



*Asociación de Psicología de Puerto Rico*

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

[www.asppr.net](http://www.asppr.net) E-mail: [info@asppr.net](mailto:info@asppr.net)

Revista Puertorriqueña de Psicología  
Volumen 16, 2005

# Comparación de la Sintomatología Internalizante y Externalizante en un Grupo de Niños y Niñas con y sin Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

*Omayra Rivera Rivera*  
*Alfonso Martínez*  
*Taboas & José A. Pérez<sup>1</sup>*  
*Universidad Carlos Albizu*

<sup>1</sup>Para comunicarse con los autores, escriba a la Universidad Carlos Albizu, P. O. Box 9023711, San Juan, Puerto, 00902-3711.

## Resumen

---

**E**n este estudio se comparó la sintomatología internalizante y externalizante en un grupo de niños y niñas con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y un grupo de niños y niñas sin el TDAH. Participaron 90 estudiantes entre 8 y 12 años, los cuales fueron subdivididos en 45 niños y niñas con TDAH y 45 niños y niñas sin TDAH. Se administró el Inventario de Depresión de Niños de Kovacs (IDN), los padres contestaron el *ADHD Rating Scale* y los maestros el Inventario de Comportamiento Escuela (IDC-E). Para el análisis de datos se realizaron pruebas t para muestras independientes. Los resultados reflejaron que los niños y niñas diagnosticados con TDAH mostraron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología internalizante, la externalizante e índice académico al ser comparados con los niños y niñas sin el diagnóstico. Contrario a otras investigaciones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los diferentes subtipos de TDAH y la sintomatología externalizante e internalizante. Los resultados reflejaron diferencias significativas por género en la escala de ansiedad, no así para la depresión ni en la escala de irritabilidad-hostilidad.

Palabras Clave: Hiperactividad, Psicopatología, Género

## Abstract

---

This study compared internalizing and externalizing symptoms in a group of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) with a control group without ADHD. A total of 90 students between the ages of 8 to 12 participated in the study. Half of the participants (45) were diagnosed with ADHD and the remaining 45 were not. Students were administered the Children's Depression Inventory (CDI); the ADHD Rating Scale was administered to parents; and teachers completed the *Inventario de Comportamiento-Escuela* (IDC-E). T tests were conducted for data analysis in independent samples. The results demonstrated a significant statistical difference in internalizing and externalizing symptomatology as well as for school performance in children with ADHD compared to those without the diagnoses. Contrary to previous investigations, no significant statistical differences were found between the ADHD classification subtypes and the internalizing and externalizing symptoms. Results indicate a significant statistical difference for the gender variable in the anxiety scale but not so for the depression and irritability-hostility scale.

Key words: Hyperactivity, Psychopathology, Gender

A nivel internacional, el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en niños y adolescentes (Buitelaar, 2002). También es uno de los trastornos que más motiva a los padres y las madres a buscar para su hijo o hija ayuda psiquiátrica o psicológica en centros especializados de salud mental (Cantwell, 1996). El TDAH es una condición seria, que puede tener graves consecuencias en la vida de una persona. Interfiere en diversas áreas del desarrollo normal, el funcionamiento académico u ocupacional, las relaciones interpersonales y en la autoestima (Bauermeister, 2000; Frick & Silverthorn, 2001). La evaluación para su diagnóstico debe ser cuidadosa. El tratamiento es complejo y requiere un enfoque y esfuerzo integrado de la familia, los maestros y profesionales de la salud (Jensen & the MTA Group, 2002; Schroeder & Gordon, 2002).

No todos los niños y niñas que padecen del TDAH exhiben los mismos problemas. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) identifica tres subtipos de TDAH: (a) tipo predominantemen-

te inatento (TDAH-I) para niños y niñas quienes tienen un déficit de atención sin hiperactividad e impulsividad, (b) tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI), para quienes los síntomas de hiperactividad-impulsividad son prominentes, y (c) tipo combinado (TDAH-C) para quienes muestran una sintomatología tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad (Wheeler & Carlson, 2000). En el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), el TDAH-I se define en términos de la presencia de seis de los nueve síntomas de falta de atención y cinco o menos síntomas de hiperactividad e impulsividad durante los últimos seis meses. En contraste, el TDAH-HI se define en términos de la presencia de seis o más síntomas de hiperactividad e impulsividad y cinco o menos síntomas de falta de atención durante los últimos seis meses. Finalmente, el TDAH-C presenta seis síntomas o más de ambas dimensiones.

