóstico de bajo nivel de Atención se reconoció oficialmente en la Tercera Edición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas (DSM III), donde se definió la categoría del trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDA con H) como tridimensional, lo cual implicaba que estuvieran presentes combinaciones de síntomas en las dimensiones de inatención, impulsividad e hiperactividad. Además, se creó una nueva categoría diagnóstica denominada trastorno deficitario de atención sin hiperactividad (TDA sin H), con el mismo criterio del TDA excepto que no se presentaban los síntomas de hiperactividad, permitiendo de está manera realizar diagnósticos diferenciales de la hiperactividad de otros trastornos psiquiátricos (Barkley, 1990).

En la revisión del DSM-III (1987), se consideró el trastorno de atención como un constructo unitario, que se categorizó como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que presentaba un conjunto de manifestaciones diferentes (Barkley, 1990).

La cuarta edición del DSM (1994) contempló una conceptualización bidimensional del trastorno, con síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad. El trastorno se categorizo en tres subtipos, que dependían de la presencia de los síntomas: (a) TDAH predominantemente inatento, (b) TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo, y (c) TDAH tipo combinado.

De está forma, es definido por el DSM-IV (1994) como "un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar" (pág. 82).

Para ser diagnosticado el TDAH deben cumplirse los siguientes criterios:

A.- La presencia de (1) o la presencia de (2):

1. Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han persistido como mínimo durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa o incoherente con el nivel de desarrollo:

Inatención:

a) A menudo no presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido como mínimo durante seis meses en un grado desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

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

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

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

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

e) A menudo está en movimiento, o suele actuar como si tuviera un motor.

f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

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

b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

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

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

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

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

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

Códigos basados en el tipo:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos seis meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos seis meses.

Algunos investigadores, por ejemplo Teicher, Barber, Glod y Yutaka (1996) Morgan y cols. (1996) Barkley y Mash (1996) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) Eiraldi, Nezu y Power (1997) argumentan a partir de la evidencia encontrada en sus investigaciones, que la integración elaborada por el DSM-IV (1994) entre las conductas hiperactivas-impulsivas es la más apropiada, ya que permite por un lado, la agrupación de conductas de actividad motora excesiva e impulsivas, y por el otro, permite diferenciar aquellos niños que en su mayoría presentan conductas inatentas.

En está misma línea de investigación, Baumgaertel, Dietrich y Wolraich (1995) Wolraich, Baumgaertel, Brown, Hannah y Pinnock (1995) Gaub y Carlson (1997) encontraron en sus investigaciones que en la población general, el TDAH con predominio del Déficit de Atención, presenta porcentajes de prevalencia más altos en comparación con los otros dos subtipos del TDAH.

Al contrario de está posición, en el DSM-IV (1994) Biederman, Faraone, Park, Rater, Russel y Weber (1997) Faraone, Biederman, Rusel y Weber (1998) plantean que el TDAH tipo combinado, presenta mayores índices de prevalencia 44.9% y 61% respectivamente, en comparación con el TDAH predominio del Déficit de Atención, que obtuvo porcentajes de 22.7% y 30% respectivamente y el tipo hiperactivo-impulsivo que obtuvo porcentajes de 6.9% y 9% respectivamente . Esta diferencia en los resultados puede ser debida a diferencias metodológicas, como los criterios utilizados para definir el trastornos y los instrumentos con los que se evalúan la presencia del mismo (Baumgaertel, Dietrich y Wolraich, 1995; Wolraich y cols., 1996; Gaub y Carlson, 1997; Biederman y cols., 1997).

En este sentido, Morgan y cols. (1996), utilizando una muestra clínica, validaron los subtipos del TDAH del DSM-IV, tanto del predominio del déficit de atención, como del predominio combinado (conformado por los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad), comparándolo con los diagnósticos anteriores del DSM, específicamente del DSM-III TDA y del DSM-III-R TDAH, encontrando que los niños con predominio del déficit de atención y los niños con TDAH tipo combinado no difirieron en edad, en medidas de inteligencia y rendimiento académico. Sin embargo, muchos casos de dificultades de aprendizaje en matemáticas surgieron en el grupo de niños del subtipo del déficit de atención. Mientras que los niños pertenecientes al subtipo combinado presentaron en las listas de chequeo elaboradas por padres y maestros, altas puntuaciones en relación a trastornos de exteriorización, delincuencia y agresión.

Estos mismos resultados, fueron encontrados por Faraone y cols. (1998) al validar los subtipos del TDAH del DSM-IV en una muestra clínica, los hallazgos indican que los niños que presentan el TDAH tipo combinado (conformado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad), tienden a mostrar más deterioro en relación a conductas de aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, delincuencia y problemas continuos, en comparación con el TDAH predominantemente inatento y el tipo hiperactivo-impulsivo. El grupo de niños con TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo, mostró más problemas de interacción social y conductas agresivas, mientras que el grupo de niños con TDAH del predominio inatento, requiere más ayuda extra en el colegio.

Esta breve recopilación de investigaciones, muestra en gran parte, la evidencia recolectada en relación a la integración elaborada por el DSM-IV (1994) acerca de las conductas características del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad.

Barkley (1995) definió el TDAH como deficiencias relacionadas con el desarrollo en la regulación y mantenimiento de la conducta mediante reglas y consecuencias. Estas deficiencias dan origen a problemas con la inhibición, inicio o mantenimiento de respuestas a tareas o estímulos y con el adherimiento a reglas o

instrucciones, particularmente en situaciones donde las consecuencias para esa conducta son demoradas, débiles o no existen. Las deficiencias son evidentes en la niñez temprana y son probablemente crónicas en naturaleza. Aún cuando ellos pueden mejorar con la maduración neurológica, los déficits persisten en comparación con niños normales de la misma edad, cuya ejecución en estás áreas también mejora con el desarrollo.

Así mismo, Barkley (1995), postuló un modelo teórico acerca de la conceptualización del TDAH, donde el componente central y fundamental dentro de la teoría de las funciones ejecutivas implicadas en el TDAH es la inhibición conductual.

La inhibición permite la ejecución eficiente de cuatro funciones: autorregulación del afecto (impulso y motivación), reconstitución (análisis-síntesis), internalización del lenguaje y prolongación/memoria de trabajo, las cuales hacen posible la autorregulación.

En el TDAH, una interrupción en el rendimiento eficiente de una de estas cuatro funciones ejecutivas, conlleva a una limitación en la capacidad de autorregulación, como consecuencia, se produce un deterioro en los mecanismos de autorregulación, en la dirección, planificación y organización de la conducta a través del tiempo y en la efectividad y adaptación social.

Es necesario para comprender el funcionamiento de los niños con TDAH, considerar como la dificultad en la inhibición conductual se manifiesta en las funciones ejecutivas:

Memoria de trabajo/prolongación:

El déficit en la inhibición de la conducta genera deficiencias en la prolongación y la memoria de trabajo, que se manifiesta en la capacidad de organizar, prevenir y de percibir las consecuencias de los eventos antes de que estos ocurran, además de, una disminución del sentido subjetivo del tiempo y formas particulares de olvido.

Autorregulación del afecto:

Los niños con TDAH permanecen inmaduros en la regulación de sus emociones como consecuencia de la deficiencia en la inhibición conductual, lo que ocasiona: que no sean capaces de postergar sus reacciones emocionales por un período suficiente, disminución de la habilidad para motivarse por si mismos de manera que puedan alcanzar sus metas y una reacción emocional elevada ante los eventos.

Internalización del lenguaje:

Los niños con TDAH tienden a manifestar un habla excesiva, impulsividad al actuar, desorganización y una disminución de la influencia del lenguaje autodirigido para controlar su propia conducta.

Reconstitución (análisis - síntesis):

Los niños con TDAH tienen disminuido la capacidad de análisis y síntesis, en la formación de respuestas al medio ambiente. Así como también, una disminución en la capacidad para generar alternativas al servicio de conductas dirigidas a metas.

Este modelo teórico, propuesto por Barkley (1995), provee la base para la mayoría de las recomendaciones de tratamiento del trastorno deficitario de atención con hiperactividad, ya que lo considera como un trastorno de autocontrol y del comportamiento organizativo y directivo hacia el futuro. Así mismo, Barkley (1995) argumenta que una de las consideraciones en el tratamiento es la etiología del trastorno; al respecto, plantea que no está claramente determinada, ya que no se han encontrado causas primarias que expliquen el TDAH.

Estos mismos planteamientos son compartidos por Cantwell (1996) donde propone que para una comprensión final etiológica del TDA se deben tomar en cuenta la acción recíproca entre factores psicosociales y biológicos.

En este sentido, los factores que explican la sintomatología del trastorno, se agrupan en: genéticos, neurológicos, ambientales y psicosociales.

Factores genéticos:

Se ha encontrado que entre el 20 y el 32 por ciento de los padres y parientes de los niños con TDAH también sufren del trastorno. Además, se evidencia altos rangos de psicopatología, particularmente depresión, alcoholismo, problemas de conducta e hiperactividad (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991; Biederman, Ablon, Davis, Faraone, Guite, Kiely, Mick, Milberger, Reed y Warburton, 1995).

Las evidencias en las diferentes investigaciones sugirieren que el TDAH puede ser un trastorno de naturaleza hereditaria, la heredabilidad es estimada entre un .55 hasta .92, aunque, no se ha encontrado ningún gen como responsable del TDAH. (Cantwell,1996; Sherman, Iacono y McGue, 1997).

Factores neurológicos:

Manga, Fournier y Navarronda (1995) plantearon que los mecanismos cerebrales de activación de los lóbulos frontales parecían jugar un papel decisivo a través de su influjo sobre el sistema activador reticular del mesencéfalo, del cual depende el tono cortical óptimo para el procesamiento del imput y para la programación y regulación de la conducta.

De la misma manera, diversos estudios, como los propuestos por Seidman, Benedict, Biederman, Faraone, Guite, Kiely, Mick, Milberger, Norman y Seiverd (1995) Mattes, 1980; Benton, 1991 (cp. Barkley, 1996) reportaron consistentemente las semejanzas entre los síntomas del TDAH y aquellos producidos por las lesiones y daños en el lóbulo frontal, específicamente en la corteza prefrontal.

En este sentido, los niños y adultos que sufrían daños en la región prefrontal mostraban déficits en la atención sostenida, inhibición, regulación de la emoción y motivación, así como también en la capacidad para organizar la conducta a través del tiempo Fuster, 1989; Gratan y Eslinger, 1991; Stuss y Benson, 1986 (cp. Barkley,

1996). Otra posibilidad, es que el trastorno puede resultar de una deficiencia de los neurotrasmisores como la dopamina y la norepinefrina (Sarason y Sarason, 1996).

McMahon (1984 cp. Manga, Fournier y Navarronda, 1995) planteó que los rasgos centrales del trastorno de hiperactividad estaban relacionados con el nivel de activación fisiológico característico de los niños, Sistema Activador Reticular (SAR). La disfunción primaria en los niños hiperactivos consistía en la infraactivación del SAR. Según esta interpretación los niños hiperactivos contaban con bajos niveles de descarga procedentes de la formación reticular sobre la actividad eléctrica cortical.

Factores ambientales:

Los eventos biológicos se consideran factores de riesgos de la conducta hiperactiva y de inatención, tales como: complicaciones pre - peri y postnatales, desnutrición, enfermedades, traumas, el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, ciertas toxinas del ambiente, tales como aditivos alimenticios, azúcares refinadas y alergénicos y otros eventos comprometedores neurológicamente que podían ocurrir durante el desarrollo del sistema nervioso central antes y después del nacimiento (Sprich-Buckminster, Biederman, Faraone, Krifcher y Milberger, 1993; Barkley, 1996).

Factores psicosociales:

Se ha reportado problemas de interacción familiar en los niños con TDAH. Se encontró, que los conflictos en interacción con las madres eran más comunes en niños menores que en niños mayores con TDAH. Además, se encontró mayores incumplimientos, desobediencias y verbalizaciones en las familias de adolescentes con TDAH en comparación con las familias de adolescentes normales (Cantwell, 1996).

Así mismo, entre las diferentes investigaciones que han tomado en consideración los factores que explican la sintomatología del trastorno, se ha encontrado que el TDA es uno de los trastornos más importantes que presentan niños y adolescentes tanto en tratamiento psiquiátrico como en la población general, debido

a los altos índices de prevalencia, por ejemplo: en la población general la prevalencia estimada es aproximadamente entre 3 a 5% en niños en edad escolar (DSM-IV, 1994; Teicher y cols., 1996; Cantwell, 1996).

A pesar de ello, ocurren variaciones en los rangos de prevalencia entre distintos países, lo que probablemente sea producto de que las prácticas y los métodos diagnósticos son distintos, y no necesariamente a diferencias en la presentación clínica del cuadro (DSM-IV, 1994).

Al respecto, Cantwell (1996) plantea que los clínicos utilizan diferentes herramientas para el diagnóstico del TDAH, incluyendo entrevistas a padres y maestros, observaciones de padres e hijos, listas de chequeos, exámenes neurológicos, físicos y tests de inteligencia.

En este sentido, Baurmeister (1992) propone que las calificaciones de los maestros son consideradas una medida valiosa en el diagnóstico y tratamiento de los niños con TDAH, debido a que los síntomas pueden ser mínimos o ausentes en el consultorio clínico donde se este evaluando el niño, ya que éste es una novedad para él, por ello, la información que proveen los maestro, puede ayudar en la determinación clínica de cuales síntomas están presentes.

Así mismo, las diferentes investigaciones plantean que puede existir discordancias entre las calificaciones expuestas por los padres y maestros, ya que la estructura, exigencias y tareas a realizar en ambos ambientes (hogar y escuela) son diferentes, por lo que las expectativas y percepción del comportamiento esperado varía de padres a maestros; así mismo, las conductas desplegadas en un momento dado son diferentes de un ambiente a otro, y la manifestación conductual presentada en la casa no necesariamente debe ocurrir en la escuela (DSM-III-R, 1987; Barkley, 1990; Bauermeister 1992).

Al mismo tiempo, Edelbrok y Achenbach (1984) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) proponen que los maestros pueden hacer observaciones más

objetivas y fiables que los padres, ya que tienen un mayor conocimiento de las conductas esperadas para cada nivel de edad.

Del mismo modo, en las diferentes investigaciones se consideran variables como: nivel socioeconómico, edad y género. Al respecto, en la literatura se evidencia, resultados inconsistentes entre la relación del TDAH y el NSE; por un lado, se plantean diferencias en relación a la presencia o no del TDAH en función del nivel socioeconómico, Lambert (1978 cp. Barkley, 1996) Rodríguez Yépez y Campagnaro (1997) y por el otro, no se observan diferencias significativas entre los tres niveles socioeconómicos (Faraone, Biederman, Chen, Milberger, Tsuang y Warburton, 1995).

Al respecto, Barkley (1996) plantea que la presencia en los niños del TDAH se da por igual en todas las clases sociales y que las diferencias en las tasas de prevalencia entre las diferentes investigaciones, pueden deberse a los artificios de las fuentes utilizadas.

En relación al género, el DSM-IV (1994) plantea que el trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón a hembra que oscilan entre 4:1 y 9:1, en función de la población si es general o clínica. En este sentido, Gaub y Carlson (1997) encontraron que los niños identificados con TDAH en la población general, presentaban mayores niveles de inatención, mayores conductas de internalización y mayores niveles de agresión que las niñas con TDAH.

En contraposición, Szatmari (1992 cp. Barkley, 1996) al igual que Bauermeister (1992), argumentan que el género no se asocia con la ocurrencia del TDAH ni con sus condiciones comórbidas; así mismo, proponen una explicación a las diferencias encontradas en las investigaciones, planteando que los varones son identificados con mayor porcentaje de prevalencia del TDAH en comparación con las hembras, como producto de un artificio en función de la aplicación de los criterios diagnósticos utilizados.

En relación a la edad, Barkley y Mash (1996) plantean que es difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los cuatro o cinco años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad. Debido a ello, generalmente es diagnosticado por primera vez, en los años de edad escolar, aproximadamente a los 6-7 años, cuando queda afectada la adaptación al medio escolar (DSM-IV, 1994).

En este sentido, Carlson, Gaub y Tamm (1997) plantean que los síntomas del trastorno incrementan la severidad a medida que el niño crece; manteniéndose relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia. En muchos sujetos los síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta, aunque una minoría experimenta el cuadro sintomático completo del TDAH en la edad adulta. Otros adultos pueden mantener sólo algunos de los síntomas, en cuyo caso debe utilizarse el diagnóstico de TDAH en remisión parcial (DSM-IV, 1994).

TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE (TOD):

Los comportamientos en los cuales existe un patrón repetitivo de negativismo, desobediencia y hostilidad por parte del niño hacia las figuras de autoridad, ha sido estudiado a través de los años. Levi (1955 cp. Rey, 1993) definió este tipo de conducta negativista como el rechazo a los requerimientos de la autoridad o una actitud de contrariedad hacia los demás por medio de su voluntad.

El Grupo de Avance de Psiquiatría en (1966 cp. Rey, 1993) elaboró esas ideas y remplazo el término de "pasividad-agresividad del Trastorno de Personalidad" planteado hasta el momento, con el de Trastorno Oposicionista de Personalidad, para describir a niños que expresan agresividad a través de conductas oposicionistas. Además, fue descrito con distintos nombres, "conducta antisocial", "agresividad social" y "trastorno de conducta", por diversos autores, como Patterson, 1974; Whaler, 1969 (cp. McMahon y Wells, 1989).

En 1980, la Tercera Edición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas (DSM III) introduce el Trastorno Oposicionista en la categoría de trastornos usualmente evidenciados en la primera infancia, la intención fue capturar las tempranas manifestaciones de la agresividad, conductas antisociales que son exhibidas en la primera infancia (Barkley y Mash, 1996). Niños o adolescentes son descritos por manifestar persistentemente comportamientos de desobediencia, negativismo y provocaciones a las figuras de autoridad, manifestado por lo menos en dos de los siguientes síntomas: violaciones de reglas menores, actitudes agresivas, muy demostrativo, conductas provocativas y testarudez.

Siete años después, en la revisión del DSM III, se cambia el nombre a Trastorno Oposicionista Desafiante, y junto con el Trastorno de Conducta y el Trastorno Deficitario de Atención e Hyperactividad, se colocan bajo el título de Trastornos de Conductas Disruptivas. El número de criterios diagnósticos fue incrementado a nueve con la adición de: culpas a otros debido a sus propios errores, quisquilloso, bravo, resentido, enojado y vengativo. En ambos, el DSM III y el DSM III-

R, el diagnóstico de Trastorno Oposicionista Desafiante puede ser hecho sólo en ausencia del Trastorno de Conducta.

Al respecto, Biederman, Newcorn y Sprich (1991); DSM-IV (1994); Hersen y Ammerman (1995); Barkley y Mash (1996); Sarason y Sarason (1996); Clarizio (1997) reportan que en una proporción significativa de casos el TOD constituye un antecedente del Trastorno de Conducta.

Dos opciones fueron propuestas por el DSM-IV (1994), en la primera alternativa, se mantiene la distinción del Trastorno Oposicionista Desafiante y el Trastorno de Conducta, mientras que en la segunda, se conceptualiza ambos trastornos como parte de una misma dimensión con tres niveles de severidad: el Trastorno Oposicionista Desafiante puede corresponder al nivel 1 (menos severo) mientras que el Trastorno de Conducta puede corresponder a los otros dos niveles (Frick, Chist, Green, Hart, Lahey, Loeber, y Stouthamer-Loeber 1991a; Kuhne, Schachar y Tannock, 1997).

Este breve resumen histórico muestra que el Trastorno Oposicionista Desafiante ha sufrido una transformación conceptual, desde un trastorno caracterizado principalmente por la oposición a los requerimientos o expectativas de las figuras de autoridad a un modelo de enojo, agresividad o comportamiento negativo (Rey, 1993).

El DSM-IV (1994) define al TOD como "un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad" (pág. 96), siendo más frecuente y grave que el comportamiento observado típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo similar.

Para diagnosticar el TOD deben cumplirse los siguientes criterios:

A.- Un patrón recurrente de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (ó más) de los siguientes comportamientos:

1) A menudo se encoleriza o incurre en pataletas.

2) A menudo discute con adultos.

3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir con sus demandas.

4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas.

5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.

6) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.

7) A menudo es colérico o resentido.

8) A menudo es rencoroso o vengativo.

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

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno de conducta, y, si el sujeto tiene 18 años ó más, tampoco los de trastorno disocial de personalidad.

Existen múltiples factores que parecen aumentar las probabilidades de que un niño desarrolle un trastorno conductual, estos incluyen componentes tanto genéticos como ambientales, pudiendo presentarse solos o en combinación (Rey, 1993; Hersen y Ammerman,1995).

Entre los factores biológicos se encuentran:

La hipótesis que plantea que el trastorno parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno psiquiátrico: de personalidad, disocial, del estado de ánimo, trastorno Oposicionista

desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno por consumo de sustancias. Algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos con TOD, a pesar de ello, aún no está claro en que medida la depresión materna es el resultado del comportamiento Oposicionista en los niños. (Schachar y Wachsmuth, 1990; Rey, 1993; DSM-IV, 1994; Hersen y Ammerman,1995).

Otra posibilidad, la constituye los factores psicosociales:

Se ha encontrado, que la interacción entre padres e hijos pueden aumentar la probabilidad de ocurrencia del trastorno, debido al trato cotidiano, el nivel de exigencias impuestas al niño, la exagerada atención que los padres adoptan ante ciertas situaciones provocadas por el niño, puede licitar, reforzar y contribuir al mantenimiento del comportamiento no complaciente del niño. Además, el trastorno parece ser más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves. (Wahler, 1990; Wenar, 1994; Speltz, DeKlyen, Dryden y Greenberg, 1995; Hersen y Ammerman,1995; Sarason y Sarason, 1996).

En está línea de investigación, los diferentes estudios reportan que los trastornos conductuales son los que ocurren con más frecuencia en la niñez, el Trastorno Oposicionista Desafiante, varía en cada grupo de edad y en cada estudio, por ejemplo: en la población general, ocurre desde un 2% a 16% (McMahon y Wells, 1989; Sarason y Sarason, 1996) y en muestras clínicas tienden a ocurrir desde un 30% a 60% (McMahon y Wells, 1989).

En este sentido, la mayoría de las investigaciones acerca de las tasas de prevalencia conducidos con niños, reportan que el trastorno es mucho más frecuente en varones que en hembras, con proporciones varón a hembra que oscilan desde 1.5:1 a 10:1 (Rey, 1993); estos mismos rangos pueden variar en porcentaje entre 6% y 10% para varones y 2% a 9% para hembras, esto varía en función de la población, si es general o clínica (McMahon y Wells, 1989; Barkley y Mash, 1996; Carlson, Gaub y Tamm, 1997).

Igualmente, el DSM-IV (1994), reporta que los varones tienden a ser más afectados que las hembras en la pubertad, pero probablemente las tasas se igualen más tarde, siendo los síntomas similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes.

En relación a las tasas de prevalencia en función del calificador, Carlson, Gaub y Tamm (1997) reportan que la tasa de prevalencia es mayor para los maestros en comparación con los padres, ya que los maestros trabajan e interactuan con los niños en un ambiente relativamente estructurado, por lo que los niños tienden a mostrar estás conductas negativistas con mayor frecuencia en el colegio, generalmente antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia, el curso es típicamente gradual, y suele mantenerse a lo largo de meses o años (DSM-IV,1994).

Así mismo, McMahon y Wells (1989) Wahler (1990) Hersen y Ammerman (1995) reportan que aproximadamente el 40% de niños diagnosticados con Trastornos de Conducta, tienen mayor probabilidad de sufrir una personalidad antisocial en la adultez, o tendencia al deterioro en variables como: ajuste ocupacional, relaciones conyugales y participación social, entre otros.

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE (DA):

A través de los años, han existido diversos estudios que han servido de base para lo que hoy en día se conoce con el nombre de Dificultades de Aprendizaje. Entre los años de 1800 a 1930, las investigaciones neurológicas permitieron comprender la conducta de los adultos afectados cerebralmente, diferentes estudios como por ejemplo el de Head (1926 cp. Campagnaro, 1994), que trabajó con pacientes afásicos, propuso que aquellos pacientes con daño cerebral que le producían dificultades en el lenguaje no se les afectaba la capacidad intelectual general.

Entre los años 1930 y 1980, aparecen las teorías perceptivomotoras y se le asignan a los problemas del lenguaje y de aprendizaje, diferentes nombres como: Daño Cerebral, Disfunción Mínima, Síndrome de Strauss, entre otros; el término Dificultades de Aprendizaje, se utilizó por primera vez en el año de 1963 (Campagnaro, 1994).

Desde los años '80 a la fase actual, se le ha dado importancia a las investigaciones referentes a esta área, surgiendo nuevas teorías explicativas, programas de intervención precisos y clarificación en la definición (Campagnaro, 1994).

Según Hammil (1990) las dificultades de aprendizaje son:

> Un grupo heterogéneo de trastornos, manifestado por dificultades significativas en la adquisición y uso de habilidades necesarias para comprender y expresar el lenguaje oral, leer, escribir, calcular o razonar. Estos trastornos pueden ser intrínsecos del individuo, posiblemente debido a una disfunción del sistema nervioso central y puede ocurrir en cualquier momento del ciclo vital de una persona. Pueden también ser extrínsecos, especialmente en individuos con desventajas en su estimulación ambiental: social, psicológica y educativa. Pueden coexistir dificultades en la conducta de autorregulación, percepción social, interacción social, pero ellas en sí solas no constituyen una dificultad de aprendizaje. Son excluidos de esta categoría aquellos individuos diagnosticados con retardo mental, impedimentos visuales y auditivos, o con

problemas emocionales severos, pero no son excluidos aquellos individuos con diferencias culturales, de instrucción deficiente o carenciados ambientalmente (pág 7).

Las bases de este trastorno están consideradas por una parte, provenientes de la condición interna del niño, como por ejemplo: una distorsión, inmadurez, impedimento, dificultad o incapacidad, pero además de estás causas, los factores ambientales pueden generar dificultades de aprendizaje, sin que necesariamente haya una predisposición o desajuste interno (Campagnaro, 1994).

Entre los factores internos se encuentran:

Daño cerebral: Este daño puede ocurrir antes, durante o después del parto, pudiendo ocasionar una alteración en el sistema nervioso central, afectando el procesamiento de la información y retardando o haciendo más difícil el aprendizaje.

Herencia: En familias donde se ha presentado el problema tienen más probabilidades de tener dificultades para aprender.

Irregularidades bioquímicas: Los impulsos electroquímicos son los que hacen que los estímulos lleguen a través de los canales nerviosos al cerebro y allí se procesa la información, y si el balance bioquímico no está equilibrado, la manera en que el cerebro procesa la información se altera. Además, déficits de vitaminas, exceso de ingesta de azúcares, trastornos de la tiroides y efecto de sustancias psicotrópicas, pueden ser otras posibles causas de las DA.

Entre las causas ambientales se encuentran: la desnutrición, la subestimulación ambiental, la severa deprivación sensorial y las fallas de instrucción educativa en niños.

Las dificultades de aprendizaje según Kirk y Gallagher, (1989) se clasifican en:

- Dificultades evolutivas de aprendizaje: son desviaciones en el desarrollo normal de las funciones psicológicas y lingüísticas, las cuales incluyen deficiencias en los pre-requisitos necesarios para aprender las asignaturas académicas, tales como habilidades motoras, perceptivas, atención, memoria, lenguaje y pensamiento. Estas dificultades evolutivas afectan el aprendizaje de la lectura, escritura y matemática, se desarrollan antes o durante los años del preescolar, los niños con tales dificultades requieren de apoyo y estrategias de enseñanza para que las puedan adquirir.

- Dificultades específicas del aprendizaje académico: se encuentra inhibido el proceso de aprendizaje de la lectura, escritura y matemática, además de, estar afectadas las estrategias cognitivas para adquirir información; éstas habilidades se adquieren en los primeros grados de la escuela básica, observándose una clara diferencia entre el potencial y rendimiento.

- Dificultades específicas en el uso de las estrategias cognitivas de aprendizaje: se relaciona con la incapacidad de atender, organizar y recordar información académica, ésta dificultad se presenta en la segunda y tercera etapa de la escuela básica (Campagnaro, 1994).

Se ha encontrado en diferentes investigaciones, que dificultades de aprendizaje (lectura, escritura o cálculo), es uno de los diagnósticos frecuentes en niños en edad escolar (Barkley, 1996).

A pesar de ello, la prevalencia es difícil de establecer porque muchos estudios sobre dificultades de aprendizaje, se llevan a cabo sin la debida separación entre dificultades en lectura, el cálculo o la expresión escrita (DSM-IV, 1994).

En está línea de investigación, Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) Barkley y Mash (1996) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) encontraron en sus estudios, tasas de prevalencia mayores en DA para la lectura en comparación con la escritura y

el cálculo, por lo que argumentan que la DA para la lectura es el problema más frecuente en la niñez que el resto de las dificultades de aprendizaje.

Así mismo, Wenar (1994) Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) indican, primero, que los maestros están más capacitados que los padres para detectar los errores que pudiera cometer el niño como indicadores de un problema grave, en el medio escolar, y segundo, que DA para la lectura es una de las dificultades en el aprendizaje más comunes en la niñez, y que su importancia radica en que es la base para el resto del aprendizaje. A su vez, Lerner (1989 cp. Gillis y Defries, 1995) sugiere que aproximadamente el 80% de los estudiantes con DA para la lectura, experimentan problemas con la escritura.

Del mismo modo, estos resultados concuerdan con lo planteado por Barkley (1996) quien sugiere que las nuevas investigaciones en dificultades de aprendizaje indican, que sino todos, al menos, la mayoría de los niños con DA para la lectura tienen problemas por lo menos con un componente de dificultades de escritura, por ejemplo: ortografía, vocabulario, letra, entre otros.

Al respecto, Campagnaro (1994) plantea que el aprendizaje de la escritura sólo es posible en la medida en que el niño ha consolidado la lectura, o lo que es lo mismo, sólo se puede escribir lo que se puede leer.

Es por ello, que si el trastorno de la lectura y el trastorno del cálculo, se encuentran asociados a un CI elevado, el niño puede rendir de acuerdo a sus compañeros durante los primeros cursos y el trastorno puede no ponerse de manifiesto por completo hasta el cuarto curso o incluso posteriormente; además, si se procede a una identificación e intervención temprana del trastorno del cálculo, el pronóstico es satisfactorio en un porcentaje significativos de casos, aunque el trastorno de la lectura, puede persistir durante toda la vida. El trastorno de la expresión escrita ocasionalmente se puede observar en niños mayores o adultos, sabiéndose muy poco de su pronóstico a largo plazo (DSM-IV,1994).

COMORBILIDAD

El concepto de comorbilidad tiene su origen en la medicina, Feinstein (1970 cp. Gillis y DeFries, 1995) lo define como una entidad clínica adicional distinta que tiene existencia o que puede ocurrir durante el curso clínico de una enfermedad en un paciente. De este modo el término original se refiere a la coexistencia de distintos trastornos que pueden envolver separadas fenomenologías, patologías, o etiologías (Gillis y DeFries, 1995).

Algunos investigadores, por ejemplo Lilienfeld (1994 cp. Barkley y Mash, 1996) argumenta que el término es totalmente inadecuado porque no distingue con exactitud entre manifestaciones vistas en medicina (enfermedades) y condiciones latentes descritas en la salud mental (síndromes y trastornos).

En este sentido, Manga, Fournier y Navarronda (1995), plantean que el término comorbilidad puede ser entendido de dos formas, como el solapamiento de síntomas en un mismo individuo o como la manifestación de dos o más trastornos diferentes que ocurren (co-ocurren) en un mismo individuo.

Desde los años '70, se han realizado diversas investigaciones para entender y diferenciar los distintos trastornos, identificando para ello las posibles causas, curso y pronóstico de los mismos; al respecto, Stewart y Morrison (1973 cp. Biederman, Newcorn y Sprich, 1991) en una investigación, buscaron comparar la influencia de los factores biológicos vs. factores ambientales en niños que presentaban TDA y trastornos del humor. Así mismo, Ackerman, Elardo y Dykman (1979 cp. Biederman, Newcorn y Sprich, 1991) realizaron un estudio psicosocial para comparar la hiperactividad y dificultades de aprendizaje en niños, encontrando que entre ambos trastornos podría existir una etiología común.

A partir de los años '80 aumentan las investigaciones para el estudio de los trastornos que co-ocurren en un mismo individuo, ya que la comorbilidad reflejaba procesos patogénicos subyacentes y esto podía tener implicaciones para una mejor

comprensión del progreso y tratamiento de los trastornos comorbidos (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991).

En este sentido, las investigaciones en los diferentes países se realizaron tanto en muestras epidemiológicas, Bird, Canino, Rubio y Riberay, 1988; Esser, Schmidt y Woerner, 1990 (cp. Nottelman y Jensen, 1995) en Puerto Rico y Alemania, respectivamente, encontrando en el primer estudio existencia de comorbilidad entre el Trastorno Oposicionista Desafiante y el Trastorno Deficitario de Atención, con una tasa de prevalencia de 41.2% y en el segundo estudio, al paso de 5 años una prevalencia de los trastornos emocionales y conductuales de 17.8%; como en muestras clínicas, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987 cp. Nottelman y Jensen,1995) en Nueva Zelanda, quienes encontraron una comorbilidad entre el Trastorno Oposicionista Desafiante y el Trastorno Deficitario de Atención de 45.8%.

Se han planteado diferentes posturas teóricas acerca de la existencia de comorbilidad entre los diferentes trastornos (Schachar y Tannock, 1995, Gillis y DeFries, 1995), entre las principales se encuentran:

Una primera postura la cual plantea que la presencia de un trastorno incrementa la probabilidad de aparición del segundo trastorno.

Está postura es compartida por Abikoff y Klein (1992) quienes realizaron una investigación con el objetivo de distinguir las características de solapamiento del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad y el Trastorno de Conducta o Trastorno Oposicionista Desafiante, (para efectos del estudio estos dos últimos son considerados como el mismo trastorno) concluyendo que la aparición del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad es un factor de riesgo para que surja luego el Trastorno de Conducta o Trastorno Oposicionista Desafiante, pudiendo existir una posible interacción entre la perturbación en el control de impulsos y las debilidades psicosociales lo que pudiera ser un factor de riesgo en el desarrollo del Trastorno de Conducta o el Trastorno Oposicionista Desafiante en niños con el Trastorno Deficitario de Atención.

En está misma línea de investigación, Bauermeister (1992) reportó a partir de los resultados de su investigación, que una temprana aparición de TDAH puede predisponer a los niños hacia ciertos tipos de conductas negativistas; específicamente, encontró una asociación entre el factor Impulsividad del TDAH y el Trastorno Oposicionista Desafiante; al mismo tiempo, indicó que los síntomas característicos del TOD frecuentemente se catalogaban como conductas agresivas y son identificadas en niños diagnosticados con TDAH.

Así mismo, Bird, Gould y Staghezza (1993) Wodrich (1994) investigaron los modelos diagnósticos de comorbilidad, encontrando que el TDAH incrementa la probabilidad de ocurrencia del TC ó del TOD, ya que la pobre regulación de la conducta que es característica de los déficits de control de los niños con TDAH se relacionan con el Trastorno de Conducta o el Trastorno Oposicionista Desafiante; agregan además, que los tempranos déficits atencionales en la niñez pueden incrementar la probabilidad de ocurrencia de trastornos conductuales en la adolescencia.

Estos mismos lineamientos los comparten Schachar y Tannock (1995), al estudiar las bases de la comorbilidad del TDAH y el Trastorno de Conducta, donde plantean que el grupo de comorbilidad presenta los déficits del control ejecutivo, el desarrollo demorado y las dificultades de lectura del grupo TDAH puro, además, presenta las adversidades psicosociales y dificultades de aritmética del grupo de TC puro, concluyendo que la presencia de uno incrementa la probabilidad de aparición del otro; basándose en que las circunstancias hostiles del ambiente asociadas a las conductas antisociales pueden incrementar la probabilidad de demoras en el desarrollo y deficiencias cognitivas asociadas a los mecanismos neurobiológicos.

Argumentan además, que recíprocamente la impulsividad, la pobre regulación de la conducta que es característica de los déficits de control de los niños con TDAH puede requerir estructura adicional del ambiente donde se desenvuelve el niño, de está manera se puede incrementar el riesgo de desarrollar conductas inadecuadas en función del ambiente, proponiendo que las adversidades psicosociales son centrales

para el desarrollo de trastornos conductuales y trastornos conductuales + Trastorno Deficitario de Atención con hiperactividad.

Hersen y Ammerman (1995) Barkley y Mash (1996) comparte esta misma postura, planteando que la presencia de TDAH incrementa la posibilidad de la presencia del Trastorno de Conducta y el Trastorno de Conducta Oposicionista Desafiante (TOD); lo que puede deberse a que la aparición temprana de problemas de atención, tiene una interacción con las adversidades familiares y con un bajo CI verbal, que son características de los modelos de conductas antisociales, lo que significa que el funcionamiento cognitivo y las variables psicosociales impulsan el riesgo para la comorbilidad de estos trastornos.

Eiraldi, Nezu y Power (1997) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) Faraone y cols. (1998) investigaron los posibles trastornos comorbidos de los subtipos del TDAH, es decir, del tipo combinado, el tipo hiperactivo-impulsivo y el tipo predominantemente inatento, concluyendo que los niños con el TDAH del tipo combinado y del tipo impulsivo/hiperactivo son más propensos para que surja luego un TC ó TOD; además, éstos niños, son calificados por padres y maestros con la presencia de conductas agresivas, desobedientes, exhibiendo también, altos niveles de actividad motora y deficiencias en el control de impulsos en comparación con los niños del predominio por déficit de atención.

En relación a Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad, Frick, Kamphaus, Lahey y Loeber (1991b), concluyen que la presencia de TDAH en el niño puede incrementar la probabilidad de ocurrencia de Dificultades de Aprendizaje, proponiendo futuras investigaciones debido a que la asociación entre ambos trastornos no parece estar clara, a pesar de ello, plantean una posible explicación que es que las conductas asociadas al TDAH influyen en el niño para que éste alcance su potencial.

Así mismo, Semrud-Clikeman, Biederman, Faraone, Krifcher, Norman y Sprich-Buckminster (1992), encontraron que la presencia del TDAH en niños es un factor de

riesgo para que surja luego las DA; se basaron en tres explicaciones propuestas por Keogh (1971 cp. Semrud-Clikeman y cols., 1992). La primera, se refiere a que los niños con TDAH pueden presentar DA debido a que comparten una disfunción neurológica; la segunda, plantea que a partir de la excesiva actividad de los niños con TDAH, puede interferir con la entrada de nuevos aprendizajes; y, por último, que la rapidez con que los niños con TDAH responden al ambiente, hace que tengan pobres habilidades para resolver los problemas.

A esta misma conclusión, acerca de TDAH y DA, llegaron Wood y Felton (1994 cp. Barkley y Mash, 1996) Wolraich y cols. (1996) proponiendo que una temprana aparición de TDAH puede predisponer a los niños hacia ciertos tipos de problemas de lectura, lo cual pudiera estar asociado a la existencia de una etiología genética o una desorganización cognitiva en común.

Una segunda posición, plantea que la presencia de un trastorno u otro, o la presencia de un trastorno más otro, refleja un único trastorno con similares factores de riesgo (el desarrollo, cognitivo y psicosocial) difiriendo sólo en las manifestaciones, como por ejemplo: el curso o severidad.

Clarkin y Kendall (1992) argumentan que los niños con trastornos de comorbilidad entre el TDAH y TC o TOD presentan una mayor severidad de los síntomas y una peor ejecución en las tareas que los niños que presentan el TDAH sólo o el TC/TOD sólo, debido a que exhiben las características de ambos trastornos: bajo CI y ejecución académica (característicos de los niños con TDAH), pobre supervisión parental y rechazo por parte de la madre (característicos de los niños con TC/TOD).

Szatmari, Offord, Siegel, Finlayson y Tuff (1990 cp. Schachar y Tannock, 1995) Nottelman y Jensen (1995) plantean que el grupo de comorbilidad (TDAH + TC) exhiben mayores déficits cognitivos, problemas de lectura y un desarrollo demorado en comparación con el grupo de TDAH; además, presentan conductas antisociales y

problemas en aritmética en mayor medida que el grupo de TC, de está manera éste grupo presenta las mismas conductas pero en mayor severidad.

En está misma línea de investigación, MacDonald y Achenbach (1996) Biederman, Chen, Faraone, Greene, Jetton, Mick, Milberger, y Russell, R. (1996) Taylor, Chadwick, Danckaerts y Heptinstall (1996) encontraron: primero, el grupo TDAH + TC o TDAH + TOD presentó mayores niveles de agresividad, conductas antisociales, irresponsabilidad y problemas de atención en comparación que el grupo TDAH sólo o los grupos de TC o TOD solos; es decir, presentó las características de ambos trastornos, pero en mayor severidad; segundo, la presencia de ambos trastornos es un factor de riesgo para la persistencia de problemas de conducta en la adolescencia.

A esta misma conclusión llegaron August, Crosby, MacDonald, Nugent, y Realmuto (1996), agregando además que el grupo de TOD + TDAH, en comparación con el grupo TDAH solo o TOD solo, mostraban un rendimiento académico más bajo, mayores niveles de conductas disruptivas y madres con métodos de enseñanza ineficaces.

Carlson, Gaub y Tamm (1997) argumentan que los niños con trastornos de comorbilidad entre el TDAH y TC o TOD presentan una peor ejecución en las tareas, debido a que exhiben significativamente conductas menos apropiadas, mayores problemas de conductas de internalización, externalización y mayores problemas sociales que los niños que presentan el TDAH solo o el TC/TOD solo; además, encontraron diferencias significativas en relación al sexo, para ambos grupos de TDAH y TC o TOD, los varones mostraron mayor severidad en los síntomas y en la agresividad que las hembras, en adición, a pesar de que las hembras enseñan conductas más apropiadas y pequeños problemas de atención, parecen ser mas infelices que los varones.

Una tercera postura argumenta que la condición de comorbilidad es una condición distinta, la cual difiere de ambos trastornos puros.

Biederman, Newcorn y Sprich (1991) realizaron una recopilación de estudios empíricos de la literatura psiquiátrica y psicológica, encontrando considerable soporte de la existencia de comorbilidad del TDAH con el TOD (considerándose el TC y el TOD en una sola categoría de conductas antisociales), concluyendo que niños con TDAH más el TOD parecen tener una forma distinta y severa de Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad, planteando de este modo que la condición de comorbilidad es una condición distinta, la cual difiere de ambos trastornos puros.

A está misma conclusión llegaron Jensen, Cantwell y Martin (1997), agregando además que el grupo TDAH+TC/TOD se caracteriza por presentar un bajo CI, dificultades de lectura y escritura y evidencia de deficiencia neurológica; también, los resultados sugieren que el curso y el pronóstico es peor en las condiciones de comorbilidad, debido a que presentan pobres interacciones padres - hijos, peor ejecución escolar, dificultades en las conductas para el manejo de automóviles y riesgo para presentar un trastorno disocial o de abuso de sustancias; por último, concluyen que los niños con TDAH+TOD responden menos al tratamiento, por lo cual sugieren que requieren doble tratamiento: uno, para los problemas atencionales y, dos, para las características conductuales disruptivas/agresivas, por ejemplo: medicación y terapia conductual (Frankel, Cantwell, Feinberg y Myatt, 1997).

Kuhne, Schachar y Tannock (1997) plantean que los grupos TDAH+TOD y TDAH+TC exhiben mayores déficits cognitivos, problemas de lectura y un desarrollo demorado en comparación con el grupo de TDAH; pero el grupo TDAH+TOD parece tener más fortalezas académicas, una elevada percepción de competencia escolar y mayores conductas de aislamiento y retraimiento en comparación con los niños con TDAH+TC, a partir de estos resultados los autores sugieren, que la condición TDAH+TOD es una condición intermedia entre niños con TDAH y niños con TDAH+TC, por lo que su experiencia de vida es diferente, y de allí, la necesidad de una intervención específica para estos grupos.

Y, por último, una cuarta posición argumenta que una condición puede producir una sintomatología igual al otro trastorno pero sin las características o deficiencias fundamentales del segundo, lo que es llamado hipótesis de fenocopiado.

Pennington, Groisser y Welsh (1993) concluyen en su investigación que está es la hipótesis más adecuada, a partir de los resultados obtenidos en la comparación del desarrollo de las Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad, encontrando que el grupo de TDAH presentó una peor ejecución en las funciones ejecutivas, en comparación con los grupos TDAH + DA y DA solo, los cuales no difieren significativamente el uno del otro, exhibiendo una ejecución normal; estos a su vez, obtuvieron en común: madres con bajo nivel educacional, más miembros en su familia que tienen abuso de alcohol/drogas y tratamientos de salud mental, más niños en clases especiales en la escuela y mayores puntuaciones en la escala de delincuencia.

Así mismo, Pisecco, Baker, Brooke y Silva (1996) encontraron que niños con el TDAH+DA pueden presentar diferentes conductas en la casa y en la escuela; en este sentido, los reportes hechos por los padres, revelan que las conductas de los niños con TDAH fueron más marcadas que las conductas de los niños con TDAH+DA y los niños con DA; esto sugiere que las conductas manifestadas por los niños en la casa son primeramente atribuidas al TDAH, en cambio, en la escuela, los niños con TDAH+DA y los niños con DA rindieron mejor que los niños con TDAH, lo que indica una sintomatología igual al otro trastorno, pero sin las características o deficiencias fundamentales del segundo.

En está misma línea de investigación, Halperin, Koda, Knott, MacKay, Newcorn y Pick (1997a) compararon a niños con TDAH con y sin DA; encontrando que los niños con TDAH y DA se caracterizan fundamentalmente por déficits de atención, lingüísticos y fonológicos; en contraste, los niños con TDAH sin DA se caracterizan por su gran impulsividad y déficits marcados en las funciones ejecutivas, lo cual está más asociado a la corteza prefrontal; estos datos sugieren que el grupo

del TDAH+DA presenta una sintomatología igual al grupo del TDAH pero sin las deficiencias básicas de éste.

En la presente investigación, se asumirá la postura de Frick y cols. (1991b) Abikoff y Klein (1992) Bauermeister (1992) Semrud-Clikeman y cols. (1992) Bird, Gould y Staghezza (1993) Wodrich (1994) Wood y Felton (1994 cp. Barkley y Mash, 1996) Schachar y Tannock (1995) Hersen y Ammerman (1995) Wolraich y cols. (1996) Eiraldi, Nezu y Power (1997) y Faraone y cols. (1998) acerca de que una temprana aparición del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad puede predisponer a los niños a presentar Dificultades de Aprendizaje o el Trastorno Oposicionista Desafiante.