En su revisión de literatura, Buitelaar (2002) indica que usualmente los niños referidos a clínicas psiquiátricas son diagnosticados con el tipo combinado (TDAH-C). Esto es así ya que el tipo combina-

do suele asociarse con más severidad en los impedimentos psicossociales y más comorbilidad con otros trastornos externalizantes (ejemplos: conducta disocial y oposicional/desafiante). Sin embargo, en casi todos los estudios epidemiológicos de comunidad, el tipo inatento es el más común, tanto informado por padres como por maestros (Buitelaar, 2002). Por otra parte, las niñas suelen ser diagnosticadas con mayor frecuencia con TDAH-I, poseen más problemas cognoscitivos y de aprendizaje y la comorbilidad suele ser más común con los trastornos internalizantes (ejemplos: ansiedad y depresión). Por otro lado, algunos estudios reflejan que el TDAH-HI es el menos frecuente de los tres sub-tipos (Nolan, Gadow & Sprafkin, 2001).

La comorbilidad se refiere a la condición en la cual dos o más trastornos están presentes en una misma persona (Angold, Costello & Erkanli, 1999; Pliska, Carlson & Swanson, 1999). La misma afecta la investigación y la práctica clínica porque influye en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Desde una perspectiva clínica, los pacientes TDAH con comorbilidad pueden responder de una forma diferente a acercamientos terapéuticos específicos. Se ha encontrado que los niños y niñas con TDAH tienen mayor comorbilidad tanto en trastornos internalizantes como en trastornos externalizantes al ser comparados con grupos controles. Por trastornos internalizantes nos refe-

rimos a un núcleo de conductas dirigidas hacia la propia persona, como lo sería la depresión, la ansiedad y trastornos somáticos. Por trastornos externalizantes nos referimos a un grupo de conductas dirigidas hacia el exterior, como lo sería la hiperactividad y las conductas antisociales. La evidencia científica indica que los niños y niñas con TDAH-HI tienen mayor probabilidad de presentar comorbilidad con trastornos externalizantes tales como el Trastorno de Conducta (TC) y el Trastorno Oposicional Desafiante (TOD) mientras que los niños y las niñas con TDAH-I presentan mayor comorbilidad con los trastornos internalizantes como son el trastorno de ansiedad o depresión (March et al., 2000; Plitzka, Carlson, & Swanson, 1999).

La prevalencia del TDAH (ya sea con o sin hiperactividad) en niños y niñas y adolescentes puertorriqueños de 4 a 16 años de edad es de 9.5% (Bird et al., 1988). En un estudio epidemiológico más reciente, incluyendo a niños y niñas entre los 4-17 años, se determinó una prevalencia en el último año de un 8.0% (Canino et al., 2004). Estudios epidemiológicos llevados a cabo en los EEUU determinan que el TDAH afecta del 3 al 5% de la población infantil (Anastopoulos, 1999; Buitelaar, 2002). Un 50% a 80% de los niños y niñas referidos a clínicas de salud mental por TDAH continúan con los síntomas del trastorno en la adolescencia y alrededor del 60% mantiene el diagnóstico en la adul-

tez joven (Barkley, 1998; Biederman, Faraone, Keenan, & Tsuang, 1991; Brown, 2000; McGough & Barkley, 2004).

Son múltiples los factores que explican la etiología de esta condición. A través de la literatura se documenta cómo los factores genéticos, neurológicos, familiares y ambientales, entre otros, contribuyen de una forma u otra al desarrollo y mantenimiento del TDAH (Barkley, 1998; Bauermeister, 2000; Biederman, et al., 1995; Brown, 2000; Levi, Hay, Mcstephan, Word, & Walkman, 1997; Schroeder & Gordon, 2002).

De acuerdo a las investigaciones, los varones son más propensos a desarrollar este trastorno que las hembras a razón de 3:1 a 9:1 (véase la revisión de Heptinstall & Taylor, 2002). Los estudios basados en muestras clínicas magnifican estas diferencias, mientras que estudios de comunidad suelen reportar una proporción más baja (3:1). En muestras clínicas la diferencia de género se maximiza debido a que el TDAH en varones es más comórbido con el trastorno disocial y también a que los varones suelen presentar un TDAH más marcado por la hiperactividad y el descontrol conductual. Estudios llevados a cabo en Hong Kong, Puerto Rico, Australia, Colombia y Brasil sostienen esta diferencia por género (Heptinstall & Taylor, 2002). Un meta-análisis de 18 estudios independientes, determinó que los varones con TDAH tienden a presentar más síntomas

de hiperactividad e impulsividad, mientras las niñas manifiestan más problemas de inatención (Gaub & Carlson, 1997).