El solapamiento entre el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad y Dificultades de aprendizaje en la niñez, es consistentemente reportado en la literatura, tanto en la población general como en muestras clínicas; en este sentido, Wolraich y cols. (1996) reportan tasas de prevalencia entre un 25 y 30% entre el TDAH con predominio del Déficit de Atención y Dificultades de Aprendizaje.

Al mismo tiempo, Morgan y cols. (1996) utilizando una muestra clínica, reportan porcentajes de prevalencia entre los dos trastornos que van desde un 19% a un 26%. Estos mismos resultados, fueron encontrados por Semrud-Clikeman y cols. (1992) Jensen, Cantwell y Martin (1997), en una muestra clínica, al estudiar la comorbilidad en el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad, los datos indican una co-ocurrencia del TDA y Dificultades de Aprendizaje entre 17% y 15% respectivamente.

En este sentido, Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) Carlson, Gaub y Tamm (1997) a partir de las estimaciones por parte de padres y maestros reportaron en su estudio, tasas de prevalencia mayores para el TDAH conformado por los factores: inatención, impulsividad e hiperactividad en comparación con Dificultades de Aprendizaje. Específicamente, las tasas de prevalencia más altas se encontraron para

los factores impulsividad e hiperactividad, lo que puede deberse a lo ruidosas y salientes que son éstas conductas (Schachar, Rutter y Sanderg, 1986).

De está forma, las diferentes investigaciones, reportan que la comorbilidad entre el Trastorno Deficitario de Atención y Dificultades de Aprendizaje ocurre desde un 10% hasta un 92%, está variabilidad es debido a la diferencia en los criterios utilizados para definir ambos trastornos, la muestra utilizada, y los instrumentos con que se evalúan la presencia de los trastornos, porque cada posible explicación tiene diferentes implicaciones no sólo para la práctica clínica sino también para el desarrollo de las teorías (Biederman, Newcorn y Sprich,1991; Hinshaw, 1992; Semrud-Clikeman y cols., 1992; Pennington, Groisser y Welsh, 1993; Shaywitz, Fletchter y Shaywitz, 1995; Barkley y Mash, 1996; Pisecco y cols.,1996; Jensen, Cantwell y Martin, 1997).

Es posible que en algunos casos DA y TDAH puedan co-ocurrir porque compartan una etiología común, de tipo genética, ambiental o neurológica Rutter y cols. (1990 cp. Gilber, Defries y Pennington, 1992).

Entre las teorías que proponen una etiología común de tipo genético o ambiental se encuentran la de Gilber, Defries y Pennington (1992) quienes realizaron un estudio con gemelos, para identificar los componentes genéticos y ambientales de la comorbilidad entre el TDAH y DA, encontrando que los dos trastornos se trasmiten independientemente en las familias, aunque algunos subtipos de trastornos de lectura puede estar asociado con el TDAH en algunos casos debido a que comparten una etiología genética. Esto es consistente con las investigaciones que sugieren que una temprana aparición del TDAH puede predisponer a los niños hacia cierto tipos de problemas de lectura Wood y Felton (1994 cp. Barkley y Mash, 1996).

En está misma línea de investigación, pero visto desde otro supuesto, Faraone, Biederman, Chen, Keenan, Kolodny, Kraus, Krifcher, Norman, Seidman, y Perrin (1993), realizaron un estudio para clarificar la relación entre el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad y Dificultades de Aprendizaje, concluyendo

que ambos trastornos son transmitidos independientemente en las familias y la concurrencia (comorbilidad) puede ser debida al apareamiento no casual.

Una teoría que propone una explicación cognitiva es la planteada por Pennington, Groisser y Welsh (1993), al comparar en su investigación el desarrollo de Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad, encontrando que el grupo de TDAH solo y el grupo de DA solo representan dos síndromes clínicos distintos y los procesos cognitivos fundamentales (procesos fonológicos y funciones de ejecución) son separados en TDAH y DA; ya que el grupo de TDAH presentó deterioro en las funciones ejecutivas, pero no en los procesos fonológicos, mientras que el grupo de DA mostró deterioro en los procesos fonológicos pero no en las funciones ejecutivas.

Estos mismos lineamientos los comparten Stanford y Hynd (1994) al estudiar la sintomatología conductual de niños con TDAH, TDA sin hiperactividad y DA, donde plantean que existe evidencia al menos de dos dominios que se asocian a los sub-tipos del TDAH: el cognitivo que se asocia con el TDA sin hiperactividad y el conductual que se asocia con el TDAH.

Los resultados de este estudio indican que la co-ocurrencia de TDA sin hiperactividad y DA se debe al dominio cognitivo, a pesar de que las dificultades en ambos trastornos son por causas diferentes, en el TDA sin hiperactividad son producto de un déficit atencional y en DA son producto a déficits en el procesamiento, padres y maestros reportan que los niños con DA y el TDA tiene dificultad en permanecer en las tareas. El grupo de TDA sin hiperactividad presentó inactividad, aislamiento social, pobre organización de las habilidades, letargo y dificultades de aprendizaje; características conductuales semejantes al grupo de DA, en contraste con los niños diagnosticados con TDA/H, quienes frecuentemente muestran conductas disruptivas y agresividad, lo cual se relaciona con el dominio conductual.

Concluyen de esta forma, que el grupo de TDAH solo y el grupo de DA solo, representan dos síndromes clínicos distintos y, a pesar de que puede existir dificultad en los procesos cognitivos fundamentales, estas son diferentes para cada grupo.

Así mismo, Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) basándose en los dominios que se asocian a los sub-tipos del TDAH, el cognitivo que se asocia con el sub-tipo predominante inatento y el conductual que se asocia con el sub-tipo hiperactivo/impulsivo, consideran que a partir de estos dos sub-tipos se podía plantear la relación con otros trastornos.

La dominancia cognitiva y el sub-tipo de inatención del TDAH se asocia con DA, específicamente con dificultad en matemática y en la lectura; mientras que el dominio conductual y el sub-tipo hiperactivo/impulsivo se asocia con las conductas antisociales; concluyendo que el TDAH y las DA son claramente distinguibles el uno del otro, debido a que DA representa un trastorno del funcionamiento cognitivo, mientras que el TDAH es un trastorno de dominancia conductual.

A su vez, esto es congruente con las investigaciones de Wolraich y cols. (1996) quienes argumentan que las actividades académicas están relacionadas con el subtipo inatento del TDAH. Igualmente, estos planteamientos son similares a los encontrados en los estudios de Morgan y cols. (1996) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997), acerca de una asociación entre Dificultad de Aprendizaje y el TDAH predominio del déficit de atención.

Existen, además, teorías enfocadas en los factores neurológicos, Branch, Cohen, y Hynd (1995) examinaron la influencia de la disfunción neuropsicológica del hemisferio derecho vs. el izquierdo en DA y TDAH, concluyendo que la disfunción en el hemisferio derecho puede estar asociada con un componente específico del TDAH como lo es la impulsividad, pero no necesariamente con el trastorno completo, sin embargo, los datos de la escala de calificación de conducta y la frecuencia de diagnóstico del TDAH no difirieron para los grupos de disfunción del hemisferio

izquierdo y derecho; para los grupos de DA se encontró una peor ejecución en aritmética en los grupos de disfunción del hemisferio izquierdo.

Por otro lado, diferentes investigaciones reportan que el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad y el Trastorno Oposicionista Desafiante, tienden a ocurrir juntos entre un 20 y un 60% de los casos, tanto en la población general como en muestras clínicas (Barkley, 1990; Biederman, Newcorn y Sprich,1991; Rey, 1993; Wodrich, 1994; Schachar y Tannock, 1995; Nottelman y Jensen,1995; August y cols.,1996; Fletcher, Barkley, Fischer y Smallish, 1996; Barkley y Mash, 1996; Carlson, Gaub y Tamm, 1997; Jensen, Cantwell y Martin, 1997). Además, los estudios epidemiológicos han planteado que aproximadamente entre un 20% y un 50% de los niños diagnosticados con TDAH, son también diagnosticados con TC/TOD (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991; Keller, Beardslee, Biederman, Lavori, Roth, Schwartz y Wunder, 1992; Rey, 1993; Offord, Alder y Boyle, 1992 cp. Barkley y Mash, 1996; Wolraich y cols.,1996; Jensen, Cantwell y Martin, 1997; Carlson, Gaub y Tamm, 1997).

En este sentido, Morgan y cols. (1996) encontraron en su investigación, una tasa de prevalencia de 19.23% en niños diagnosticados con TDAH del tipo combinado y el Trastorno Oposicionista Desafiante. Así mismo, Eiraldi, Nezu y Power (1997), utilizando una muestra clínica, reportan un porcentaje de prevalencia de 19% entre el TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo y el Trastorno Oposicionista Desafiante. Al mismo tiempo, Faraone y cols. (1998) reportan tasas de prevalencia entre 7.9% y 20.6%, en relación al TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo y el TOD.

La frecuente co-existencia de condiciones puede contribuir seriamente al desarrollo del trastorno en curso, un niño con TDAH que presente a la vez el TOD, aumenta el riesgo de que la ejecución académica disminuya, que se presenten dificultades en las relaciones interpersonales, o que presente algún tipo de características que comúnmente acompañan a dicho trastorno (Keller y cols., 1992).

Es por ello, que para entender las bases de la comorbilidad entre el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad y el Trastorno Oposicionista Desafiante es importante comprender la etiología de las dos condiciones, las investigaciones prácticas y las teorías del desarrollo psicopatológico (August y cols.,1996).

Las diferentes investigaciones se plantean si el TDAH y el TOD son trastornos distintos o bien un subtipo de un mismo trastorno, es decir, si los factores de inatención - hiperactividad y problemas de conducta - agresión son independientes o no (Biederman, Newcorn y Sprich,1991; Manga, Fournier y Navarronda, 1995).

Entre las posturas que lo plantean como trastornos diferentes se encuentran la de Loney, Kramer y Milich (1981 cp. Biederman, Newcorn y Sprich, 1991), quienes realizaron un estudio donde encontraron que el TDAH puro, era correlacionado con déficits cognitivos y académicos, mientras que el TC o TOD puro, correlacionaba significativamente con la conducta agresiva y delincuente en la adolescencia, de está manera los síntomas de hiperactividad y agresión no estaban correlacionados y mostraban diferentes patrones de validez concurrente y predictiva. Estos resultados sugirieron que estos trastornos constituían dimensiones separadas.

Así mismo, lo plantean Nottelman y Jensen (1995) Manga, Fournier y Navarronda (1995) quienes argumentan que el TOD y el TDAH son parcialmente trastornos independientes, ya que parecen existir factores etiológicos diferentes para cada uno de estos dos trastornos. El TOD se caracteriza por un comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, habiéndose encontrado relación significativa del TOD con disfunción psiquiátrica familiar, relación que no se da en casos de TDAH sólo.

Estos mismos planteamientos los comparten Schachar y Tannock (1995), quienes concluyen, a partir de su investigación, que los dos síndromes reflejan procesos fundamentales específicos; el TDAH pero no TC está asociado con déficits cognitivos, un desarrollo demorado y problemas de lectura; en contraste, el TC, pero no TDAH, está asociado con conductas antisociales y problemas en aritmética.

Al contrario de está posición, Campbell y Werry, 1986; Quay, Routh y Shapiro, 1987 (cp. Biederman, Newcorn y Sprich, 1991) encontraron que el TDAH y TC/TOD eran indistinguibles el uno del otro, ya que el medir y/o diagnosticar cualquiera de los dos trastornos era suficiente y la identificación del otro trastorno no aportaba información adicional. Proponiendo además, que las similitudes entre los niños con TDAH y con TC/TOD, frecuentemente se reportaban en los estudios de correlaciones, pronóstico y respuesta a tratamientos y que no existían diferencias substanciales en cuanto a factores psicosociales, de desarrollo neurológico y perinatal, entre niños con TDAH y TC/TOD (Campbell y Werry, 1986; Quay, 1987; cp. Biederman, Newcorn y Sprich, 1991).

Está misma posición es asumida por Abikoff y Klein (1992) Keller y cols. (1992) Wodrich (1994) quienes proponen que el TDAH y el TC/TOD comparten una disfunción común en el sistema nervioso que maximiza los conflictos interpersonales, lo cual facilita el desarrollo de conductas agresivas; siendo la impulsividad la característica clave de ambos trastornos.

Faraone y cols. (1995) Biederman y cols. (1996) Kuhne, Schachar y Tannock (1997) Jensen, Cantwell y Martin (1997) Halperin, Kopstein, McKay, Schwartz, Sharma y Siever (1997b) proponen que familias con antecedentes de trastornos psiquiátricos como: ansiedad, depresión, abuso de sustancias, madres con TDAH, interacciones familiares estresantes: conflictos conyugales, divorcios, son un factor de riesgo para el desarrollo del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad y problemas conductuales.

Aunque el debate entre las dos posiciones continua, la mayoría de la evidencia pareciera indicar que el TDAH y TOD son categorías y/o dimensiones al menos parcialmente independientes; TDAH y TOD difieren no sólo en la características clínicas definitorias, sino también en las variables externas, tales como: pronóstico (disfunción cognitiva para TDAH versus agresión, conducta antisocial, abuso de sustancia, y delincuencia para el TOD), factores etiológicos (agrupación familiar) y correlatos psicosociales y del desarrollo (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991).

Estos planteamientos, acerca de la etiología, desarrollo y comorbilidad del trastorno complican los procesos de prevención, diagnóstico e intervención. Es por esto, que la presente investigación, pretende estudiar la complejidad de dicho trastorno en una muestra de niños identificados primariamente con el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad.

METODO

PROBLEMA:

1. ¿ En qué grado el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad ocurre conjuntamente con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante?.

2. ¿ En que medida la comorbilidad es dependiente de los sub-tipos del TDA?

HIPÓTESIS:

1. El Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad ocurre conjuntamente con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante.

2. Se espera una mayor comorbilidad entre el TDA predominantemente inatento con las DA, mientras que el TDA predominantemente hiperactivo/impulsivo co-ocurre en mayor medida con el TOD.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad:

- Definición conceptual:

Deficiencias relacionadas con el desarrollo en la regulación y mantenimiento de la conducta mediante reglas y consecuencias. Estas deficiencias dan origen a problemas con la inhibición, inicio o mantenimiento de respuestas a tareas o estímulos y con el adherimiento a reglas o instrucciones, particularmente en situaciones donde las consecuencias para esa conducta son demoradas, débiles o no existen. Las deficiencias pueden ser debidas a una inmadurez neurológica, siendo

evidentes en la niñez temprana y son probablemente crónicas en naturaleza (Barkley,1995).

- Definición operacional:

Estimado a través de la Escala de Calificación Diferencial del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (ESCADITA), versión hogar y escuela, elaborada por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997).

Dificultades de Aprendizaje:

- Definición conceptual:

Se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos, manifestado por dificultades significativas en la adquisición y uso de habilidades necesarias para comprender y expresar el lenguaje oral, leer, escribir, calcular o razonar. Estos trastornos pueden ser intrínsecos del individuo, posiblemente debido a una disfunción del sistema nervioso central y puede ocurrir en cualquier momento del ciclo vital de una persona. Pueden también ser extrínsecos, especialmente en individuos con desventajas en su estimulación ambiental: social, psicológica y educativa. Pueden coexistir dificultades en la conducta de autorregulación, percepción social, interacción social, pero ellas en sí solas no constituyen una dificultad de aprendizaje. Son excluidos de esta categoría aquellos individuos diagnosticados con retardo mental, impedimentos visuales y auditivos, o con problemas emocionales severos, pero no son excluidos aquellos individuos con diferencias culturales, de instrucción deficiente o carenciados ambientalmente (Hamil, 1990 cp. Campagnaro, 1994, pág 7).

- Definición operacional:

Estimado a través de la Escala de Calificación Diferencial del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (ESCADITA), versión hogar y escuela, elaborada por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997).

Trastorno Oposicionista Desafiante:

- Definición conceptual:

Un conjunto de comportamientos negativistas, desafiantes, desobedientes y hostiles, dirigidos hacia las figuras de autoridad y que ocurren como un patrón recurrente (DSM-IV, 1994).

- Definición operacional:

Estimado a través de la Escala de Calificación Diferencial del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (ESCADITA), versión hogar y escuela, elaborada por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997).

VARIABLES A CONTROLAR:

Edad:

- Definición operacional:

Niños en edades comprendidas entre los 6 años y 12 años.

Sexo:

- Definición operacional:

Proporciones equitativas entre sujetos del sexo femenino y masculino, donde 1 indica sexo masculino y 2 indica sexo femenino.

Nivel socioeconómico:

- Definición operacional:

Niños pertenecientes a los niveles socioeconómicos alto, medio y bajo, basándose en un único criterio que es la ubicación de la residencia estimado a través del Tabulador de la Universidad Simón Bolívar,. Este método clasifica a los niveles socioeconómicos en cinco categorías:

I. Urbanización exclusivamente residencial (donde el valor del terreno y de la vivienda son elevados).

II. Urbanización residencial bien mantenida, donde la vivienda es cómoda pero el área de construcción resulta bastante cercana a las vecinas.

III. Urbanización residencial con predominio de la construcción vertical, donde pueden encontrarse comercios inclusive talleres y fábricas.

IV. Centro de la ciudad, zonas comerciales y/o industriales, en urbanizaciones de viviendas de interés social o zonas rurales y/o semirurales desarrolladas.

V. Barrios sin planificación, en el cual predominan viviendas construidas irregularmente y con materiales de desecho.

Para fines prácticos, en la siguiente investigación, se consideró el nivel socioeconómico alto conformado por las categorías I y II, como nivel socioeconómico medio la categoría III y como nivel socioeconómico bajo las categorías IV y V.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Está investigación es de tipo ex-post-facto, según Kerlinger (1988) se define como la búsqueda sistemática en el cual el investigador no tiene el control directo de las variables, porque estás ya ocurrieron o porque son inherentes no manipulables, se hacen inferencias sobre relaciones entre ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables: TDAH, DA y TOD. Además, es un estudio descriptivo, para conocer como se comportan las variables que se desean estudiar.

Igualmente es un estudio de campo, ya que se llevó a cabo en su ambiente natural donde se desarrollan los fenómenos. Según Kerlinger (1988) se considera un estudio de campo a los trabajos científicos dirigidos a descubrir las relaciones entre las variables sociológicas, psicológicas y educativas y a la prueba de hipótesis de tipo ex-post-facto, que se llevan a cabo en situaciones vitales, como escuelas, comunidades, organizaciones, entre otras, donde el investigador observa la situación social y luego examina la relaciones entre actitudes, valores, percepciones y/o conductas de los individuos.

Por último, el presente trabajo se enmarco bajo las características de una investigación tipo encuesta, ya que se seleccionó y analizó la muestra elegida de la población para descubrir la incidencia relativa, distribución e interrelaciones de las variables consideradas, mediante el uso de un conjunto de cuestionarios auto-descriptivos (Kerlinger, 1988).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Es un diseño no experimental, caracterizado por Kerlinger (1988) como aquel diseño en que no se pueden manipular variables, ni asignar sujetos al azar porque la naturaleza de las variables es tal que excluye la manipulación, además, es un estudio observacional, donde se utilizó la diferencias de medias.

Finalmente, este diseño es de corte transversal, es decir, los datos se obtienen en una aplicación para cada sujeto de la muestra.

DISEÑO MUESTRAL:

Población:

Todos los niños en edad escolar, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, pertenecientes a la Zona Metropolitana de Caracas, diagnosticados con el Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad, de niveles socioeconómicos alto, medio y bajo.

Muestra:

Para la realización de este trabajo se utilizó una muestra constituida por 55 niños de la Zona Metropolitana de Caracas, en edades comprendidas entre 6 y 12 años de edad, de ambos sexos, de niveles socioeconómicos alto, medio y bajo.

El diseño muestral utilizado es no probabilístico de tipo incidental, ya que las unidades no se escogen por procedimientos al azar o con probabilidades conocidas

de selección y se toman los casos hasta que se complete el número de elementos deseados (Arnau, 1990).

INSTRUMENTO:

El instrumento que se utilizó en está investigación es el siguiente:

Escala de Calificación Diferencial del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (ESCADITA), versión hogar y escuela. (ver anexo A).

La escala construida por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997), se basó en los criterios diagnósticos del DSM-IV (1994), por lo que se considera una escala actualizada, lo que le da objetividad y precisión a los ítems que forman la misma. Esta escala tiene dos versiones, una para el hogar y otra para la escuela. En la primera versión, se obtuvo un índice de consistencia interna de 0.93 y para la segunda de 0.96, lo que hace referencia a la alta confiabilidad del instrumento.

La escala consta de 41 ítems, los primeros 18 ítems corresponden al TDAH, específicamente los ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 miden inatención; los ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12 miden hiperactividad y los ítem 14, 16, 18 miden impulsividad. Los 8 ítems siguientes, del 19 al 26 corresponden al TOD y los ítems restantes corresponden a las DEA. Específicamente del ítems 27 al 31 mide dificultad en la lectura; del ítem 32 al 36 evalúa dificultad en la escritura; y por último del ítem 37 al 41 mide dificultad en matemáticas.

Además, se incluyó una encuesta de datos adicionales, con el fin de obtener información de los posibles factores hereditarios del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad (ver anexo B).

PROCEDIMIENTO:

Una vez planteado el problema, las hipótesis, definidas las variables, se consideró como población a todos los niños en edad escolar, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, pertenecientes a la Zona Metropolitana de Caracas, diagnosticados con el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad.

En este sentido, se procedió a la búsqueda de la muestra, la cual se hizo de dos formas:

1.- Se solicitó ayuda a especialistas: psicólogos y psiquiatras, en el área infantil, con el fin de que permitieran el acceso a los padres de los niños identificados por ellos con el TDAH; para tal fin, se les explicó el objetivo y se le dió información acerca de la investigación.

2.- Se recorrieron todas las instituciones o asociaciones del Area Metropolitana de Caracas que tuvieran alguna afinidad con el trastorno, con el fin de pedirle su colaboración en el contacto con los padres de los niños con TDAH; así mismo, se les explicó el objetivo de la investigación.

Una vez contactados los representantes algunos por vía telefónica y otros en forma personal, se les explicó el objetivo de la investigación y se le pidió la autorización para que su hijo participará en el trabajo de investigación, al mismo tiempo, se le pidió que permitiera pasarle la escala al docente de su hijo.

Luego, de seleccionados y contactados los representantes y docentes, se realizó la administración del instrumento en forma individual, de la siguiente manera: ESCADITA versión hogar para los padres, añadiéndole la encuesta de datos adicionales, y la versión escuela para el docente, en la mayoría de los casos, se buscó la escala versión escuela a partir de un nuevo contacto con los padres o por vía fax.

Seguidamente, se recolectaron las escalas llenadas por padres y maestros, con el fin de tabular los datos. Dichos datos fueron vaciados en la computadora en microsoft excel - versión 7.0; posteriormente, se procesaron los datos en SPSS, obteniendo los estadísticos que permitieron comprobar el objetivo de la investigación.

Finalmente, se realizó la discusión e interpretación de resultados, procediendo a plantear conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio, se buscó identificar el grado en que el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad ocurre conjuntamente con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante, en una muestra de niños diagnosticados con el TDAH, en edades comprendidas entre los 6 y 12 años.

Para verificar tal objetivo, se procedió, en primer lugar, a hacer un análisis descriptivo de los factores que componen el test; en segundo lugar, se obtuvieron las correlaciones entre los factores, y a la vez, correlaciones parciales entre las variables: edad, nivel socioeconómico, género y herencia; en tercer lugar, se realizó un análisis de diferencias de medias entre el TDAH del tipo combinado (inatento, impulsivo/hiperactivo) y cada uno de los factores que componen la escala, con el fin de conocer si estos se asociaban significativamente; y, por último, se obtuvieron tasas de prevalencia entre los tipos de TDAH (combinado, con predominio del Déficit de Atención y el tipo Hiperactivo-Impulsivo) con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante.

Estadísticos Descriptivos:

Para el análisis descriptivo de los factores que componen el test, se utilizó diagramas de tallo y hoja, ya que de esta forma se puede apreciar gráficamente como se distribuyen los datos al agruparlos sin perder información, así como también se extrajeron los siguientes estadísticos: media, rango intercuartilar, asimetría, con el fin de evaluar las variaciones de las puntuaciones.

De esta forma, tomando en consideración, el recorrido de las puntuaciones de la escala de calificación diferencial del TDAH (ESCADITA) versión hogar y versión maestros, elaborada por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997), el cual va de 0 a 3, se encontró diferencias en los valores de medias en la mayoría de las distribuciones estimadas por los calificadores, siendo las puntuaciones de los padres mayores que las puntuaciones de los maestros, ubicándose la mayoría entre 1.09 y 1.93, mientras

que las puntuaciones de los maestros se encuentran entre 1.07 y 1.85, excepto para Dificultad Específica de Aprendizaje para el cálculo, cuyo valor de media para la versión hogar es 0.44 mientras que para la versión escuela se ubica en 0.48.

Así mismo, se evidencia, que el TDAH obtiene en ambas versiones, valores de medias superiores al resto de los factores que componen la escala, específicamente, para la versión hogar, las puntuaciones oscilan entre 1.78-1.93 mientras que en la versión maestros las puntuaciones oscilan entre 1.63-1.85.

Además, se evidenció que el recorrido intercuartilar tiende a ser mayor en la versión escuela en comparación con la versión hogar, es decir, las distribuciones son más dispersas, lo que indica que los maestros exhiben mayor capacidad para identificar las conductas que mide la escala en comparación con los padres.

Finalmente, en relación a la forma de las distribuciones, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 2 (con frecuencia) y 3 (muy frecuentemente o siempre), lo que significa, que la mayoría de los niños diagnosticados con el TDAH son caracterizados con la presencia de las conductas que mide la escala (ver anexo C).

Con respecto al factor Inatención, versión hogar y escuela, se encontró los siguientes resultados (ver tabla 1):

Tabla Nº 1. Estadísticos descriptivos del factor Inatención en la muestra clínica.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría	Prevalencia
Inatención (versión hogar)	1.93	.78	-.38	47.2%
Inatención (versión escuela)	1.85	.67	-.59	45.4%

p= 0.05

Tabla Nº 2. Estadísticos descriptivos del factor Inatención en la población general.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
Inatención (versión hogar)	.64	.67	1.02
Inatención (versión escuela)	.63	.89	1.23

p= 0.05

En la muestra de niños diagnosticados con el TDAH, se evidenció que el valor de media de la versión hogar es superior al valor de media de la de la versión escuela, lo que indica que los padres tienden a reportar las conductas de inatención en mayor medida que los maestros.

Al comparar las puntuaciones que ambos calificadores otorgaron en todas las conductas que mide la escala, se encontró que los maestros estimaron con las puntuaciones más elevadas a las conductas inatentas. Mientras que los padres, calificaron en mayor medida, tanto a las conductas inatentas como a las conductas impulsivas.

Igualmente, se encontró que el recorrido intercuartilar tiende a ser mayor en la versión hogar en relación a la versión escuela, es decir, la distribución de los datos de las conductas diagnosticadas por los padres son más dispersas, lo que indica que éstos exhiben mayor capacidad para identificar las conductas de inatención en comparación con los maestros.

En relación a la forma de la distribución, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 2 (con frecuencia) y 3 (muy frecuentemente o siempre), lo que significa, que la mayoría de los niños diagnosticados con el TDAH son caracterizados con la presencia de las conductas inatentas.

Al comparar el factor inatención, versión hogar y escuela, de la población general con los datos obtenidos en la presente investigación, se observó, que los valores de medias de la muestra clínica son superiores en comparación con los valores de las medias de la población general tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que evidencia que las conductas de inatención, son identificas con mayor frecuencia en la muestra clínica.

En relación a la forma de la distribución, en la muestra clínica, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, dando una distribución más simétrica que la población general, donde la distribuciones son coleadas hacia afuera, lo que indica que la mayor proporción de los sujetos tienden hacer calificados con las alternativas 0 (nunca) o 1 (a veces).

En referencia al factor Impulsividad, se encontraron los siguientes resultados (ver tabla 3):

Tabla Nº 3. Estadísticos descriptivos del factor Impulsividad en la muestra clínica.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría	Prevalencia
Impulsividad (versión hogar)	1.93	1.00	-.64	60%
Impulsividad (versión escuela)	1.63	1.00	-.53	45.4%

p= 0.05

Tabla Nº4. Estadísticos descriptivos del factor Impulsividad en la población general.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
Impulsividad (versión hogar)	.70	.67	.82
Impulsividad (versión escuela)	.49	1.00	1.69

p= 0.05

En la muestra de niños diagnosticados con el TDAH, se evidenció que el valor de media de la versión hogar es superior al valor de media de la versión escuela, lo que refleja que los padres tienden a reportar las conductas de impulsividad en mayor medida que los maestros.

Así mismo, al comparar las puntuaciones de este factor con todas las conductas que mide la escala, se evidenció que los padres estimaron con las puntuaciones más elevadas a las conductas impulsivas e inatentas.

De la misma forma, se observó que el recorrido intercuartilar es similar en la versión hogar y en la versión escuela, lo que indica que ambos puntuadores identifican las conductas de impulsividad en la misma medida.

En relación a la forma de la distribución, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 2 (con frecuencia) y 3 (muy frecuentemente o siempre), lo que significa, que la mayoría de los niños diagnosticados con el TDAH son caracterizados con la presencia de las conductas impulsivas.

Al comparar el factor impulsividad, versión hogar y escuela, de la población general con los datos obtenidos en la presente investigación, se observó, que los valores de las medias de la muestra clínica son superiores en comparación con los valores de media de la población general tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que evidencia que las conductas de impulsividad, son identificas con mayor frecuencia en la muestra clínica.

En relación a la forma de la distribución, en la muestra clínica, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, dando una distribución más simétrica que la población general, donde la distribuciones son coleadas hacia afuera, lo que indica que la mayor proporción de los sujetos tienden hacer calificados con las alternativas 0 (nunca) o 1 (a veces).

En lo concerniente al factor Hiperactividad, se encontraron los siguientes resultados (ver tabla 5):

Tabla Nº 5. Estadísticos descriptivos del factor Hiperactividad en la muestra clínica.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría	Prevalencia
Hiperactividad (versión hogar)	1.78	1.00	-.45	45.4%
Hiperactividad (versión escuela)	1.69	1.00	-.40	47.2%

p= 0.05

Tabla Nº 6. Estadísticos descriptivos del factor Hiperactividad en la población general.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
Hiperactividad (versión hogar)	.75	.67	.95
Hiperactividad (versión escuela)	.61	1.00	1.30

p= 0.05

En la muestra de niños diagnosticados con el TDAH, se evidenció que el valor de media de la versión hogar es superior a la versión maestros, lo que indica que los padres tienden a reportar las conductas de hiperactividad en mayor medida que los maestros.

Así mismo, se evidenció que el recorrido intercuartilar tiende a ser mayor en la versión escuela en relación a la versión hogar, es decir, la distribución de los datos de las conductas diagnosticadas por los maestros son más dispersas, lo que indica que éstos exhiben mayor capacidad en la identificación de las conductas que mide la escala en comparación con los padres.

En relación a la forma de la distribución, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 2 (con frecuencia) y 3 (muy frecuentemente o siempre), lo que significa, que la mayoría de los niños diagnosticados con el TDAH son caracterizados con la presencia de conductas hiperactivas.

Al comparar el factor hiperactividad, versión hogar y escuela, de la población general con los datos obtenidos en la presente investigación, se observó, que los valores de medias de la muestra clínica son superiores en comparación con los valores de medias de la población general tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que evidencia que las conductas de inatención, son identificas con mayor frecuencia en la muestra clínica.

En relación a la forma de la distribución, en la muestra clínica, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, dando una distribución más simétrica que la población general, donde la distribuciones son coleadas hacia afuera, lo que indica que la mayor proporción de los sujetos tienden hacer calificados con las alternativas 0 (nunca) o 1 (a veces).

En relación al factor Oposicionismo Desafiante se obtuvieron los siguientes estadísticos (ver tabla 7):

Tabla Nº 7. Estadísticos Descriptivos del factor Oposicionista Desafiante en la muestra clínica.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
Oposicionismo Desafiante (versión hogar)	1.29	1.25	.42
Oposicionismo Desafiante (versión escuela)	1.31	1.50	.17

p= 0.05

Tabla Nº 8. Estadísticos descriptivos del factor Oposicionista Desafiante en la población general.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
Oposicionismo Desafiante (versión hogar)	.58	.63	1.38
Oposicionismo Desafiante (versión escuela)	.35	.50	2.23

p= 0.05

En la muestra de niños diagnosticados con el TDAH, se encontró que los valores de media son similares en la versión hogar y la versión escuela, lo que indica que ambos puntuadores tienden a reportar la ocurrencia de las conductas oposicionistas desafiantes.

Así mismo, se evidenció que el recorrido intercuartilar tiende a ser mayor en la versión escuela en relación a la versión hogar, es decir, la distribución de los datos de las conductas identificadas por los maestros son más dispersas, lo que indica que éstos exhiben mayor capacidad en identificar las conductas oposicionistas desafiantes que mide la escala en comparación con los padres.

En relación a la forma de la distribución, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, la distribución de los datos se colea hacia dentro, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 2 (con frecuencia) y 3 (muy frecuentemente o siempre), lo que significa

que la mayoría de los niños diagnosticados con el TDAH son caracterizados con la presencia de las conductas oposicionistas desafiantes.

Al comparar los datos obtenidos en la población general con la presente investigación, se observó, que las medias de la muestra clínica son superiores a tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que evidencia que las conductas oposicionistas desafiantes, son identificas con mayor frecuencia en la muestra clínica.

En relación a la forma de la distribución, en la muestra clínica, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, dando una distribución más simétrica que la población general, donde la distribuciones son coleadas hacia afuera, lo que indica que la mayor proporción de los sujetos tienden hacer calificados con las alternativas 0 (nunca) o 1 (a veces).

Con respecto al factor Dificultad de Aprendizaje para la lectura, se observó lo siguiente (ver tabla 9):

Tabla Nº 9. Estadísticos descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la lectura en la muestra clínica.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
D.A. para la lectura (versión hogar)	1.09	1.60	.56
D.A. para la lectura (versión escuela)	1.07	1.80	.37

p=0.05

Tabla Nº 10. Estadísticos descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la lectura en la población general.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
D. A.para la lectura (versión hogar)	.44	.60	1.87
D.A. para la lectura (versión escuela)	.47	.80	1.73

p=0.05

En la muestra de niños diagnosticados con el TDAH, se evidenció que los valores de media son similares en la versión hogar y la versión escuela, lo que refleja que ambos puntuadores tienden a reportar la ocurrencia de Dificultad de Aprendizaje para la lectura.

Además, se evidenció que el recorrido intercuartilar tiende a ser mayor en la versión escuela en contraposición con la versión hogar, es decir, la distribución de los datos de las conductas diagnosticadas por los maestros son más dispersas, lo que indica que éstos exhiben mayor capacidad para identificar las conductas que mide la escala en comparación con los padres.

En relación a la forma de la distribución, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 2 (con frecuencia) y 3 (muy frecuentemente o siempre), lo que significa que la mayoría de los

niños diagnosticados con el TDAH son caracterizados con la presencia de Dificultad de Aprendizaje para la lectura.

Al comparar el factor Dificultad de Aprendizaje para la lectura, versión hogar y escuela, de la población general con los datos obtenidos en la presente investigación, se observó, que las medias de la muestra clínica son superiores en comparación con la población general tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que evidencia que las Dificultad de Aprendizaje para la lectura, son identificas con mayor frecuencia en la muestra clínica.

En relación a la forma de la distribución, en la muestra clínicas son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, dando una distribución más simétrica que la población general, donde la distribuciones son coleadas hacia afuera, lo que indica que la mayor proporción de los sujetos tienden hacer calificados con las alternativas 0 (nunca) o 1 (a veces).

En lo concerniente al factor Dificultad de Aprendizaje para la Escritura, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla Nº 11. Estadísticos descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la escritura en la muestra clínica.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría	Prevalencia
D.A. para la escritura (versión hogar)	1.30	1.20	.08	25.4%
D.A. para la escritura (versión escuela)	1.26	1.20	.07	23.6%

p= 0.05

Tabla Nº 12. Estadísticos descriptivos del factor Dificultad de Aprendizaje para la escritura en la población general.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
D. A para la escritura (versión hogar)	.40	.60	2.08
D. A para la escritura (versión escuela)	.49	.80	1.67

p= 0.05

En la muestra de niños diagnosticados con el TDAH, se evidenció que los valores de media en la versión hogar son superiores a la versión escuela, lo que indica que los padres tienden a reportar las Dificultad de Aprendizaje para la Escritura en mayor medida que los maestros.

Igualmente, se observó que el recorrido intercuartilar es similar en la versión hogar y en la versión escuela, lo que indica que ambos puntuadores identifican las conductas académicas referentes a este factor en la escala.

En relación a la forma de la distribución, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 2 (con frecuencia) y 3 (muy frecuentemente o siempre), lo que significa que la mayoría de los niños diagnosticados con el TDAH son caracterizados con Dificultad de Aprendizaje para la Escritura.

Al comparar el factor Dificultad de Aprendizaje para la Escritura, versión hogar y escuela, de la población general con los datos obtenidos en la presente investigación, se observó, que las medias de la muestra clínica son superiores en comparación con la población general tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que evidencia que las Dificultad de Aprendizaje para la Escritura, es identificada con mayor frecuencia en la muestra clínica.

En relación a la forma de la distribución, en la muestra clínica, son unimodales y asimétricas negativas, es decir, coleadas hacia dentro, dando una distribución más simétrica que la población general, donde la distribuciones son coleadas hacia afuera, lo que indica que la mayor proporción de los sujetos tienden hacer calificados con las alternativas 0 (nunca) o 1 (a veces).

Con respecto a Dificultad de Aprendizaje para el cálculo, se hallaron los siguientes resultados:

Tabla Nº 13. Estadísticos descriptivos del factor Dificultades de Aprendizaje para el cálculo en la muestra clínica.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
D. A para el cálculo (versión hogar)	.44	.80	1.76
D. A para el cálculo (versión escuela)	.48	.60	1.27

p= 0.05

Tabla Nº 14. Descriptivos estadísticos del factor Dificultad de Aprendizaje para el cálculo en la población general.

Factor	Media	R. Intercuartilar	Asimetría
D. A para el cálculo (versión hogar)	.19	.20	2.87
D. A para el cálculo (versión escuela)	.25	.40	2.62

p= 0.05

En la muestra de niños diagnosticados con el TDAH, se encontró que los valores de las medias no son tal elevadas como en los factores anteriores, a pesar de ello, el valor de media de la versión escuela es superior a la versión hogar, lo que indica que los maestros tienden a reportar las conductas en mayor medida que los padres.

Así mismo, se evidenció que el recorrido intercuartilar tiende a ser mayor en la versión hogar en relación a la versión escuela, es decir, la distribución de los datos de las conductas diagnosticadas por los padres son más dispersas, lo que indica que éstos exhiben mayor capacidad para identificar las conductas académicas que mide la escala en comparación con los maestros.

En relación a la forma de la distribución, son unimodales y asimétricas positivas, es decir, coleadas hacia afuera, lo que evidencia que ambos calificadores padres y maestros tienden a puntuar en mayor medida las categorías: 0 (nunca o casi nunca) y 1 (a veces) lo que significa que la mayoría de los niños diagnosticados con

el TDAH no son caracterizados con la presencia de Dificultad de Aprendizaje para el cálculo.

Al comparar el factor Dificultad de Aprendizaje para el cálculo, versión hogar y escuela, de la población general con los datos obtenidos en la presente investigación, se observó, que las medias de la muestra clínica y de la población general son bajas en comparación con el resto de los factores de la escala, a pesar de ello, las medias de los niños diagnosticados son superiores en comparación con la población general tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que evidencia que las conductas, son identificas más frecuentemente en la muestra clínica.

En relación a la forma de la distribución, tanto en la muestra clínica como en la población general, son unimodales y asimétricas positivas, es decir, coleadas hacia afuera, lo que indica que la mayor proporción de los sujetos tienden hacer calificados con las alternativas 0 (nunca) o 1 (a veces), lo que significa, que los niños de la población general y de la muestra clínica no son caracterizados con la presencia de Dificultad de Aprendizaje para el cálculo.

Correlaciones:

Para identificar el grado en que el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad ocurre conjuntamente con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante, se obtuvo en primer lugar, las correlaciones entre los factores que componen la escala y en segundo lugar, para obtener indicadores de comorbilidad, se estableció que las correlaciones entre los factores halladas en la muestra de niños diagnosticados con TDAH de la presente investigación, deberían ser superiores a las correlaciones entre los factores de la población general obtenidas en el estudio de Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997), tanto para la escala versión escuela como para la versión hogar (ver anexo D).

De está forma, al llevar a cabo la comparación de las correlaciones entre los factores de la presente investigación con las correlaciones de la población general, se encontró que los siguientes factores correlacionaban en forma superior en relación a la población general (ver tablas 15 y 16):

En la versión hogar:

1.- Dificultad de Aprendizaje para la lectura con Dificultad de Aprendizaje para la escritura.
2.- Impulsividad con Hiperactividad.
3.-Impulsividad con el factor Oposicionista Desafiante.

Mientras que, en la versión escuela, la correlación más alta entre los factores en comparación con la población general es:

1.- Impulsividad con el factor Oposicionista Desafiante.

Tabla Nº 15. Correlaciones entre los factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH, en la muestra clínica y en la población general, versión hogar.

Factores	rxy niños con TDAH	rxy de la población
DAL con DAE	.7574	.7234
Imp. con Hip.	.6251	.5957
Imp. con OD	.6124	.5220

p=0.05

D.A.L: Dificultad de Aprendizaje para la lectura; **D.A.E:** Dificultad de Aprendizaje para la escritura; **Imp:** Impulsividad; **Hip:** Hiperactividad **OD:** Oposicionismo Desafiante.

Tabla Nº 16. Correlaciones entre los factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH, en la muestra clínica y en la población general, versión escuela.

Factores	rxy niños con TDAH	rxy de la población
Imp. con OD	.7018	.6718

p=0.05

Imp: Impulsividad; **OD:** Oposicionismo Desafiante.

Se encontró, que en la versión hogar, el factor Dificultad de Aprendizaje para la lectura se asocia con el factor Dificultad de Aprendizaje para la escritura, obteniendo un monto de asociación mayor que el resto de los factores que componen la escala, lo que significa que existe una asociación entre el diagnóstico de DA para la lectura con DA para la escritura, es decir, los padres reportan la ocurrencia de DA para la lectura, al mismo tiempo que otorgan la presencia de DA para la escritura.

Así mismo, se encontró que el factor impulsividad se asocia con el factor hiperactividad, lo que indica, que los padres tienden a reportar las manifestaciones conductuales de impulsividad, en la misma medida que reportan las manifestaciones de hiperactividad.

De igual forma, se evidenció que existe una asociación entre el factor Impulsividad y el factor Oposicionista Desafiante, tanto en la versión hogar como en la versión escuela, lo que significa que existe una asociación entre la impulsividad, característica de los niños con TDAH y el diagnóstico oposicionista desafiante, es

decir, padres y maestros tienden a identificar la ocurrencia de las conductas impulsivas en conjunto con las manifestaciones conductuales oposicionistas desafiantes.

Una vez, analizadas las correlaciones entre los factores, se realizaron correlaciones parciales entre las variables edad, nivel socioeconómico, género y herencia, con el fin de encontrar si existía alguna diferencia entre estás variables y la presencia del TDAH; encontrándose que no existe diferencia significativa al controlar ninguna de estas variables, así como tampoco se observó ningún patrón sistemático entre los datos, es decir, no existe ninguna diferencia en la manifestación del TDAH como producto de la edad, género y herencia (ver anexos E y F).

Análisis de Diferencias de Medias:

Se realizó un análisis de diferencias de medias entre el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado, conformado por conductas inatentas, hiperactivas-impulsivas y cada uno de los factores que componen la escala, tanto para la versión hogar como para la versión escuela, con el fin de conocer si se existe una asociación estadísticamente significativa entre ellos, es decir, si la presencia de todos los síntomas del TDAH se relaciona con el resto de los factores que componen la escala (tablas 17 y 18).

Tabla Nº 17. Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado con Dificultad de Aprendizaje para la lectura en la versión escuela.

Factor	Medias
TDAH del tipo combinado con DA para la lectura	1.37
TDAH del tipo inatento y/o hiperactivo-impulsivo con DA para la lectura	.78

p= 0.05

TDAH: Trastorno Deficitario de Atención e hiperactividad

DA: Dificultades de Aprendizaje para la lectura

Tabla Nº 18. Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado con el Trastorno Oposicionista Desafiante en la versión escuela.

Factor	Medias
TDAH del tipo combinado con OD	1.60
TDAH del tipo inatento y/o hiperactivo-impulsivo con OD	1.03

p= 0.05

TDAH: Trastorno Deficitario de Atención e hiperactividad

OD: Oposicionista Desafiante

Se encontró, que Dificultad de Aprendizaje para la lectura se asocia significativamente con el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado, conformado por conductas inatentas, hiperactivas-impulsivas en la versión escuela; lo que indica que existe una asociación entre el diagnóstico de TDAH con el diagnóstico de DA para la lectura, es decir, los maestros reportan la ocurrencia del TDAH, al mismo tiempo que otorgan la presencia de DA para la lectura.

Así mismo, se evidenció que existe una asociación entre el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado con el Trastorno Oposicionista Desafiante, en la versión escuela, lo que significa que existe una asociación entre las manifestaciones conductuales de inatención, hiperactividad-impulsividad característica de los niños con TDAH y el diagnóstico oposicionista desafiante, es decir, los maestros tienden a identificar la ocurrencia de las conductas inatentas, hiperactivas-impulsivas en conjunto con las manifestaciones conductuales oposicionistas desafiantes (ver anexo G).

Tasa de prevalencia:

En primer lugar, se encontraron diferencias en relación a la estimación de la tasa de prevalencia de las conductas según el calificador, la cual se consideró a partir de las puntuaciones mayores o iguales a 2, donde se evidenció que los maestros reportaron mayores casos de niños en comparación con los padres, en relación a la ocurrencia de las conductas que mide la escala.

Así mismo, se evidenció que las tasas de prevalencia fueron más elevadas para el TDAH, conformado por los factores: inatención, impulsividad e hiperactividad, en contraposición con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante, específicamente, el factor impulsividad, tanto en la versión hogar como en la versión escuela.

En segundo lugar, se encontraron diferencias en los porcentajes de prevalencia según el tipo de TDAH que predomina en los niños, encontrándose que la mayoría de los niños presentan el TDAH con predominio del Déficit de Atención, tanto en la versión hogar como en la versión escuela.

Por último, se encontraron diferencias en relación a la estimación de las tasas de prevalencia entre el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad y la co-ocurrencia con el Trastorno Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje.