Este estudio tuvo varios propósitos. En primer lugar, examinar la hipótesis de que el grupo de participantes con TDAH presenta mayores problemas internalizantes y externalizantes que un grupo control de participantes sin TDAH. En segundo lugar, hipotetizamos que los niños y niñas con TDAH presentarían más problemas académicos que los participantes sin TDAH. En tercer lugar, poner a prueba la idea de que las niñas y los niños con TDAH muestran perfiles comórbidos diferentes: las niñas más síntomas de trastornos internalizantes y los niños más síntomas externalizantes. En cuarto lugar, hipotetizamos que los participantes con TDAH-I muestran perfiles comórbidos de tipo internalizante con mayor frecuencia y que los participantes con TDAH-C muestran perfiles comórbidos de tipo externalizante con mayor frecuencia. En quinto lugar, nos propusimos indagar si el *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul, Power, Anastopoulos, & Reid, 1998) puede identificar y diferenciar a los niños con diagnóstico clínico de TDAH de aquellos sin diagnóstico de TDAH. Esta labor es necesaria, ya que en Puerto Rico se necesitan instrumentos de cernimiento clínico que posean confiabilidad y validez al momento de auscultar sintomatología clínica.

## Método

### Participantes

El total de participantes en el estudio fue 90 niños y niñas. De éstos 50 (55.6%) fueron niños y 40 (44.5%) niñas. Las edades de los participantes fluctuaron entre 8 y 12 años, con una edad promedio de 9.8 años (DE = 1.27). Los participantes fueron subdivididos en 45 niños y niñas con TDAH y 45 niños y niñas sin TDAH. La edad promedio de los niños y niñas con TDAH fue de 9.65 años (DE = 1.335) mientras que en los niños y niñas sin TDAH fue de 10.04 (DE = 1.179). Ambos grupos de participantes fueron a su vez subdivididos en 25 niños y 20 niñas.

Los participantes cursaban el tercero, cuarto, quinto y sexto grado. De todos los estudiantes participantes, 74 (82.2%) provenían de escuela pública y 16 (17.8%) de tres escuelas privadas diferentes. El índice académico fluctuó desde .00 a 4.00 con un promedio de 2.72 (DE = .916). El mismo se obtuvo consultando a la maestra de salón hogar, quien suministró el promedio general académico de cada estudiante. Todos los participantes eran residentes del área metropolitana, divididos en 74 (81.1%) de zona urbana y 17 (18.9%) de zona rural. El ingreso mensual de los padres fluctuó desde \$300.00 hasta \$7,000.00 con un ingreso promedio de \$2,040.27 (DE = 1551.77). Del to-

tal de niños y niñas diagnosticados con TDAH, 20 (44.4%) recibe tratamiento psicológico, 25 (55.6%) recibe tratamiento psiquiátrico y 24 (53.3%) se encuentra tomando medicamentos, siendo el Ritalín el medicamento más utilizado (51% de los participantes lo utilizan).

### Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en este estudio estuvieron dirigidos a evaluar variables demográficas así como medir la sintomatología internalizante y externalizante en niños y niñas con y sin TDAH. De igual forma, se pretendió determinar si estos instrumentos eran específicos y sensitivos a la población con TDAH. Por especificidad nos referimos a que el instrumento pueda identificar qué personas no tienen el TDAH. Por sensibilidad nos referimos a que el instrumento pueda detectar aquellas personas con el trastorno.

#### *Inventario de Comportamiento - Escuela (IDC-E)*

Se utilizó el Inventario de Comportamiento-Escuela (IDC-E) (Bauermeister, 1994) con el propósito de obtener una evaluación del maestro respecto al comportamiento del participante en la escuela. Dicho Inventario fue desarrollado para obtener información sistemática sobre el comportamiento, el nivel de desempeño académico, las

cualidades y las dificultades en la lecto-escritura del niño y la niña que necesita ser evaluado por diferentes profesionales. La psicometría del mismo sostiene la validez de construcción, concurrente y predictiva del mismo.

#### *El Inventario de Depresión para Niños (IDN)*

El Inventario de Depresión para Niños (IDN) fue desarrollado por Kovacs en 1983 para medir síntomas y signos de depresión en niños (Kovacs, 1992). El IDN es un instrumento en formato de auto informe que contiene 27 reactivos y cuya consistencia interna es relativamente alta basándose en estudios realizados en muestras estadounidenses (Bernal, Rosselló, & Martínez, 1997). El IDN también ha demostrado niveles de confiabilidad de moderados a altos para la medida de sintomatología depresiva en la población puertorriqueña.

#### *ADHD Rating Scale-IV*

El propósito del *ADHD Rating Scale-IV* es proveer a los psicólogos y psicólogas un método de clasificación para obtener de los padres, madres, maestros y maestras la frecuencia de cada síntoma del TDAH basado en los criterios del DSM-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos, & Reid, 1998). La escala se compone de 18 reactivos los cuales reflejan los criterios del DSM-IV. En este estu-

dio sólo utilizamos la versión dirigida a los padres. En dicha versión el coeficiente alfa para la escala total es de .92. La subescala de Inatención tiene un coeficiente alfa de .92 mientras que en la subescala de Hiperactividad-Impulsividad es de .86.