De está forma, al comparar los tres tipos de TDAH con el TOD y DA, se obtuvo, que el TDAH con predominio del Déficit de Atención, obtuvo porcentajes de prevalencia más altos con Dificultades de Aprendizaje para la lectura, escritura y cálculo. Específicamente, para escritura, tanto para la versión hogar como para la versión escuela. Del mismo modo, los resultados encontrados reportan que el TDAH, tipo hiperactivo-impulsivo obtuvo las tasas de prevalencia más altas con el Trastorno Oposicionista Desafiante, tanto para la versión hogar como para la versión escuela (ver anexo H).

En relación a la estimación de la tasa de prevalencia de las conductas según el calificador, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla Nº 19. Porcentajes de prevalencia de los factores que componen la Escala de Calificación diferencial del TDAH (ESCADITA), en la muestra clínica.

Factores	Ina.	Imp.	Hip.	OD	DAL.	DAE.	DAC.
Versión hogar	47.2%	60%	45.4%	23.6%	21.8%	25.4%	5.45%
Versión escuela	45.4%	48.4%	47.2%	27.2%	27.2%	23.6%	9.00%

Ina: Inatención; **Imp:** Impulsividad; **Hip:** Hiperactividad; **OD:** Oposicionismo Desafiante; **DAL:** Dificultad de Aprendizaje para la lectura; **DAE:** Dificultad de Aprendizaje para la escritura; **DAC:** Dificultad de Aprendizaje para el cálculo.

Tabla Nº 20. Porcentajes de prevalencia de los factores que componen la Escala de Calificación diferencial del TDAH (ESCADITA), en la población general.

Factores	Ina.	Imp.	Hip.	OD	DAL.	DAE.	DAC.
Versión hogar	3.2%	5.9%	4.9%	2.7%	4.3%	3%	1.2%
Versión escuela	6.5%	6.3%	7.6%	3.2%	4.9%	4.8%	1.2%

Ina: Inatención; **Imp:** Impulsividad; **Hip:** Hiperactividad; **OD:** Oposicionismo Desafiante; **DAL:** Dificultad de Aprendizaje para la lectura; **DAE:** Dificultad de Aprendizaje para la escritura; **DAC:** Dificultad de Aprendizaje para el cálculo.

Se encontraron diferencias en relación a la estimación de la tasa de prevalencia de las conductas según el calificador, evidenciándose, que los maestros reportaron mayores casos de niños en comparación con los padres, en relación a la ocurrencia de las conductas que mide la escala.

De está manera, se observó que las tasas de prevalencia fueron más elevadas para el TDAH, conformado por los factores: inatención, impulsividad e hiperactividad, en contraposición con DA y el OD, específicamente, el factor impulsividad, tanto en la versión hogar como en la versión escuela.

En relación a las tasas de prevalencia de las conductas: inatentas, impulsivas y conductas académicas relacionadas con DA para la Escritura, se encontró que la

versión hogar presenta porcentaje de prevalencia más altos en relación a la versión escuela, lo que indica que los padres reportan mayores casos de niños con éstas manifestaciones, en comparación con los maestros.

Así mismo, se encontró que los maestros, reportaron mayores casos de niños con conductas hiperactivas, oposicionistas desafiantes y Dificultades de Aprendizaje para la lectura y el cálculo, en relación a los padres.

Además, al comparar las tasas de prevalencia obtenidas en la presente investigación con las tasas de prevalencia de la población general, se observó que los valores de la muestra clínica son superiores en relación a la población general, tanto para la versión hogar como para la versión escuela, lo que indica que padres y maestros en la muestra clínica reportan mayor número de casos de niños identificados con las conductas que mide la escala en comparación con los reportados en la población general.

En está misma línea de investigación, al comparar los tipos del TDAH, se encontró que la prevalencia del trastorno se presentó tanto en la versión hogar como en la versión escuela, en el siguiente orden:

1.- El TDAH del tipo con predominio del Déficit de Atención.

2.- El TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo.

3.- El TDAH del tipo combinado.

Tabla Nº 21. Porcentajes de prevalencia de los tipos de Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad en la muestra de niños diagnosticados.

Factores	Déficit de Atención	Hiperactivo-Impulsivo	Combinado
Versión hogar	47.28%	41.81%	10.90%
Versión escuela	45.46%	29.09%	25.45%

Se encontró que el TDAH en los tres tipos: con predominio del Déficit de Atención, combinado y el tipo hiperactivo-impulsivo obtienen los porcentajes de prevalencia más altos en la versión hogar; lo que indica que para los padres es más fácil discriminar las manifestaciones características del TDAH en comparación con los maestros.

Así mismo, se halló diferencias en los porcentajes de prevalencia según el TDAH predominante en los niños, encontrándose que la mayoría de los niños de la muestra presenta el TDAH con predominio del Déficit de Atención, tanto en la versión hogar como en la versión escuela.

En relación a la estimación de la tasa de prevalencia según el tipo de TDAH que predomina en el niño y la co-ocurrencia con el Trastorno Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje, se obtuvieron los siguientes porcentajes:

Tabla Nº 22. Porcentajes de prevalencia del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo combinado, conformado por los factores de inatención, hiperactividad e impulsividad, con DA y el TOD.

Factores	OD	DAL.	DAE.	DAC.
Versión hogar	7.27%	7.27%	12.72%	1.82%
Versión escuela	10.90%	1.82%	3.64%	0

OD: Oposicionismo Desafiante; **DAL:** Dificultad de Aprendizaje para la lectura; **DAE:** Dificultad de Aprendizaje para la escritura; **DAC:** Dificultad de Aprendizaje para el cálculo.

Se encontró que Dificultades de Aprendizaje para la Lecto-escritura y el cálculo, presentan en la versión hogar porcentajes de prevalencia más altos en comparación con la versión escuela, lo que indica que los padres reportan mayores casos de niños con éstas manifestaciones, en comparación con los maestros.

Así mismo, el Trastorno Oposicionista Desafiante, presentan en la versión escuela, porcentajes de prevalencia más altos en comparación con la versión hogar, lo que indica que los maestros reportan mayores casos de niños con éstas manifestaciones, en comparación con los padres.

Además, al comparar las tasas de prevalencia, se evidenció que Dificultad de Aprendizaje para la escritura obtiene en ambas versiones, el porcentaje más alto en relación a DA para la lectura y el cálculo y el TOD.

En lo concerniente al Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad con predominio del Déficit de Atención y la co-ocurrencia con el Trastorno Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla Nº 23. Porcentajes de prevalencia del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad del tipo con predominio del déficit de Atención, con DA y el TOD.

Factores	OD	DAL.	DAE.	DAC.
Versión hogar	12.72%	16.36%	20%	1.82%
Versión escuela	7.27%	16.36%	22%	1.82%

OD: Oposicionismo Desafiante; **DAL:** Dificultad de Aprendizaje para la lectura; **DAE:** Dificultad de Aprendizaje para la escritura; **DAC:** Dificultad de Aprendizaje para el cálculo.

En relación a las tasas de prevalencia de Dificultades de Aprendizaje para la Lecto-escritura y el cálculo, se encontró que los porcentajes son similares en la versión hogar y en la versión escuela, lo que indica que ambos puntuadores identifican éstas manifestaciones en la misma medida.

Así mismo, el Trastorno Oposicionista Desafiante, presentan en la versión hogar, porcentajes de prevalencia más altos en comparación con la versión escuela, lo que indica que los padres reportan mayores casos de niños con éstas manifestaciones, en comparación con los maestros.

Igualmente, al comparar las tasas de prevalencia, se evidenció que Dificultad de Aprendizaje para la escritura obtiene el porcentaje más alto en relación al resto de los factores, tanto en la versión hogar como en la versión escuela.

Además, en comparación con el TDAH, tipo combinado y con el tipo hiperactivo-impulsivo, los porcentajes de prevalencia más altos en Dificultades de Aprendizaje para la lectura, escritura y cálculo, se obtuvieron en el TDAH con predominio del Déficit de Atención, tanto para la versión hogar como para la versión escuela.

Con respecto, al Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad tipo Hiperactivo-Impulsivo y la co-existencia con el Trastorno Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla Nº 24. Porcentajes de prevalencia del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad tipo hiperactivo-impulsivo con DA y el TOD.

Factores	OD	DAL.	DAE.	DAC.
Versión hogar	14.54%	9.09%	10.90%	1.82%
Versión escuela	16.36%	5.45%	3.64%	0

OD: Oposicionismo Desafiante; **DAL:** Dificultad de Aprendizaje para la lectura; **DAE:** Dificultad de Aprendizaje para la escritura; **DAC:** Dificultad de Aprendizaje para el cálculo.

En relación a la tasa de prevalencia de las conductas académicas relacionadas con DA para la Lecto-escritura y el cálculo, se encontró que la versión hogar presenta porcentajes de prevalencia más altos en relación a la versión escuela, lo que indica que los padres reportan mayores casos de niños con éstas manifestaciones, en comparación que los maestros.

Igualmente, las tasas de prevalencia del Trastorno Oposicionista Desafiante, obtuvo porcentajes similares en ambas versiones, lo que indica que ambos puntuadores identifican éstas manifestaciones en la misma medida.

Del mismo modo, al comparar las tasas de prevalencia, se evidenció que el Trastorno Oposicionista Desafiante, obtienen los porcentajes más altos en comparación con Dificultades de Aprendizaje, tanto para la versión hogar como para la versión escuela.

Al mismo tiempo, los resultados encontrados reportan que el Trastorno Oposicionista Desafiante, obtuvo las tasas de prevalencia más altas cuando se asocia con el TDAH tipo Hiperactivo-impulsivo, en comparación con el TDAH, tipo combinado y el tipo con predominio del Déficit de Atención, tanto para la versión hogar como para la versión escuela.

DISCUSION DE RESULTADOS

El propósito de la presente investigación, consistió en identificar el grado en que el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad ocurre conjuntamente con Dificultades de Aprendizaje y el Trastorno Oposicionista Desafiante, para ello, se exploró en una muestra de niños diagnosticados con el TDAH, la posible existencia o no de estos trastornos comórbidos, utilizando la escala de calificación diferencial del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (ESCADITA), versión hogar y escuela, elaborada por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997); además, se comparó los datos del presente estudio con los de la población general.

En primer lugar, se encontró una asociación entre el factor impulsividad y el factor hiperactividad del TDAH en la versión hogar, resultados que son consistentes con el subtipo de TDAH planteado por el DSM-IV (1994).

Del mismo modo, los resultados encontrados en el estudio de Teicher y cols. (1996) plantean que las conductas hiperactivas manifestadas por los niños con TDAH tienden frecuentemente a ser relacionadas con conductas impulsivas, en vez de con las conductas inatentas; al mismo tiempo, los autores indican, que la presencia de las conductas hiperactivas-impulsivas, son las manifestaciones sintomatológicas más significativas para diferenciar a los niños con TDAH de los niños normales.

En este sentido, en las diferentes investigaciones, se ha encontrado evidencia entre los tres subtipos del TDAH, señalando que la impulsividad se tiende a asociar con la hiperactividad, en vez de con las conductas inatentas (Morgan y cols. 1996; Barkley y Mash, 1996).

Al mismo tiempo, los resultados encontrados en la presente investigación, son consistentes con los hallazgos de Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997), donde reportan a partir de un análisis factorial una asociación entre el factor impulsividad y el factor hiperactividad del TDAH.

A su vez, estos resultados son congruentes con la investigación de Eiraldi, Nezu y Power (1997) quienes argumentan que la integración elaborada por el DSM-IV en 1994 entre las conductas hiperactivas-impulsivas es la más apropiada, ya que permite por un lado, la agrupación de conductas de actividad motora excesiva e impulsivas, y por el otro, permite diferenciar aquellos niños que en su mayoría presentan conductas inatentas.

Los resultados entre el factor impulsividad y el factor hiperactividad del TDAH, sólo se obtuvieron en la versión hogar, lo que puede ser debido a que la estructura, exigencias y tareas a realizar en ambos ambientes (hogar y escuela) son diferentes, por lo que las expectativas y percepción del comportamiento esperado varía de padres a maestros; así mismo, las conductas .desplegadas son diferentes de un ambiente a otro, y la manifestación conductual presentada en la casa no necesariamente debe ocurrir en la escuela (DSM-III-R, 1987; Barkley, 1990; Bauermeister 1992; Rodríguez, Yépez y Campagnaro 1997).

En segundo lugar, se encontró una asociación entre el factor impulsividad y el Trastorno Oposicionista Desafiante, tanto para la versión hogar como para la versión escuela; resultados que coinciden con los planteamientos de Bauermeister (1992) referidos a que las conductas que se agrupan en el constructo impulsividad frecuentemente se relacionan con los trastornos de externalización; así mismo, se reportó que los síntomas característicos del TOD frecuentemente se catalogaban como conductas agresivas y son identificadas en niños diagnosticados con TDAH.

A su vez, esto es congruente con la investigación de Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) quienes encontraron que el factor Oposicionismo Desafiante se encuentra asociado a las conductas impulsivas típicas de los trastornos de externalización, tanto por las puntuaciones manifestadas por los padres como por las manifestadas por los maestros; así mismo, indican que a partir de esta asociación, es coherente esperar que los evaluadores tiendan a calificar ambas conductas como semejantes.

Igualmente, estos resultados concuerdan con los hallados por Eiraldi, Nezu y Power (1997) quienes sugieren que las conductas que rodean el constructo impulsividad generalmente correlacionan con un amplio rango de conductas agresivas y de exteriorización.

Del mismo modo, los resultados encontrados en el estudio de Faraone y cols. (1998) indican que los niños con TDAH del tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo presentan altas puntuaciones en listas de chequeos elaboradas por padres y maestros, en relación a trastornos de exteriorización, interacción social y conductas agresivas.

En tercer lugar, se encontró que el TOD se asoció con el TDAH del tipo combinado, conformado por conductas inatentas, hiperactivas-impulsivas, en la versión escuela, resultados que son consistentes con los encontrados por Abikoff y Klein (1992) quienes argumentan que existe una interacción entre la perturbación en el control de impulsos y las debilidades psicosociales características de niños con TDAH, lo que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo del TOD.

Al mismo tiempo, estos resultados concuerdan con los hallados por Rey (1993), quien encontró que el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad co-ocurre significativamente con el Trastorno Oposicionista Desafiante, según el reporte elaborado por los maestros.

Igualmente, estos resultados concuerdan con los encontrados por Wodrich (1994) Bird, Gould y Staghezza (1993) Schachar y Tannock (1995) que sugieren que la pobre regulación de la conducta, que es característica de los déficits de control de los niños con TDAH, se relacionan con el Trastorno de Conducta o el Trastorno Oposicionista Desafiante.

En este sentido, Stanford y Hynd (1994) Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) basándose en los dominios que se asocian a los sub-tipos del TDAH, concluyen que

el sub-tipo hiperactivo-impulsivo se asocia con las conductas antisociales, concluyendo que el TDAH es un trastorno de dominancia conductual.

De la misma forma, en el estudio de Morgan y cols. (1996) encontraron que los niños con TDAH, del tipo combinado, son identificados por los padres y maestros con una mayor tendencia a presentar conductas de externalización, agresivas y delincuentes.

Al mismo tiempo, los resultados de la presente investigación, concuerdan con los reportados por Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) quienes reportan en su estudio, que el TDAH del tipo combinado se asocia con algunas conductas oposicionistas, por ejemplo: temperamento impulsivo, imprudente y conductas desafiantes, entre otras.

Así mismo, en las investigaciones de Eiraldi, Nezu y Power (1997) Faraone y cols. (1998) se argumenta que los niños que presentan el TDAH del tipo combinado y del tipo hiperactivo-impulsivo son más propensos para que surja luego un TOD ó TC, debido a que son más desobedientes, exhiben altos niveles de actividad motora y deficiencias en el control de impulsos.

En cuarto lugar, se encontró una asociación entre Dificultad de Aprendizaje para la lectura con Dificultad de Aprendizaje para la escritura, en la versión escuela, resultados que son consistentes con los planteamientos de Campagnaro (1994) referidos a que el aprendizaje de la escritura sólo es posible en la medida en que el niño ha consolidado la lectura, o lo que es lo mismo, sólo se puede escribir lo que se puede leer.

Igualmente, estos resultados concuerdan con los reportados por Shaywitz, Fletchter, Shaywitz (1995) donde se argumenta que Dificultad de Aprendizaje para la lectura, es una de las dificultades en el aprendizaje más comunes en la niñez, y que su importancia radica en que es la base para el resto del aprendizaje, y al mismo

tiempo, la base para los tipos de problemas académicos que se pueden presentar en la infancia.

A su vez, los resultados encontrados en el presente estudio, son congruentes con los hallazgos de Lerner (1989 cp. Gillis y Defries, 1995) quien plantea que aproximadamente el 80% de los estudiantes con DA para la lectura, experimentan problemas con la escritura.

Del mismo modo, estos resultados concuerdan con lo planteado por Barkley (1996) quien sugiere que las nuevas investigaciones en dificultades de aprendizaje indican, que todos, o al menos, la mayoría de los niños con DA para la lectura tienen problemas por lo menos con un componente de dificultades de escritura, por ejemplo: ortografía, vocabulario, letra, entre otros.

En quinto lugar, los resultados arrojaron una asociación entre el TDAH del tipo combinado conformado por los factores inatención, hiperactividad-impulsividad, con Dificultad de Aprendizaje para la lectura, en la versión escuela, hallazgos que son consistentes con los argumentos de Frick y cols. (1991) quienes plantean que una posible explicación para la asociación de éstas manifestaciones conductuales, es que las conductas asociadas al TDAH influyen en el niño para que éste alcance su potencial. Así mismo, concluyen que la presencia de TDAH puede incrementar la probabilidad de ocurrencia de dificultad de aprendizaje en el niño.

A su vez, esto es congruente con las investigaciones de Semrud-Clikeman y cols. (1992) quienes argumentan que las DA tienden a co-ocurrir con el TDAH del tipo combinado: inatención, hiperactividad-impulsividad, debido a que la inatención, la actividad motora excesiva, impulsividad y distractibilidad característica del trastorno tienden a repercutir en el desenvolvimiento social, emocional y académico, afectando su adaptación al medio escolar.

Igualmente, estos resultados concuerdan con los hallazgos de Gilber, Defries y Pennington (1992) quienes proponen que algunos subtipos de dificultades de lectura

pueden estar asociado con el TDAH, debido a que comparten una etiología genética. Esto es consistente con las investigaciones de Wood y Felton (1994 cp. Barkley y Mash, 1996) que sugieren que una temprana aparición de TDAH puede predisponer a los niños hacia ciertos tipos de problemas de lectura.

Al mismo tiempo, estos planteamientos son congruentes con los resultados reportados por Wenar (1994), quien argumenta que la co-ocurrencia entre el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad y DA para la lectura puede ser esperado, ya que la característica de inatención del trastorno, puede interferir en el aprendizaje de los niños.

Del mismo modo, en el estudio de Stanford y Hynd (1994) se concluye que de los dos dominios que se asocian a los sub-tipos del TDAH, el cognitivo se asocia con DA, a pesar de que las dificultades para aprender en TDA sin hiperactividad se deba a un déficit de inatención y en DA se deba a déficits en el procesamiento, padres y maestros reportan que los niños con DA y el TDA tienen dificultad en permanecer en las tareas.

Así mismo, estos hallazgos coinciden con el modelo propuesto por Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) quienes basándose en los dominios que se asocian a los sub-tipos del TDAH, concluyen que el sub-tipo inatento del TDAH se asocia con Dificultades de Aprendizaje, específicamente con dificultad en matemáticas y en lectura.

En este sentido, en el estudio de Morgan y cols. (1996) reportan que los niños diagnosticados con TDA sin hiperactividad tienden a co-existir con las DA, y a la vez, indican que éstos niños son más lentos a nivel cognitivo.

A su vez, esto es congruente con las investigaciones de Wolraich y cols. (1996) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) quienes argumentan que las actividades académicas están relacionadas con el sub-tipo inatento del TDAH.

En sexto lugar, en el presente estudio, se encontró diferencias en relación a la tasa de prevalencia según el calificador para cada uno de los factores que componen la escala, encontrándose que fue mayor para los maestros en relación a los padres, resultados que concuerdan con Sherman, Iacono y McGue (1997) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) donde se encontró que, tanto en la muestra clínica como en la población general, los maestros reportan un porcentaje de prevalencia mayor de las manifestaciones conductuales que mide la escala en comparación a los padres.

En este sentido, una posible explicación, es que los maestros trabajan e interactúan con los niños en un ambiente relativamente estructurado, de esta forma, pueden observar las manifestaciones conductuales del TDAH en el salón de clases y considerar la variabilidad en las conductas de los niño; al mismo tiempo, pueden hacer comparaciones con otros niños que se encuentren en el mismo nivel general de desarrollo. Desde este punto de vista, pueden hacer observaciones más objetivas y fiables que los padres, ya que tienen un mayor conocimiento de las conductas esperadas para cada nivel de edad (Edelbrock y Achenbach, 1984; Rodríguez, Yépez y Campagnaro, 1997).

Así mismo, se evidenció que las tasas de prevalencia fueron más elevadas para el TDAH, conformado por los factores: inatención, impulsividad e hiperactividad, en ambas escalas, en contraposición con DA y el OD, estos planteamientos son similares a los encontrados en el estudio de Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) acerca de que los factores que componen el TDAH presentan tasas de prevalencia mayores que el factor Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje.

De está forma, la tasa de prevalencia más alta entre los tres factores que componen el TDAH, se encontró en el factor impulsividad, tanto en la versión hogar como en la versión escuela, resultados que concuerdan con los hallazgos de Carlson, Gaub y Tamm (1997) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) quienes reportan que de los tres factores que componen el TDAH, la impulsividad y la hiperactividad, son las manifestaciones conductuales que poseen las tasas de prevalencia más alta.

Estos resultados pueden ser explicados por los planteamientos de Schachar, Rutter y Sanderg (1986) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) quienes proponen que éstas conductas son más fáciles de ser observadas tanto por padres como por maestros por los ruidosas y salientes y por tanto, es la más seleccionada en la escala.

Además, se encontró que en la estimación de las tasas de prevalencia de DA fue mayor en los maestros en comparación con los padres, lo cual es congruente con lo reportado por Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) donde plantean que los maestros están más capacitados que los padres para detectar los errores que pudiera cometer el niño en el medio escolar.

Así mismo, se encontró que Dificultad de Aprendizaje para la lectura es la que obtiene la mayor tasa de prevalencia en comparación con DA para la escritura y el cálculo, lo cual es congruente con Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) Barkley y Mash (1996) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) que proponen que la DA para la lectura es la más frecuente de ocurrir en la niñez que el resto de las Dificultades de Aprendizaje.

En relación al Trastorno Oposicionista Desafiante, se encontró que la tasa de prevalencia fue mayor en los maestros en comparación a los padres, lo cual es congruente con los planteamientos de Carlson, Gaub y Tamm (1997) quienes argumentan que la presencia de estos trastornos, es reportada por los maestros en mayor frecuencia en comparación con los padres; es importante señalar que las tasas de prevalencia pueden diferir de un estudio a otro, lo que puede deberse a las diferencias metodológicas, los criterios diagnósticos utilizados, el tipo de muestra estudiada, y el tipo de informante en el que se basan los datos (Cantwell, 1996; Sherman, Iacono y McGue, 1997).

En séptimo lugar, se obtuvieron tasas de prevalencia entre los tipos de TDAH, encontrándose que la mayoría de los niños, presentan el TDAH con predominio del Déficit de Atención.

En este sentido, estos resultados son congruentes con los planteamientos de Baumgaertel, Wolraich y Dietrich (1995) Gaub y Carlson (1997) quienes argumentan que el TDAH con predominio del Déficit de Atención, presenta mayores índices de prevalencia, en comparación con los otros dos subtipos del TDAH.

Al contrario de está posición, DSM-IV (1994) Biederman y cols. (1997) Faraone y cols. (1998) plantean que el TDAH tipo combinado presenta mayores índices de prevalencia, en comparación con el TDAH tipo combinado y el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo. Esta diferencia de resultados puede ser debida a las diferencias metodológicas, como por ejemplo: los criterios utilizados para definir el trastornos y los instrumentos con los que se evalúan la presencia del mismo (Baumgaertel, Wolraich y Dietrich,1995; Wolraich y cols., 1996; Gaub y Carlson, 1997; Biederman y cols., 1997).

En octavo lugar, se obtuvieron tasas de prevalencia entre el TDAH con el TOD y DA. En este sentido, se encontró que el TDAH con predominio del Déficit de Atención y Dificultades de Aprendizaje obtienen porcentajes de prevalencia altos, específicamente, DA para la escritura obtiene porcentajes entre 20 y 22% y DA para la lectura 16.36%, tanto en la versión hogar como en la versión escuela; éstos resultados son congruentes con los reportados por Morgan y cols. (1996) quienes encuentran, porcentajes de prevalencia entre ambos trastornos que van desde un 19% a un 26%.

Así mismo, se obtuvo que el TDAH tipo combinado, obtiene índices de prevalencia altos con Dificultad de Aprendizaje para la escritura (12.72%), en la versión escuela. De esta forma, estos hallazgos son congruentes con los planteamientos de Semrud-Clikeman (1992) Jensen, Cantwell y Martin (1997) quienes indican porcentajes de prevalencia entre los trastornos de 17% y 15% respectivamente.

En este sentido, las distintas investigaciones, reportan entre los dos trastornos, porcentajes de prevalencia que van desde un 10% hasta un 92%; una explicación a

ésta variabilidad, es la propuesta por Biederman, Newcorn y Sprich (1991) Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) Barkley y Mash (1996) quienes proponen que la diferencia de criterios utilizados para definir ambos trastornos y los instrumentos con los que se evalúa la presencia de los mismos, influye en la heterogeneidad de los resultados.

En relación al TDAH tipo hiperactivo-impulsivo y el Trastorno Oposicionista Desafiante, se encontró que obtienen índices de prevalencia de 14.54% en la versión hogar y 16.36% en la versión escuela; resultados que son consistentes con los obtenidos por Eiraldi, Nezu y Power (1997), quienes reportan en su investigación un porcentaje de prevalencia de 19% entre el TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo y el Trastorno Oposicionista Desafiante.

Al mismo tiempo, Faraone y cols. (1998) en su investigación, reportan tasas de prevalencia entre 7.9% y 20.6%, en relación al TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo y el TOD. En este sentido, Stanford y Hynd (1994) Shaywitz, Fletchter y Shaywitz (1995) basándose en los dominios que se asocian a los subtipos del TDAH, concluyen que el subtipo hiperactivo-impulsivo se asocia con las conductas antisociales, concluyendo que el TDAH es un trastorno de dominancia conductual.

Así mismo, en las investigaciones de Eiraldi, Nezu y Power (1997) Faraone y cols. (1998) argumentan que los niños que presentan el TDAH tipo combinado y el tipo hiperactivo-impulsivo son más propensos para que surja luego un TOD ó TC, debido a que son más desobedientes, exhiben altos niveles de actividad motora y deficiencias en el control de impulsos.

Igualmente, se encontró que el TDAH tipo combinado, obtiene porcentajes de prevalencia de 10.90% con el Trastorno Oposicionista Desafiante en la versión escuela. De está forma, estos hallazgos concuerdan con los planteamientos de Biederman, Newcorn y Sprich (1991) Keller y cols. (1992) Rey (1993) quienes proponen que aproximadamente entre el 20 a 50% de niños con Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad posee el Trastorno Oposicionista Desafiante. Así mismo, Morgan y cols. (1996) encontraron en su investigación, una tasa de

prevalencia de 19.23% en niños diagnosticados con TDAH del tipo combinado y el Trastorno Oposicionista Desafiante.

A su vez, esto es congruente con las investigaciones de Jensen, Cantwell y Martin (1997) Carlson, Gaub y Tamm (1997) quienes argumentan que los niños que presentan el TDAH tipo combinado, por lo menos un 20% de ellos presenta también el TOD o el TC.

De está forma, estos hallazgos son consistentes con los planteamientos de Wodrich (1994) Bird, Gould y Staghezza (1993) Schachar y Tannock (1995) que sugieren que la pobre regulación de la conducta, que es característica de los déficits de control de los niños con TDAH, se relacionan con el Trastorno de Conducta o el Trastorno Oposicionista Desafiante.

En este sentido, en el estudio de Morgan y cols. (1996) encontraron que los niños con TDAH, del tipo combinado, son identificados por los padres y maestros con una mayor tendencia a presentar conductas de externalización, agresivas y delincuentes.

Al mismo tiempo, los resultados obtenidos en el presente estudio, concuerdan con los planteamientos de Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) quienes reportan que el TDAH del tipo combinado se asocia con algunas conductas oposicionistas, por ejemplo: temperamento impulsivo, imprudente y conductas desafiantes, entre otras.

Por otra parte, el estudio consideró la influencia de las variables sexo, nivel socioeconómico, edad y la posible influencia de la herencia en las estimaciones realizadas por padres y maestros en las conductas que mide la escala.

En relación al sexo, no se encontraron diferencias significativas entre varones y hembras, resultados que son congruentes con la evidencia recolectada por Szatmari (1992 cp. Barkley, 1996) al igual que Bauermeister (1992) Carlson, Gaub y Tamm (1997), que argumentan que el género no se asocia con la ocurrencia del

TDAH ni con sus condiciones comorbidas. Al contrario de está posición, el DSM-IV (1994) plantea que el trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, En este sentido, Gaub y Carlson (1997) encontraron que los niños identificados con TDAH en la población general, presentaban mayores niveles de inatención, mayores conductas de internalización y mayores niveles de agresión que las niñas con TDAH.

Szatmari (1992 cp. Barkley, 1996) Bauermeister (1992) proponen una explicación a las diferencias encontradas entre las investigaciones, así, plantean que los varones son identificados con mayor porcentaje de prevalencia del TDAH en comparación con las hembras, como producto de un artificio en función de la aplicación de los criterios diagnósticos utilizados.

En relación al NSE, no se observan diferencias significativas entre los tres niveles; al respecto, los resultados son inconsistentes, ya que algunas investigaciones, por ejemplo Lambert (1978 cp. Barkley, 1996) Rodríguez, Yépez y Campagnaro (1997) plantean diferencias en función del nivel socioeconómico; al contrario de está posición, Faraone y cols. (1995) Barkley (1996) postula que la presencia en los niños del TDAH se da por igual en todas las clases sociales y que las diferencias en las tasas de prevalencia, pueden deberse a los artificios de las fuentes utilizadas.

En relación a el nivel de edad en que se encuentra el niño y la variación de las manifestaciones conductuales de los trastornos, no se encontraron diferencias significativas; resultados que concuerdan con los hallazgos de Morgan y cols. (1996) quienes plantean que los niños que presentan el TDAH del tipo inatento y del tipo combinado, no difieren ni en edad, ni en medidas de inteligencia y tampoco, en rendimiento académico. La evidencia encontrada en la literatura es inconsistente, ya que, al contrario de estos resultados, Carlson, Gaub y Tamm (1997) plantean que los síntomas del trastorno incrementan en severidad a medida que el niño crece, es decir, existen diferencias en función de la edad.

En relación a si el TDAH es producto de factores genéticos, es decir, si el niño por tener algún padre y/o pariente que también sufren del trastorno, incrementa la probabilidad de presentar el trastorno, se encontró que no existen diferencias significativas entre niños de padres y/o parientes con TDAH y niños que no tienen ningún pariente con TDAH.

Estos resultados pueden ser explicados por los planteamientos de Barkley (1996) quien argumenta, que la etiología del Trastorno Deficitario de Atención no está claramente determinada, ya que no se han encontrado causas primarias que expliquen el trastorno, por lo que se deben considerar la acción recíproca entre múltiples factores, para una comprensión final etiológica del TDA (Cantwell,1996).

En este sentido, Sprich-Buckminster y cols. (1993) Barkley, (1996) argumentan que las evidencias sugirieren que el TDAH, más que ser un producto de la herencia, puede presentarse por la influencia de eventos biológicos, tales como: complicaciones pre - peri y postnatales, desnutrición, enfermedades, traumas, el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, ciertas toxinas del ambiente y otros eventos comprometedores neurológicamente que podían ocurrir durante el desarrollo del sistema nervioso central antes y después del nacimiento .

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio, en una muestra de niños diagnosticados con el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad, en edades comprendidas entre los 6 y 12 años, permiten concluir que el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad tiende a co-ocurrir con el Trastorno Oposicionista Desafiante y Dificultades de Aprendizaje.

En este sentido, se encontró una asociación entre el factor impulsividad y el factor hiperactividad del Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad, en la versión hogar, lo que indica que las conductas hiperactivas manifestadas por los niños con TDAH tienden frecuentemente a ser relacionadas, por los padres, con conductas impulsivas.

Así mismo, se encontró una asociación entre el factor impulsividad y el TDAH tipo combinado (conformado por inatención, hiperactividad e impulsividad) con el Trastorno Oposicionista Desafiante, lo que refleja que los síntomas característicos del TOD frecuentemente se catalogan, por los padres y maestros, como conductas agresivas y son identificadas en niños diagnosticados con TDAH.

Al mismo tiempo, los resultados arrojan una asociación entre DA para la lectura y DA para la escritura en la versión hogar, lo que refleja que las dificultades en el proceso de lectura afecta los subsiguientes aprendizajes, específicamente el de escritura.

A la vez, se encontró en base al reporte elaborado por los maestros que el TDAH del tipo combinado, conformado por inatención, hiperactividad e impulsividad, co-ocurre significativamente con DA para la lectura. De tal forma, las conductas inatentas características de los niños con TDAH se asocian con Dificultad de Aprendizaje para la lectura.

También, los resultados encontrados en el estudio reflejan porcentajes de prevalencia altos para los maestros en relación a los padres, en la mayoría de la conductas que mide la escala.

Así mismo, las tasas de prevalencia, fueron más elevadas para el TDAH en comparación con DA y el TOD, específicamente el factor impulsividad del TDAH.

En está misma línea de investigación, se evidenció diferencias en los porcentajes de prevalencia según el tipo de TDAH predominante en los niños, encontrándose que la mayoría presenta el TDAH con predominio del Déficit de Atención, tanto en la versión hogar como en la versión escuela.

Del mismo modo, se encontró que el TDAH con predominio del Déficit de Atención y el TDAH tipo combinado, obtienen porcentajes de prevalencia altos con Dificultades de Aprendizaje, específicamente, con DA para la escritura.

En este sentido, en relación al Trastorno Oposicionista Desafiante se encontró que obtiene altos índices de prevalencia con el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo y el TDAH del tipo combinado.

Por último, no se encontró diferencias en relación al sexo, edad, nivel socioeconómico y la posible influencia de la herencia.

LIMITACIONES

Los resultados del presente estudio, deben ser considerados a la luz de las limitaciones metodológicas. En este sentido, es importante señalar que el tamaño de la muestra es pequeño, por lo que no se pueden extrapolar los resultados a otras poblaciones.

Así mismo, es necesario considerar que la definición del trastorno, los instrumentos con que se evalúa la presencia del mismo y los criterios diagnósticos utilizados son diferentes entre los clínicos, por lo que no se debe generalizar los resultados obtenidos en el presente estudio a otra población de niños diagnosticados con el Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad.

Además, el instrumento de la presente investigación, se basa en reportes de informantes con criterios personales, como subjetividad, expectativas, sensibilidad; lo que pudo influir en las evaluaciones de las manifestaciones conductuales que contempla la escala.

Por último, el tiempo que se tuvo para la recolección de datos, es una limitación, que afecto el tamaño de la muestra.

RECOMENDACIONES

Se recomienda para futuras investigaciones, ampliar el tamaño de la muestra, con el fin de obtener datos más representativos. Así mismo, se propone a los clínicos que seleccionan a los niños diagnosticados con TDAH, tratar de lograr un lenguaje común en relación a la definición y criterios utilizados para el diagnóstico.

También, es importante continuar con investigaciones en relación a otras patologías que comúnmente tienden a ocurrir conjuntamente con el TDAH, con el fin de ampliar los conocimientos sobre este trastorno y las patologías asociadas.

Finalmente, se sugiere continuar los estudios acerca de los trastornos que comúnmente tienden a ocurrir conjuntamente, con el fin de perfilar los patrones de co-ocurrencia, específicamente, en la línea de investigaciones de estudios longitudinales que permitan ver los cambios de comorbilidad asociados a los patrones de desarrollo evolutivo y el avance del trastorno a través del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

Abikoff, H. y Klein, R. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 60* (6), 881-889.

Achenbach, T. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal* of *Abnormal Child Psychology. 23* (1), 45-65.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-III).* (3era. ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-III-R).* (3era. ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV).* (4ta. Edición). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Arnau, J. (1990). *Psicología Experimental.* México: Trillas.

August, G.; Crosby, R.; MacDonald, A.; Nugent, S. y Realmuto, G. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal* of *Abnormal Child Psychology. 24* (5), 571-593.

Barkley, R. (1990).*Attention Hyperactivity Disorder.* New York: The Guildford Press.

Barkley, R (1995). *Taching Charge of ADHD.* New York: The Guildford Press.

Barkley, R (1996). *Manual de trabajo del simposio del Trastorno deficitario de atención/hiperactividad en niños y adolescentes.* Caracas: CIEPI.

Barkley, R. y Mash, E. (1996). *Child Psychopathology.* New York-London: The Guilford Press.

Bauermeister, J. (1992). Factor analyses of teacher ratings of attention-deficit hyperactivity and oppositional defiant symptoms in children aged four through thirteen years. *Journal American of Clinical Child Psychology. 21* .

Baumgaertel, A.; Dietrich, M. y Wolraich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for ADHD in a German elementary school sample. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 34* (5), 629-638.

Biederman, J.; Ablon, S.; Davis, S.; Faraone, S.; Guite, J.; Kiely, K.; Mick, E.; Milberger, S.; Reed, E. y Warburton, R. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit/hiperactivity disorder. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 34* (11), 1405 - 1503.

Biederman, J.; Chen, L.; Faraone, S.; Greene, R.; Jetton, J.; Mick, E.; Milberger, S. y Russell, R. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD, patterns of comorbidity. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 35* (9), 1193 - 1204.

Biederman, J.; Faraone, S.; Park, K.; Rater, M.; Russel, R. y Weber, W. (1997). Correspondence between DSM-III-R and DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36* (12), 1682 - 1687.

Biederman, J.; Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal Psychiatry. 148* (5), 564-577.

Bird, H.; Gould, M. y Staghezza, B. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 32* (2), 361-367.

Branch, W.; Cohen, M. y Hynd, G. (1995). Academic achievement and attention-deficit/hiperactivity disorder in children with left or right hemisphere dysfuntion. *Journal of Learning Disabilities. 68* (1), 35-43.

Campagnaro, S. (1994). *Visión integral de las dificultades de aprendizaje historia-definición y evaluación adaptada a la realidad venezolana.* Publicaciones Universidad Católica Andrés Bello, Caracas: Venezuela.

Cantwell, D. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 35* (8), 978-987.

Carlson, C.; Gaub, M. y Tamm, L. (1997). Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-ocurring ADHD/ODD identified in a school population. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36* (12), 1706-1714.

Clarizio, H. (1997, Junio). *Trastornos de Conducta.* Simposio sobre Trastorno de Conducta y Depresión Infantil. Caracas:CIEPI.

Clarkin,J. Y Kendall, P. (1992). Comorbidity and treatment planning: summary and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 60* (6), 904-908.

Edelbrock, C. y Achenbach, T. (1984). The teacher version of the child behavior profile: boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 52,* (2) 207-217.

Eiraldi, R., Nezu, C. y Power, T. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder amoung 6 to 12 year - old

children. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36* (4), 503 - 514.

Faraone, S. ; Biederman, J. ; Chen, W.; Keenan, K.; Kolodny, R.; Kraus, I.; Krifcher, B.; Norman, D.; Seidman, L. y Perrin, J. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *American Journal Psychiatry. 150* (6), 891-895.

Faraone, S.; Biederman, J.; Chen, W.; Milberger, S.; Tsuang, M. y Warburton, R. (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology. 104* (2), 334-345.

Faraone, S.; Biederman, J.; Rusel, R. y Weber, W. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subpypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinical referred sample. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 37* (2), 185 - 193.

Fletcher, K.; Barkley, R.; Fischer, M. y Smallish, L. (1996). A sequential analysis of the mother-adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology. 24* (3), 271-297.

Frankel, F.; Cantwell, D.; Feinberg, D. y Myatt, R. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: effects on children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36* (8), 1056 - 1064.

Frick, P.; Chist, M.; Green, S.; Hart, E.; Lahey, B.; Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (1991a). Oppositional defiant disorder and conduct disorder in boys: patterns of behavioral covaration. *Journal of Clinical Child Psychology. 39* (2), 202-208.

Frick, P.; Kamphaus, R.; Lahey, B. y Loeber, R. (1991b). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59* (2), 289-294.

Gaub, M. y Carlson, C. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysisand critical review. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 36* (8), 1036-1045.

Gilber, J.; Defries, J. y Pennington, B. (1992). A twin study of the etiology of comorbility: Attention-deficit hyperactivity disorder and dislexia. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 31* (3), 343-348.

Gillis, J. Y DeFries, J. (1995). Comorbidity of reading and mathematics disabilities: Genetic and environmental etiologies. *Journal of Learning Disabilities. 28* (2), 96-106.

Halperin, J.; Koda, V.; Knott, P.; MacKay, K.; Newcorn, J. y Pick, L. (1997a). Noradrenergic mechanisms in ADHD children with and without reading disabilities: a replication and extension. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 36* (12), 1688-1697.

Halperin, J.; Kopstein, I.; McKay, K.; Schwartz, S.; Sharma, V. y Siever, L. (1997b). Serotonin, agression, and parental psychopathology in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 36* (10), 1391-1398.

Hammil, D. (1990). Defining learning disabilities: an emerging consensum. *Journal of Learnining Disabilities. 23* (2), 74-84.

Hersen, M. y Ammerman, R. (1995). *Advanced Abnormal Child Psychology.* Hillsdale, N.J.:L. Erlbaum.

Hinshaw, S. (1992). Academic underachievement, attention deficits, and aggression: comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 60* (6), 893-903.

Jensen, P.; Cantwell, D. y Martin, D. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-IV. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry 36* (8), 1065-1079.

Keller, M.; Beardslee, W.; Biederman, J.; Lavori, P.; Roth, J.; Schwartz, C. y Wunder, J.; (1992). The disruptive behavioral disorder in children and adolescents: comorbidity and clinical course. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry 31* (2), 204-209.

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del Comportamiento.* (2da. Edición). México: Interamericana.

Kirk, S. y Gallagher, J. (1989). *Educating Exceptional Children.* Boston: Houghton Mifflin.

Kuhne, M.; Schachar, R. y Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry 36* (12), 1715-1725.

MacDonald, V. y Achenbach, T. (1996). Attention problems versus conduct problems as six-year predictors of problem scores in a national sample. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 35* (9), 1237-1246.

Manga, D.; Fournier, C. y Navarredonda, A. (1995). Trastorno por deficit de atención en la infancia. En A. Belloch, F. Ramos y B. Sandín (Eds). *Manual de Psicopatología.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España. S.A.

McMahon, R. y Wells, K. (1989). Conduct disorders. En Mash, E. y Barkley R. (Eds). *Treatment of chilhood disorders.* New York: The Guilford Press.

Morgan, A.; Hall, J.; Hynd, G. y Riccio, C. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 35* (3), 325-333.

Nottelman, E. y Jensen. P. (1995). *Advances in Clinical Child Psychology.* New York.: Plenum Press.

Pennington, B. ; Groisser, D. y Welsh, M. (1993). Contrasting cognitive deficits in attention deficit hyperactivity disorder versus reading disability. *Developmental Psychology. 29* (3), 511-523.

Pisecco, S.; Baker, D.; Brooke, M. y Silva, P. (1996). Behavioral distinctions in children with reading disabilities and/or ADHD. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 35* (11), 1477-1484.

Rey, J. (1993). Oppositional defiant disorder. *American Journal Psychiatry 150* (12), 1769-1778.

Rodriguez, Y.; Yépez, A. y Campagnaro, S. (1997). *Estudio psicométrico epidemiológico de la escala de calificación diferencial del TDAH (escadita) - versión escuela y versión hogar.* Tesis inédita de licenciatura en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello.

Sarason, B. y Sarason, I. (1996). *Psicología Anormal. (7*ma. Edición). Madrid: Prentice Hall.

Schachar, R.; Rutter, M. y Sanderg, S. (1986). Agreement between teachers' ratings and observations of hiperactivity, inattentiveness, and defiance. *Journal* of *Abnormal Child Psychology. 20* (1), 65-82.

Schachar, R. y Tannock, R. (1995). Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 34* (5), 639-648.

Schachar, R. y Wachsmuth, R. (1990). Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology Psychiatry. 31* (8), 1089-1102.

Seidman, L.; Benedict, K.; Biederman, J.; Faraone, S.; Guite, J.; Kiely, K.; Mick, E.; Milberger, S.; Norman, D. y Seiverd, K. (1995). Effects of family history and comorbidity on the neuropsychological performance of children with ADHD: preliminary findings. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 34* (8), 1015-1024.

Semrud-Clikeman, M.; Biederman, J.; Faraone, S.; Krifcher, B.; Norman, D. y Sprich-Buckminster, S. (1992). Comorbidity between ADDH and learning disability: a review and report in a clinically referred sample. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 31* (3), 439-448.

Shaywitz, B; Fletchter, J; Shaywitz, S. (1995). Defining and classifying learning disabilities and attention-deficit/hiperactuvity disorder. *Journal of Child Neurology.10* (1) 50-57.

Sherman, D.; Iacono, W. y McGue, M. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 36* (6), 745-753.

Speltz, M.; DeKlyen, M.; Dryden, M. y Greenberg, M. (1995). Clinic referral for oppositional defiant disorder: relative significance of attachment and behavioral variables. *Journal* of *Abnormal Child Psychology. 23* (4), 487-507.

Sprich-Buckminster, S.; Biederman, J.; Faraone, S.; Krifcher, B. y Milberger, S. (1993). Are perinatal complications relevant to the manifestation of ADD? Issues of comorbidity and familiality. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 32* (5), 1032-1037.

Stanford, L. y Hynd, G. (1994). Congruence of behavioral symptomatology in children with ADD/H, ADD/WO, and Learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities. 27* (4) 243-253.

Taylor, E.; Chadwick, O.; Danckaerts, M. y Heptinstall, E. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 35* (9), 1213-1226.

Teicher, M.; Barber, N.; Glod, C. y Yutaka, M. (1996). Objetive measurement of hyperactivity and attentional problems in ADHD. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 35* (3), 334-342.

Wahler, R. (1990). Who is driving the interactions? A commentary on child an parent effects in boys conduct disorder. *Developmental Disorder. 26* (5), 702-704.

Wenar, C. (1994). *Developmental Psychopathology: From Infancy Through Adolescence.* (3era. Edición). Mc Graw Hill.

Wodrich, D. (1994). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Baltimore, London: Paulh Brookes Publishing.

Wolraich, M.; Baumgaertel, A.; Brown, J.; Hannah, J. y Pinnock, T. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-

wide sample. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 35* (3), 319-324.

ANEXO A.

ESCALA DE CALIFICACIÓN DIFERENCIAL DEL TDAH

(ESCADITA)

VERSIÓN HOGAR Y VERSIÓN ESCUELA

Nombre y apellido del niño:_____ **Edad:**_____ **Sexo:**_____

Zona Residencial: _____

ESCALA DE CALIFICACIÓN DIFERENCIAL DEL TDAH (ESCADITA) -VERSIÓN HOGAR- 6 a 12 años

Rodríguez, J., Yépez, A., Campagnaro, S. (1997)

A continuación se le presenta una lista de conductas. Marque con una "X" la alternativa que mejor desc la frecuencia con que el niño/a ha presentado esa conducta en el hogar, en los **últimos seis meses**. Por ejempl la pregunta es "Se come las uñas cuando está nervioso", Ud. debe marcar si durante los últimos seis meses, nu o casi nunca, a veces, con frecuencia, muy frecuentemente o siempre, se ha comido las uñas cuando está nervi

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuentemen siempre
"Se come las uñas cuando está nervioso"	0	1	2	3

		Nunca o casi nunca	**A veces**	**Con frecuen-cia**	**Muy frecuen mente o siemp**
1.	Tiene dificultad para fijar su atención en los detalles o comete errores por descuido, al hacer los trabajos escolares.	0	1	2	3
2.	Mueve las manos o los pies o cambia de posición en su asiento constantemente.	0	1	2	3
3.	Tiene dificultad para mantenerse atento durante las tareas o juegos.	0	1	2	3
4.	Se levanta de la mesa durante las comidas o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado/a.	0	1	2	3
5.	Parece distraído cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
6.	Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.	0	1	2	3
7.	Tiene dificultad en seguir instrucciones y en terminar el trabajo asignado.	0	1	2	3
8.	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o realizar actividades de manera calmada en su tiempo libre.	0	1	2	3
9.	Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades que debe llevar a cabo.	0	1	2	3
10.	Está en "continuo movimiento" o "como si tuviera un motor prendido constantemente".	0	1	2	3
11.	Evita tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (p. ej., trabajos escolares y seguimiento de instrucciones para realizar tareas del hogar).	0	1	2	3
12.	Habla en exceso.	0	1	2	3
13.	Pierde cosas que necesita para hacer tareas u otras actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).	0	1	2	3
14.	Contesta precipitadamente antes que terminen de hacerle la pregunta.	0	1	2	3
15.	Se distrae fácilmente.	0	1	2	3
16.	Tiene dificultad para esperar su turno.	0	1	2	3
17.	Es descuidado en las actividades diarias.	0	1	2	3

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente o siempre
18.	Interrumpe a los demás.	0	1	2	3
19.	Pierde el control (se altera, se enoja o le da rabia).	0	1	2	3
20.	Discute y desafía a los adultos.	0	1	2	3
21.	Hace cosas con la intención de molestar a otros.	0	1	2	3
22.	Se niega a cumplir normas o pedidos de los adultos.	0	1	2	3
23.	Culpa a otros por sus errores o mal comportamiento.	0	1	2	3
24.	Se muestra susceptible o fácilmente molestado por otros.	0	1	2	3
25.	Se muestra enojado/a o con rabia.	0	1	2	3
26.	Es rencoroso/a o vengativo.	0	1	2	3
27.	El rendimiento en lectura es menor al que se espera para su edad y grado de instrucción.	0	1	2	3
28.	Cuando lee invierte, omite o sustituye letras en una palabra.	0	1	2	3
29.	Cuando lee invierte, omite o sustituye palabras en una oración.	0	1	2	3
30.	Lee a un ritmo inadecuado para su grado, ignora signos de puntuación y pausas naturales de la lectura.	0	1	2	3
31.	Tiene dificultad para comprender lo que lee.	0	1	2	3
32.	El rendimiento en escritura (copia, dictado y redacción) es menor que lo esperado para su edad y grado de instrucción.	0	1	2	3
33.	Tiene dificultad en el trazado de las letras, tamaño, espacio y escritura sobre las líneas.	0	1	2	3
34.	Su ritmo de escritura es lento al compararlo con su grado.	0	1	2	3
35.	Cuando escribe invierte, omite o sustituye las letras (p. ej., sol por los, paso por sopa).	0	1	2	3
36.	Tiene dificultad para redactar una idea con sentido, usar las reglas gramaticales y de ortografía correctamente.	0	1	2	3
37.	El rendimiento en matemáticas es menor a lo esperado para su edad y grado de instrucción.	0	1	2	3
38.	Tiene dificultad para reconocer conceptos básicos (grande-pequeño, mayor que-menor que, derecha-izquierda, seriación, clasificación).	0	1	2	3
39.	Tiene dificultad para reconocer los números.	0	1	2	3
40.	Invierte o rota los números cuando los escribe (p. ej., 3 y E, 6 y 9).	0	1	2	3
41.	Tiene dificultad con las operaciones básicas (adición, sustracción, multiplicación y división) exigidas para el nivel del grado.	0	1	2	3

Nombre y apellido del niño:_____ **Edad:**_____ **Sexo:**_____
Colegio: _____ **Grado:**_____ **Sección:** _____

ESCALA DE CALIFICACIÓN DIFERENCIAL DEL TDAH (ESCADITA) -VERSIÓN ESCUELA- 6 a 12 años
Rodríguez, J., Yépez, A., Campagnaro, S. (1997)

A continuación se le presenta una lista de conductas. Marque con una "X" la alternativa que mejor des la frecuencia con que el niño/a ha presentado esa conducta en la escuela en los **últimos seis meses**. Por ejemp la pregunta es "Se come las uñas cuando está nervioso", Ud. debe marcar si durante los últimos seis meses, r o casi nunca, a veces, con frecuencia, muy frecuentemente o siempre, se ha comido las uñas cuando está nerv

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuenteme siempre
"Se come las uñas cuando está nervioso"	0	1	2	3

		Nunca o casi nunca	**A veces**	**Con frecuen-cia**	**Muy frecu mente o sien**
1.	Tiene dificultad para fijar su atención en los detalles o comete errores por descuido, al hacer los trabajos escolares.	0	1	2	3
2.	Mueve las manos o los pies o cambia de posición en su asiento constantemente.	0	1	2	3
3.	Tiene dificultad para mantenerse atento durante las tareas o juegos.	0	1	2	3
4.	Se levanta del asiento en el salón de clases o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado/a.	0	1	2	3
5.	Parece distraído cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
6.	Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.	0	1	2	3
7.	Tiene dificultad en seguir instrucciones y en terminar el trabajo asignado.	0	1	2	3
8.	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o realizar actividades de manera calmada en su tiempo libre.	0	1	2	3
9.	Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades que debe llevar a cabo.	0	1	2	3
10.	Está en "continuo movimiento" o "como si tuviera un motor prendido constantemente".	0	1	2	3
11.	Evita tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (p. ej., trabajos escolares).	0	1	2	3
12.	Habla en exceso.	0	1	2	3
13.	Pierde cosas que necesita para hacer tareas u otras actividades (p. ej., ejercicios escolares, lápices, libros).	0	1	2	3
14.	Contesta precipitadamente antes que terminen de hacerle la pregunta.	0	1	2	3
15.	Se distrae fácilmente.	0	1	2	3
16.	Tiene dificultad para esperar su turno.	0	1	2	3
17.	Es descuidado en las actividades diarias.	0	1	2	3

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente o siem
18.	Interrumpe a los demás.	0	1	2	3
19.	Pierde el control (se altera, se enoja o le da rabia).	0	1	2	3
20.	Discute y desafía a los adultos.	0	1	2	3
21.	Hace cosas con la intención de molestar a otros.	0	1	2	3
22.	Se niega a cumplir normas o pedidos de los adultos.	0	1	2	3
23.	Culpa a otros por sus errores o mal comportamiento.	0	1	2	3
24.	Se muestra susceptible o fácilmente molestado por otros.	0	1	2	3
25.	Se muestra enojado/a o con rabia.	0	1	2	3
26.	Es rencoroso/a o vengativo.	0	1	2	3
27.	El rendimiento en lectura es menor al que se espera para su edad y grado de instrucción.	0	1	2	3
28.	Cuando lee invierte, omite o sustituye letras en una palabra.	0	1	2	3
29.	Cuando lee invierte, omite o sustituye palabras en una oración.	0	1	2	3
30.	Lee a un ritmo inadecuado para su grado, ignora signos de puntuación y pausas naturales de la lectura.	0	1	2	3
31.	Tiene dificultad para comprender lo que lee.	0	1	2	3
32.	El rendimiento en escritura (copia, dictado y redacción) es menor que lo esperado para su edad y grado de instrucción.	0	1	2	3
33.	Tiene dificultad en el trazado de las letras, tamaño, espacio y escritura sobre las líneas.	0	1	2	3
34.	Su ritmo de escritura es lento al compararlo con su grado.	0	1	2	3
35.	Cuando escribe invierte, omite o sustituye las letras (p. ej., sol por los, paso por sopa).	0	1	2	3
36.	Tiene dificultad para redactar una idea con sentido, usar las reglas gramaticales y de ortografía correctamente.	0	1	2	3
37.	El rendimiento en matemáticas es menor a lo esperado para su edad y grado de instrucción.	0	1	2	3
38.	Tiene dificultad para reconocer conceptos básicos (grande-pequeño, mayor que-menor que, derecha-izquierda, seriación, clasificación).	0	1	2	3
39.	Tiene dificultad para reconocer los números.	0	1	2	3
40.	Invierte o rota los números cuando los escribe (p. ej., 3 y E, 6 y 9).	0	1	2	3
41.	Tiene dificultad con las operaciones básicas (adición, sustracción, multiplicación y división) exigidas para el nivel del grado.	0	1	2	3

ANEXO B.
ENCUESTA DE DATOS ADICIONALES.

1.	El niño tiene algún pariente que sufra del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad?	SI	NO
2.	A qué edad observó por primera vez los problemas de atención en el niño?		
3.	A qué edad observó por primera vez los problemas de intranquilidad en el niño?		
4.	Qué edad tenía el niño cuando recibió ayuda especializada?		
5.	Cuáles son los profesionales involucrados en la evaluación y tratamiento?		
	Médicos	SI	NO
	Psicólogos	SI	NO
	Neurólogos	SI	NO
	Educadores	SI	NO
6.	Qué tipo de tratamiento recibe actualmente?		
	Farmacológico	SI	NO
	Psicoeducativo (Psicopedagogía, terapia del lenguaje	SI	NO
	Terapia Familiar	SI	NO

1.	El niño tiene algún pariente que sufra del Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad?	SI	NO
2.	A qué edad observó por primera vez los problemas de atención en el niño?		
3.	A qué edad observó por primera vez los problemas de intranquilidad en el niño?		
4.	Qué edad tenía el niño cuando busco ayuda especializada?		
5.	Cuáles son los profesionales involucrados en la evaluación y tratamiento?		
	Médicos	SI	NO
	Psicólogos	SI	NO
	Neurólogos	SI	NO
	Educadores	SI	NO
6.	Qué tipo de tratamiento recibe actualmente?		
	Farmacológico	SI	NO
	Psicoeducativo (Psicopedagogía, terapia del lenguaje	SI	NO
	Terapia Familiar	SI	NO

ANEXO C.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

GRÁFICOS DE TALLO Y HOJA

Estadísticos descriptivos, gráficos de tallo y hoja
Factor Inatención, versión hogar y escuela.

Factor Inatención, versión hogar.

```
Valid cases:        55.0   Missing cases:        .0   Percent missing:      .0

Mean        1.9172  Std Err      .0797  Min        .3333  Skewness    -.3860
Median      1.8889  Variance     .3490  Max       3.0000  S E Skew     .3217
5% Trim     1.9360  Std Dev      .5907  Range     2.6667  Kurtosis     .0194
95% CI for Mean (1.7575, 2.0769)        IQR        .7778  S E Kurt     .6335

Frequency    Stem &  Leaf

    1.00 Extremes     (.3)
    1.00         0 .  5
    8.00         1 *  00011234
   19.00         1 .  5555666666677788888
   16.00         2 *  0001111222333334
    9.00         2 .  566667778
    1.00         3 *  0

Stem width:       1.00
Each leaf:        1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 13:Gráfico de caja thInat

Factor Inatención, versión escuela.

```
Valid cases:        55.0   Missing cases:        .0   Percent missing:      .0

Mean        1.8505  Std Err      .0699  Min        .2222  Skewness    -.5990
Median      1.8889  Variance     .2685  Max       3.0000  S E Skew     .3217
5% Trim     1.8670  Std Dev      .5182  Range     2.7778  Kurtosis     .9385
95% CI for Mean (1.7104, 1.9906)        IQR        .6667  S E Kurt     .6335

Frequency    Stem &  Leaf

    1.00 Extremes     (.2)
    2.00         0 .  78
    8.00         1 *  01123344
   19.00         1 .  5555566667778888888
   22.00         2 *  0000001111123333334444
    2.00         2 .  57
    1.00         3 *  0

Stem width:       1.00
Each leaf:        1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 6:Gráfico de caja teInat

Estadísticos descriptivos, gráficos de tallo y hoja
Factor Oposicionismo Desafiante, versión hogar y escuela.

Factor Oposicionismo Desafiante, versión hogar.

Valid cases: 55.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	1.2977	Std Err	.1072	Min	.0000	Skewness	.4233
Median	1.1250	Variance	.6322	Max	3.0000	S E Skew	.3217
5% Trim	1.2771	Std Dev	.7951	Range	3.0000	Kurtosis	-.7892
95% CI for Mean (1.0828, 1.5127)				IQR	1.2500	S E Kurt	.6335

```
Frequency    Stem &  Leaf

   10.00        0 *  0122233333
    9.00        0 .  566677788
   16.00        1 *  0000001112223333
    7.00        1 .  5566778
    6.00        2 *  111223
    6.00        2 .  556668
    1.00        3 *  0

Stem width:      1.00
Each leaf:       1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 14:Gráfico de caja thTOD

Factor Oposicionismo Desafiante, versión escuela.

Valid cases: 55.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	1.3159	Std Err	.1190	Min	.0000	Skewness	.1723
Median	1.3750	Variance	.7783	Max	2.8750	S E Skew	.3217
5% Trim	1.3005	Std Dev	.8822	Range	2.8750	Kurtosis	-1.2038
95% CI for Mean (1.0774, 1.5544)				IQR	1.5000	S E Kurt	.6335

```
Frequency    Stem &  Leaf

   13.00        0 *  0011112333333
   10.00        0 .  5556668888
    7.00        1 *  0022333
   10.00        1 .  5568888888
    8.00        2 *  00001133
    7.00        2 .  5568888

Stem width:      1.00
Each leaf:       1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 7:Gráfico de caja teTOD

Estadísticos descriptivos, gráficos de tallo y hoja
Factor Dificultad de Aprendizaje para la escritura, versión hogar y escuela.

Factor DA para la escritura, versión hogar.

Valid cases: 55.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	1.3018	Std Err	.1170	Min	.0000	Skewness	.0804
Median	1.2000	Variance	.7524	Max	3.0000	S E Skew	.3217
5% Trim	1.2828	Std Dev	.8674	Range	3.0000	Kurtosis	-.8916
95% CI for Mean (1.0673, 1.5363)				IQR	1.2000	S E Kurt	.6335

```
Frequency    Stem &  Leaf

   12.00        0 *  000000002244
    6.00        0 .  688888
   15.00        1 *  000022222222444
    8.00        1 .  66888888
   10.00        2 *  0022244444
    2.00        2 .  68
    2.00        3 *  00

Stem width:      1.00
Each leaf:       1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 9:Gráfico de caja thDAesc

Factor DA para la escritura, versión escuela.

Valid cases: 55.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	1.2691	Std Err	.1113	Min	.0000	Skewness	.0750
Median	1.2000	Variance	.6818	Max	3.0000	S E Skew	.3217
5% Trim	1.2576	Std Dev	.8257	Range	3.0000	Kurtosis	-.9050
95% CI for Mean (1.0459, 1.4923)				IQR	1.2000	S E Kurt	.6335

```
Frequency    Stem &  Leaf

   13.00        0 *  0000002222444
    3.00        0 .  688
   18.00        1 *  000000000222444444
    8.00        1 .  66668888
    9.00        2 *  002224444
    3.00        2 .  666
    1.00        3 *  0

Stem width:      1.00
Each leaf:       1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 2:Gráfico de caja teDAesc

Estadísticos descriptivos, gráficos de tallo y hoja
Factor Dificultad de Aprendizaje para el cálculo, versión hogar y escuela.

Factor DA para el cálculo, versión hogar.

Valid cases: 55.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	.4436	Std Err	.0844	Min	.0000	Skewness	1.7624
Median	.2000	Variance	.3921	Max	2.6000	S E Skew	.3217
5% Trim	.3626	Std Dev	.6262	Range	2.6000	Kurtosis	2.9243
95% CI for Mean (.2743, .6129)				IQR	.8000	S E Kurt	.6335

```
Frequency    Stem &  Leaf

   26.00        0 *  0000000000000000000000000
    5.00        0 t  22222
    6.00        0 f  444444
    4.00        0 s  6666
    4.00        0 .  8888
    3.00        1 *  000
    2.00        1 t  22
    1.00        1 f  4
    1.00        1 s  6
    3.00 Extremes    (2.2), (2.6)

Stem width:      1.00
Each leaf:       1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 8:Gráfico de caja thDAcal

Factor DA para el cálculo, versión escuela.

Valid cases: 55.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	.4800	Std Err	.0757	Min	.0000	Skewness	1.2735
Median	.2000	Variance	.3150	Max	2.0000	S E Skew	.3217
5% Trim	.4293	Std Dev	.5612	Range	2.0000	Kurtosis	.7545
95% CI for Mean (.3283, .6317)				IQR	.6000	S E Kurt	.6335

```
Frequency    Stem &  Leaf

   19.00        0 *  0000000000000000000
    9.00        0 t  222222222
    6.00        0 f  444444
    8.00        0 s  66666666
    2.00        0 .  88
    4.00        1 *  0000
     .00        1 t
    2.00        1 f  44
    5.00 Extremes    (1.6), (1.8), (2.0)

Stem width:      1.00
Each leaf:       1 case(s)
```

Hi-Res Chart # 1:Gráfico de caja teDAcal

ANEXO D.

CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DIFERENCIAL DEL TDAH, EN LA MUESTRA CLÍNICA Y EN LA POBLACIÓN GENERAL, VERSIÓN HOGAR Y VERSIÓN ESCUELA.

Correlaciones entre factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA), versión hogar.

- - Correlation Coefficients - -

	HDACAL	HDAESC	HDALEC	HHIPERAC	HIMP	HINAT
HDACAL	1.0000 (55) P= .	.4444 (55) P= .001	.4806 (55) P= .000	-.0387 (55) P= .779	-.0353 (55) P= .798	.1345 (55) P= .327
HDAESC	.4444 (55) P= .001	1.0000 (55) P= .	.7574 (55) P= .000	.0377 (55) P= .785	.0902 (55) P= .513	.4914 (55) P= .000
HDALEC	.4806 (55) P= .000	.7574 (55) P= .000	1.0000 (55) P= .	-.0491 (55) P= .722	-.1034 (55) P= .452	.4113 (55) P= .002
HHIPERAC	-.0387 (55) P= .779	.0377 (55) P= .785	-.0491 (55) P= .722	1.0000 (55) P= .	.6251 (55) P= .000	.2256 (55) P= .098
HIMP	-.0353 (55) P= .798	.0902 (55) P= .513	-.1034 (55) P= .452	.6251 (55) P= .000	1.0000 (55) P= .	.2520 (55) P= .063
HINAT	.1345 (55) P= .327	.4914 (55) P= .000	.4113 (55) P= .002	.2256 (55) P= .098	.2520 (55) P= .063	1.0000 (55) P= .
HTOD	-.0535 (55) P= .698	.0089 (55) P= .948	-.1957 (55) P= .152	.3796 (55) P= .004	.6124 (55) P= .000	.2106 (55) P= .123

(Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

" . " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlaciones entre factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA), versión escuela.

- - Correlation Coefficients - -

	DACAL	DAESC	DALEC	HIPERAC	IMPUL	INAT
DACAL	1.0000	.4258	.1774	-.0591	.0378	.0433
	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)
	P= .	P= .001	P= .195	P= .668	P= .784	P= .754
DAESC	.4258	1.0000	.5521	-.1317	-.0574	.3151
	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)
	P= .001	P= .	P= .000	P= .338	P= .677	P= .019
DALEC	.1774	.5521	1.0000	.0339	.0099	.2320
	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)
	P= .195	P= .000	P= .	P= .806	P= .943	P= .088
HIPERAC	-.0591	-.1317	.0339	1.0000	.6449	.2322
	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)
	P= .668	P= .338	P= .806	P= .	P= .000	P= .088
IMPUL	.0378	-.0574	.0099	.6449	1.0000	.1564
	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)
	P= .784	P= .677	P= .943	P= .000	P= .	P= .254
INAT	.0433	.3151	.2320	.2322	.1564	1.0000
	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)
	P= .754	P= .019	P= .088	P= .088	P= .254	P= .
TOD	-.0464	-.1500	.0684	.5414	.7018	-.0096
	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)	(55)
	P= .737	P= .274	P= .620	P= .000	P= .000	P= .945

(Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

" . " is printed if a coefficient cannot be computed

ANEXO E.

CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DIFERENCIAL DEL TDAH (ESCADITA), CONTROLANDO: GÉNERO, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y HERENCIA, VERSIÓN HOGAR Y VERSIÓN ESCUELA.

Correlaciones entre factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA), versión hogar, controlando la herencia.

	HDACAL	HDAESC	HDALEC	HHIPERAC	HIMP	HINAT
HDACAL	1.0000	.4322	.4701	-.0216	-.0591	.1171
	(0)	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)
	P= .	P= .001	P= .000	P= .877	P= .671	P= .399
HDAESC	.4322	1.0000	.7464	.0760	.0475	.4710
	(52)	(0)	(52)	(52)	(52)	(52)
	P= .001	P= .	P= .000	P= .585	P= .733	P= .000
HDALEC	.4701	.7464	1.0000	-.0198	-.1469	.3907
	(52)	(52)	(0)	(52)	(52)	(52)
	P= .000	P= .000	P= .	P= .887	P= .289	P= .003
HHIPERAC	-.0216	.0760	-.0198	1.0000	.6748	.2588
	(52)	(52)	(52)	(0)	(52)	(52)
	P= .877	P= .585	P= .887	P= .	P= .000	P= .059
HIMP	-.0591	.0475	-.1469	.6748	1.0000	.2262
	(52)	(52)	(52)	(52)	(0)	(52)
	P= .671	P= .733	P= .289	P= .000	P= .	P= .100
HINAT	.1171	.4710	.3907	.2588	.2262	1.0000
	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)	(0)
	P= .399	P= .000	P= .003	P= .059	P= .100	P= .
HTOD	-.0638	-.0107	-.2170	.3983	.6099	.1999
	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)
	P= .647	P= .939	P= .115	P= .003	P= .000	P= .147

(Coefficient / (D.F.) / 2-tailed Significance)

" . " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlaciones entre factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA), versión escuela, controlando la herencia.

	EDACAL	EDAD	EDAESC	EDALEC	EHIPERAC	EIMPUL
EDACAL	1.0000	-.1675	.4100	.1548	-.0611	.0399
	(0)	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)
	P= .	P= .226	P= .002	P= .264	P= .661	P= .774
EDAD	-.1675	1.0000	.2560	.4147	-.1529	-.2083
	(52)	(0)	(52)	(52)	(52)	(52)
	P= .226	P= .	P= .062	P= .002	P= .270	P= .131
EDAESC	.4100	.2560	1.0000	.5245	-.1405	-.0557
	(52)	(52)	(0)	(52)	(52)	(52)
	P= .002	P= .062	P= .	P= .000	P= .311	P= .689
EDALEC	.1548	.4147	.5245	1.0000	.0321	.0133
	(52)	(52)	(52)	(0)	(52)	(52)
	P= .264	P= .002	P= .000	P= .	P= .818	P= .924
EHIPERAC	-.0611	-.1529	-.1405	.0321	1.0000	.6452
	(52)	(52)	(52)	(52)	(0)	(52)
	P= .661	P= .270	P= .311	P= .818	P= .	P= .000
EIMPUL	.0399	-.2083	-.0557	.0133	.6452	1.0000
	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)	(0)
	P= .774	P= .131	P= .689	P= .924	P= .000	P= .
EINAT	.0236	.0822	.2855	.2047	.2333	.1608
	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)
	P= .866	P= .555	P= .036	P= .138	P= .089	P= .246
ETOD	-.0579	.0982	-.1815	.0511	.5424	.7057
	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)	(52)
	P= .677	P= .480	P= .189	P= .714	P= .000	P= .000

Correlaciones entre factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA), versión escuela, controlando el género.

	EDACAL	EDAESC	EDALEC	EHIPERAC	EIMPUL	EINAT
EDACAL	1.0000 (0) P= .	.4370 (52) P= .001	.1990 (52) P= .149	-.0820 (52) P= .555	.0311 (52) P= .823	.0405 (52) P= .771
EDAESC	.4370 (52) P= .001	1.0000 (0) P= .	.5475 (52) P= .000	-.1149 (52) P= .408	-.0509 (52) P= .715	.3194 (52) P= .019
EDALEC	.1990 (52) P= .149	.5475 (52) P= .000	1.0000 (0) P= .	.0825 (52) P= .553	.0256 (52) P= .854	.2433 (52) P= .076
EHIPERAC	-.0820 (52) P= .555	-.1149 (52) P= .408	.0825 (52) P= .553	1.0000 (0) P= .	.6463 (52) P= .000	.2308 (52) P= .093
EIMPUL	.0311 (52) P= .823	-.0509 (52) P= .715	.0256 (52) P= .854	.6463 (52) P= .000	1.0000 (0) P= .	.1543 (52) P= .265
EINAT	.0405 (52) P= .771	.3194 (52) P= .019	.2433 (52) P= .076	.2308 (52) P= .093	.1543 (52) P= .265	1.0000 (0) P= .
ETOD	-.0481 (52) P= .730	-.1491 (52) P= .282	.0731 (52) P= .599	.5525 (52) P= .000	.7027 (52) P= .000	-.0101 (52) P= .942

(Coefficient / (D.F.) / 2-tailed Significance)

Correlaciones entre factores de la Escala de Calificación Diferencial del TDAH (ESCADITA), versión hogar, controlando el género.

	HDACAL	HDAESC	HDALEC	HHIPERAC	HIMP	HINAT
HDACAL	1.0000 (0) P= .	.4439 (52) P= .001	.4924 (52) P= .000	-.0513 (52) P= .713	-.0446 (52) P= .749	.1332 (52) P= .337
HDAESC	.4439 (52) P= .001	1.0000 (0) P= .	.7693 (52) P= .000	.0324 (52) P= .816	.0870 (52) P= .532	.4910 (52) P= .000
HDALEC	.4924 (52) P= .000	.7693 (52) P= .000	1.0000 (0) P= .	-.0134 (52) P= .923	-.0776 (52) P= .577	.4214 (52) P= .002
HHIPERAC	-.0513 (52) P= .713	.0324 (52) P= .816	-.0134 (52) P= .923	1.0000 (0) P= .	.6068 (52) P= .000	.2236 (52) P= .104
HIMP	-.0446 (52) P= .749	.0870 (52) P= .532	-.0776 (52) P= .577	.6068 (52) P= .000	1.0000 (0) P= .	.2497 (52) P= .069
HINAT	.1332 (52) P= .337	.4910 (52) P= .000	.4214 (52) P= .002	.2236 (52) P= .104	.2497 (52) P= .069	1.0000 (0) P= .
HTOD	-.0638 (52) P= .647	.0039 (52) P= .978	-.1715 (52) P= .215	.3462 (52) P= .010	.5962 (52) P= .000	.2075 (52) P= .132

ANEXO F.

ANÁLISIS DE VARIANZA PARA LA VARIABLE EDAD.

Análisis de varianza, controlando edad, para el factor Inatención, versión hogar.

Variable THINAT
By Variable EDAD

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	2.0862	.3477	.9959	.4390
Within Groups	48	16.7587	.3491		
Total	54	18.8449			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	1.7654	.7274	.2425	1.2063	TO	2.3246
Grp 7	3	2.6296	.0642	.0370	2.4703	TO	2.7890
Grp 8	12	1.9444	.6906	.1994	1.5056	TO	2.3833
Grp 9	14	1.7778	.3994	.1068	1.5472	TO	2.0084
Grp10	10	1.9889	.5843	.1848	1.5709	TO	2.4069
Grp11	4	1.8889	.6351	.3175	.8784	TO	2.8994
Grp12	3	2.0000	.6759	.3902	.3210	TO	3.6790
Total	55	1.9172	.5907	.0797	1.7575	TO	2.0769

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	.3333	2.7778
Grp 7	2.5556	2.6667
Grp 8	.5556	3.0000
Grp 9	1.0000	2.3333
Grp10	1.0000	2.8889
Grp11	1.2222	2.6667
Grp12	1.5556	2.7778
TOTAL	.3333	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
1.2563	6	48	.295

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .4178 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

(*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

Mean	EDAD	Grp 6	Grp 9	Grp 11	Grp 8	Grp 10	Grp 12	Grp 7
1.7654	Grp 6							
1.7778	Grp 9							
1.8889	Grp11							
1.9444	Grp 8							
1.9889	Grp10							
2.0000	Grp12							
2.6296	Grp 7	*	*					

Análisis de varianza, controlando edad,para el factor inatención, versión escuela.

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	2.0372	.3395	1.3078	.2719
Within Groups	48	12.4620	.2596		
Total	54	14.4992			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Grp 6	9	1.7284	.6529	.2176	1.2265 TO 2.2303
Grp 7	3	2.2593	.2313	.1335	1.6847 TO 2.8338
Grp 8	12	1.5833	.5882	.1698	1.2096 TO 1.9570
Grp 9	14	1.9841	.2786	.0745	1.8233 TO 2.1450
Grp10	10	1.9889	.6339	.2004	1.5355 TO 2.4423
Grp11	4	1.7222	.2645	.1322	1.3014 TO 2.1431
Grp12	3	1.9630	.3902	.2253	.9936 TO 2.9323
Total	55	1.8505	.5182	.0699	1.7104 TO 1.9906

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	.7778	2.5556
Grp 7	2.0000	2.4444
Grp 8	.2222	2.4444
Grp 9	1.3333	2.3333
Grp10	1.0000	3.0000
Grp11	1.5556	2.1111
Grp12	1.5556	2.3333
TOTAL	.2222	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
2.0212	6	48	.081

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .3603 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

(*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

Mean	EDAD	Grp 8	Grp11	Grp 6	Grp12	Grp 9	Grp10	Grp 7
1.5833	Grp 8							
1.7222	Grp11							
1.7284	Grp 6							
1.9630	Grp12							
1.9841	Grp 9							
1.9889	Grp10							
2.2593	Grp 7	*						

Análisis de varianza, controlando edad, para el factor Impulsividad, versión hogar.

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	4.2524	.7087	1.5117	.1946
Within Groups	48	22.5032	.4688		
Total	54	26.7556			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	2.0000	.4082	.1361	1.6862	TO	2.3138
Grp 7	3	2.5556	.1925	.1111	2.0775	TO	3.0336
Grp 8	12	2.1111	.7011	.2024	1.6656	TO	2.5566
Grp 9	14	1.9762	.6726	.1798	1.5878	TO	2.3645
Grp10	10	1.6000	.8135	.2572	1.0181	TO	2.1819
Grp11	4	1.3333	1.0541	.5270	-.3439	TO	3.0106
Grp12	3	2.1111	.5092	.2940	.8462	TO	3.3760
Total	55	1.9333	.7039	.0949	1.7430	TO	2.1236

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	1.3333	2.3333
Grp 7	2.3333	2.6667
Grp 8	1.3333	3.0000
Grp 9	.6667	3.0000
Grp10	.3333	3.0000
Grp11	.0000	2.3333
Grp12	1.6667	2.6667
TOTAL	.0000	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
1.8251	6	48	.114

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .4842 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

(*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

Mean	EDAD	Grp11	Grp10	Grp 9	Grp 6	Grp 8	Grp12	Grp 7
1.3333	Grp11							
1.6000	Grp10							
1.9762	Grp 9							
2.0000	Grp 6							
2.1111	Grp 8							
2.1111	Grp12							
2.5556	Grp 7	*	*					

Análisis de varianza, controlando edad, para el factor Impulsividad, versión escuela.

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	4.2386	.7064	1.0731	.3918
Within Groups	48	31.5997	.6583		
Total	54	35.8384			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	1.8889	.5528	.1843	1.4640	TO	2.3138
Grp 7	3	2.4444	.5092	.2940	1.1796	TO	3.7093
Grp 8	12	1.4722	.7844	.2264	.9738	TO	1.9706
Grp 9	14	1.7143	.8150	.2178	1.2437	TO	2.1849
Grp10	10	1.4333	.8614	.2724	.8171	TO	2.0495
Grp11	4	1.1667	1.2323	.6161	-.7941	TO	3.1275
Grp12	3	1.6667	1.0000	.5774	-.8175	TO	4.1508
Total	55	1.6364	.8147	.1098	1.4161	TO	1.8566

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	1.0000	3.0000
Grp 7	2.0000	3.0000
Grp 8	.3333	2.6667
Grp 9	.0000	2.6667
Grp10	.0000	2.6667
Grp11	.0000	2.6667
Grp12	.6667	2.6667
TOTAL	.0000	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
1.0484	6	48	.406

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .5737 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

(*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

Mean	EDAD	Grp11	Grp10	Grp 8	Grp12	Grp 9	Grp 6	Grp 7
1.1667	Grp11							
1.4333	Grp10							
1.4722	Grp 8							
1.6667	Grp12							
1.7143	Grp 9							
1.8889	Grp 6							
2.4444	Grp 7	*						

Análisis de varianza, controlando edad, para el factor Oposicionista Desafiante, versión hogar.

Variable THTOD
By Variable EDAD

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	2.4984	.4164	.6317	.7042
Within Groups	48	31.6420	.6592		
Total	54	34.1403			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	1.1389	.7842	.2614	.5361	TO	1.7417
Grp 7	3	1.5417	.8323	.4805	-.5259	TO	3.6092
Grp 8	12	1.5833	.6749	.1948	1.1545	TO	2.0121
Grp 9	14	1.3304	.8184	.2187	.8578	TO	1.8029
Grp10	10	1.1375	1.0315	.3262	.3996	TO	1.8754
Grp11	4	.8438	.7996	.3998	-.4285	TO	2.1160
Grp12	3	1.3750	.2500	.1443	.7540	TO	1.9960
Total	55	1.2977	.7951	.1072	1.0828	TO	1.5127

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	.3750	2.3750
Grp 7	1.0000	2.5000
Grp 8	.7500	2.6250
Grp 9	.2500	3.0000
Grp10	.1250	2.8750
Grp11	.0000	1.7500
Grp12	1.1250	1.6250
TOTAL	.0000	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
1.2125	6	48	.316

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .5741 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

- No two groups are significantly different at the .050 level

Análisis de varianza, controlando edad, DA para la lectura, versión hogar.

Variable THDALEC
By Variable EDAD

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	3.8945	.6491	.6446	.6940
Within Groups	48	48.3310	1.0069		
Total	54	52.2255			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	.8000	1.2124	.4041	-.1320	TO	1.7320
Grp 7	3	1.4000	1.4000	.8083	-2.0778	TO	4.8778
Grp 8	12	1.0000	.8780	.2535	.4421	TO	1.5579
Grp 9	14	1.1571	.9517	.2543	.6077	TO	1.7066
Grp10	10	.9000	.8069	.2552	.3228	TO	1.4772
Grp11	4	1.4500	1.2369	.6185	-.5182	TO	3.4182
Grp12	3	1.8667	.9866	.5696	-.5842	TO	4.3175
Total	55	1.0909	.9834	.1326	.8251	TO	1.3568

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	.0000	2.6000
Grp 7	.0000	2.8000
Grp 8	.0000	3.0000
Grp 9	.0000	2.8000
Grp10	.0000	2.4000
Grp11	.0000	3.0000
Grp12	1.2000	3.0000
TOTAL	.0000	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
.7090	6	48	.644

Variable THDALEC
By Variable EDAD

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .7095 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

- No two groups are significantly different at the .050 level

Análisis de varianza, controlando edad, DA para la Escritura, versión hogar.

Variable THDAESC
By Variable EDAD

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	5.1816	.8636	1.1694	.3383
Within Groups	48	35.4482	.7385		
Total	54	40.6298			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	.8222	1.1200	.3733	-.0387	TO	1.6831
Grp 7	3	1.8000	1.5875	.9165	-2.1435	TO	5.7435
Grp 8	12	1.3167	.7158	.2066	.8618	TO	1.7715
Grp 9	14	1.4000	.6702	.1791	1.0130	TO	1.7870
Grp10	10	1.0800	.6052	.1914	.6471	TO	1.5129
Grp11	4	1.8000	.4320	.2160	1.1125	TO	2.4875
Grp12	3	1.8000	1.5875	.9165	-2.1435	TO	5.7435
Total	55	1.3018	.8674	.1170	1.0673	TO	1.5363

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	.0000	2.8000
Grp 7	.0000	3.0000
Grp 8	.0000	2.4000
Grp 9	.6000	2.6000
Grp10	.0000	2.0000
Grp11	1.4000	2.4000
Grp12	.0000	3.0000
TOTAL	.0000	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
3.8546	6	48	.003

Variable THDAESC
By Variable EDAD

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .6077 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

- No two groups are significantly different at the .050 level

Análisis de varianza, controlando edad, DA para la escritura, versión escuela.

By Variable EDAD

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	7.0573	1.1762	1.8971	.1006
Within Groups	48	29.7601	.6200		
Total	54	36.8175			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	.5556	1.0899	.3633	-.2822	TO	1.3933
Grp 7	3	1.7333	1.3317	.7688	-1.5747	TO	5.0414
Grp 8	12	1.1500	.6038	.1743	.7664	TO	1.5336
Grp 9	14	1.4714	.6684	.1786	1.0855	TO	1.8574
Grp10	10	1.5800	.6893	.2180	1.0869	TO	2.0731
Grp11	4	1.2500	.6608	.3304	.1985	TO	2.3015
Grp12	3	1.4667	.8083	.4667	-.5413	TO	3.4746
Total	55	1.2691	.8257	.1113	1.0459	TO	1.4923

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	.0000	3.0000
Grp 7	.2000	2.6000
Grp 8	.2000	2.4000
Grp 9	.2000	2.6000
Grp10	.4000	2.6000
Grp11	.4000	2.0000
Grp12	.6000	2.2000
TOTAL	.0000	3.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
1.2199	6	48	.313

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .5568 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

(*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

Mean	EDAD	Grp 6	Grp 8	Grp11	Grp12	Grp 9	Grp10	Grp 7
.5556	Grp 6							
1.1500	Grp 8							
1.2500	Grp11							
1.4667	Grp12							
1.4714	Grp 9							
1.5800	Grp10					*		
1.7333	Grp 7					*	*	

Análisis de varianza, controlando edad, DA para el cálculo, versión escuela.

Valid Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	6.00	9	16.4	16.4	16.4
	7.00	3	5.5	5.5	21.8
	8.00	12	21.8	21.8	43.6
	9.00	14	25.5	25.5	69.1
	10.00	10	18.2	18.2	87.3
	11.00	4	7.3	7.3	94.5
	12.00	3	5.5	5.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Mean	8.673	Median	9.000	Mode	9.000
Std dev	1.678	Kurtosis	-.562	S E Kurt	.634
Skewness	-.019	S E Skew	.322	Minimum	6.000
Maximum	12.000				

Percentile	Value	Percentile	Value	Percentile	Value
25.00	8.000	50.00	9.000	75.00	10.000

Valid cases 55 Missing cases 0

Variable TEDACAL
By Variable EDAD

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	1.5191	.2532	.7846	.5862
Within Groups	48	15.4889	.3227		
Total	54	17.0080			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
Grp 6	9	.6222	.8913	.2971	-.0629	TO	1.3073
Grp 7	3	.8000	.7211	.4163	-.9914	TO	2.5914
Grp 8	12	.3167	.2758	.0796	.1414	TO	.4919
Grp 9	14	.6000	.6421	.1716	.2293	TO	.9707
Grp10	10	.4000	.4216	.1333	.0984	TO	.7016
Grp11	4	.1500	.3000	.1500	-.3274	TO	.6274
Grp12	3	.5333	.1155	.0667	.2465	TO	.8202
Total	55	.4800	.5612	.0757	.3283	TO	.6317

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 6	.0000	2.0000
Grp 7	.0000	1.4000
Grp 8	.0000	.8000
Grp 9	.0000	1.8000
Grp10	.0000	1.0000
Grp11	.0000	.6000
Grp12	.4000	.6000
TOTAL	.0000	2.0000

Levene Test for Homogeneity of Variances

Statistic	df1	df2	2-tail Sig.
5.7217	6	48	.000

Multiple Range Tests: LSD test with significance level .05

The difference between two means is significant if
MEAN(J)-MEAN(I) >= .4017 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))
with the following value(s) for RANGE: 2.84

- No two groups are significantly different at the .050 level

ANEXO G.

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS DE MEDIAS ENTRE EL TRASTORNO DEFICITARIO DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TIPO COMBINADO CON DA Y EL TOD, VERSIÓN HOGAR Y VERSIÓN ESCUELA.

Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad - tipo combinado, versión hogar y versión escuela.

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
TETOD				
TCOMB 0	27	1.6065	.748	.144
TCOMB 1	28	1.0357	.923	.174

Mean Difference = .5708

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1.300 P= .259

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	2.51	53	.015	.227	(.115, 1.026)
Unequal	2.52	51.50	.015	.226	(.117, 1.025)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
THTOD				
TCOMB 0	27	1.4491	.724	.139
TCOMB 1	28	1.1518	.845	.160

Mean Difference = .2973

Levene's Test for Equality of Variances: F= .479 P= .492

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	1.40	53	.168	.213	(-.129, .724)
Unequal	1.40	52.29	.167	.212	(-.128, .723)

Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad-tipo combinado, versión hogar.

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
THDACAL				
TCOMB 0	27	.4370	.505	.097
TCOMB 1	28	.4500	.734	.139

Mean Difference = -.0130

Levene's Test for Equality of Variances: F= 3.478 P= .068

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-.08	53	.940	.170	(-.355, .329)
Unequal	-.08	48.04	.939	.169	(-.354, .328)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
THDAESC				
TCOMB 0	27	1.3556	.897	.173
TCOMB 1	28	1.2500	.851	.161

Mean Difference = .1056

Levene's Test for Equality of Variances: F= .396 P= .532

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	.45	53	.656	.236	(-.367, .578)
Unequal	.45	52.58	.656	.236	(-.368, .579)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
THDALEC				
TCOMB 0	27	1.0815	.888	.171
TCOMB 1	28	1.1000	1.084	.205

Mean Difference = -.0185

Levene's Test for Equality of Variances: F= 2.552 P= .116

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-.07	53	.945	.268	(-.556, .519)
Unequal	-.07	51.67	.945	.267	(-.554, .517)

Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad-tipo combinado, versión escuela.

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
TEDACAL				
TCOMB 0	27	.5111	.593	.114
TCOMB 1	28	.4500	.538	.102

Mean Difference = .0611

Levene's Test for Equality of Variances: F= .270 P= .605

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	.40	53	.690	.153	(-.245, .367)
Unequal	.40	52.06	.691	.153	(-.246, .368)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
TEDALEC				
TCOMB 0	27	1.3778	.971	.187
TCOMB 1	28	.7857	.742	.140

Mean Difference = .5921

Levene's Test for Equality of Variances: F= 5.847 P= .019

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	2.55	53	.014	.233	(.126, 1.059)
Unequal	2.53	48.68	.015	.234	(.122, 1.062)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
TEDAESC				
TCOMB 0	27	1.3481	.890	.171
TCOMB 1	28	1.1929	.767	.145

Mean Difference = .1553

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1.979 P= .165

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	.69	53	.491	.224	(-.294, .604)
Unequal	.69	51.25	.492	.224	(-.295, .606)

ANEXO H.

PORCENTAJES DE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEFICITARIO DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDADCON DA Y EL TOD, VERSIÓN HOGAR Y VERSIÓN ESCUELA.

TDAH tipo combinado, versión hogar

TTHTOD	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	32 78.0	10 71.4	42 76.4
	1.00	9 22.0	4 28.6	13 23.6
	Column Total	41 74.5	14 25.5	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTHLEC	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	33 80.5	10 71.4	43 78.2
	1.00	8 19.5	4 28.6	12 21.8
	Column Total	41 74.5	14 25.5	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTHESC	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	34 82.9	7 50.0	41 74.5
	1.00	7 17.1	7 50.0	14 25.5
	Column Total	41 74.5	14 25.5	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTHCAL	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	39 95.1	13 92.9	52 94.5
	1.00	2 4.9	1 7.1	3 5.5
	Column Total	41 74.5	14 25.5	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TDAH, con predomino del Déficit de Atención, versión hogar

TTHTOD	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	25 86.2	19 73.1	44 80.0
	1.00	4 13.8	7 26.9	11 20.0
	Column Total	29 52.7	26 47.3	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTHLEC	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	26 89.7	17 65.4	43 78.2
	1.00	3 10.3	9 34.6	12 21.8
	Column Total	29 52.7	26 47.3	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTHESC	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	26 89.7	15 57.7	41 74.5
	1.00	3 10.3	11 42.3	14 25.5
	Column Total	29 52.7	26 47.3	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTHCAL	Col Pct	.00	1.00	Row Total
	.00	27 93.1	25 96.2	52 94.5
	1.00	2 6.9	1 3.8	3 5.5
	Column Total	29 52.7	26 47.3	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TDAH, tipo Hiperactivo-impulsivo, versión escuela

TTECAL	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	38 97.4	16 100.0	54 98.2
	1.00	1 2.6		1 1.8
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTEESC	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	28 71.8	14 87.5	42 76.4
	1.00	11 28.2	2 12.5	13 23.6
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTELEC	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	27 69.2	13 81.3	40 72.7
	1.00	12 30.8	3 18.8	15 27.3
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTETOD	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	33 84.6	7 43.8	40 72.7
	1.00	6 15.4	9 56.3	15 27.3
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TDAH, tipo Hiperactivo-impulsivo, versión escuela

TTETOD	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	33 84.6	7 43.8	40 72.7
	1.00	6 15.4	9 56.3	15 27.3
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTELEC	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	27 69.2	13 81.3	40 72.7
	1.00	12 30.8	3 18.8	15 27.3
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTEESC	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	28 71.8	14 87.5	42 76.4
	1.00	11 28.2	2 12.5	13 23.6
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0

TTECAL	Col Pct	No Trast Transtorno 0	no 1	Row Total
	.00	38 97.4	16 100.0	54 98.2
	1.00	1 2.6		1 1.8
	Column Total	39 70.9	16 29.1	55 100.0

Number of Missing Observations: 0