#### *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)*

Este instrumento es uno de los más utilizados en estudios epidemiológicos para establecer diagnósticos psiquiátricos en la población infantil. Diversos estudios han encontrado que la versión en inglés demuestra ser confiable, particularmente en los trastornos externalizantes, y posee una leve a moderada concordancia con los diagnósticos clínicos (Bravo et al., 2001). Esta entrevista estructurada, traducida y adaptada para Puerto Rico, se basa en los síntomas de los trastornos aplicables a niños y niñas según el DSM-IV (Bravo et al., 2001).

#### *Diseño y Procedimiento*

Este es un estudio descriptivo de dos grupos pareados con el propósito de comparar las características particulares en términos de la sintomatología internalizante y externalizante en niños y niñas con TDAH en comparación con participantes sin esta condición. El diseño del mismo es de tipo ex-post-



facto correlacional. Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Carlos Albizu.

Se visitaron varias escuelas públicas y privadas donde se presentó el propósito del estudio y se solicitó autorización a los funcionarios pertinentes para llevarlo a cabo. Se identificó a los niños y niñas con diagnóstico de TDAH con la ayuda de las directoras y trabajadoras sociales. Se realizó con cada uno de los padres la entrevista estructurada (DISC-IV) a fin de corroborar el diagnóstico de TDAH. Esta entrevista fue modificada por la investigadora del equipo y sólo se tomaron del DISC-IV aquellos reactivos que de acuerdo al DSM-IV-TR confirman el diagnóstico de TDAH. Luego se completó la hoja de información demográfica y el padre o madre completó el *ADHD Rating Scale*. Los maestros y maestras fueron orientados sobre el estudio y de cómo completar el IDC-E. Finalmente, se administró a la muestra de niños y niñas con TDAH el IDN. Una vez obtenida la muestra con TDAH se realizó el mismo procedimiento para los niños y niñas que no tenían el diagnóstico. Se registraron las respuestas de cada participante y los datos se pasaron a una matriz de datos computadorizados.

### Análisis Estadísticos

Una vez obtenidos los datos, se procedió a procesarlos en un banco

de datos con el propósito de realizar los análisis estadísticos. Se realizó una prueba t para muestras independientes para comparar los grupos bajo estudio en las variables de interés. Se calculó el tamaño del efecto el cual es una forma de cuantificar la magnitud de las diferencias entre dos grupos (Coe, 2000). De acuerdo a la d de Cohen obtenida se considera si el tamaño del efecto es pequeño (<.20), moderado (.21 a .79) o alto (>.80).

### Resultados

En primer lugar, debe señalarse que los 45 niños y niñas que ya anteriormente habían sido diagnosticados clínicamente con TDAH, cumplieron los criterios de TDAH del DISC-IV. Esto refleja que el DISC-IV mostró una sensibilidad del 100% al identificar a dichos participantes.

Al comparar los perfiles clínicos del grupo de 45 niños y niñas con TDAH con los 45 del grupo de comparación, los resultados obtenidos indican que los niños y las niñas diagnosticados con TDAH reflejan un promedio mayor en síntomas de depresión, según medido por el IDN, que los niños y niñas sin el diagnóstico. Lo mismo sucedió con las variables de ansiedad e irritabilidad. Estos resultados fueron estadísticamente significativos para la depresión ( $p = .003$ ) ( $d = .65$ ) así como para la ansiedad ( $p = .007$ ) ( $d = .59$ ) e irritabilidad y hostilidad ( $p < .001$ ) ( $d = 1.20$ ) (véase Tabla 1).

Estos hallazgos corroboran la primera hipótesis de este estudio, la cual planteaba que el grupo de participantes con TDAH mostraría más síntomas internalizantes o externalizantes que el grupo que no tenía TDAH.

A nivel más descriptivo, un 77.8% de los niños y las niñas en el grupo de TDAH obtuvo puntuaciones moderadas/altas en el IDN, mientras que esto ocurrió solamente en el 48.9% del grupo de comparación. En la sub-escala de ansiedad del IDC-E, en el grupo de niños y niñas con TDAH, 40% obtuvo puntuaciones por encima de 65. Estas puntuaciones se consideran desviadas, ya que corresponden o sobre-

pasan al 97% de las puntuaciones que los maestros asignaron a la muestra de normalización en la escala de ansiedad. En el grupo de niños y niñas sin TDAH sólo 6.7% obtuvo puntuaciones mayores de 65. Por último, en la sub-escala de irritabilidad del IDC-E, 28.9% de los niños y niñas con TDAH obtuvieron puntuaciones mayores de 65, mientras que en el grupo sin TDAH, ningún niño o niña tuvo una puntuación mayor de 65.

Al realizar una comparación entre los niños y niñas diagnosticados con TDAH y el grupo de comparación en el índice académico, los resultados obtenidos mostraron diferencias estadísticamente significa-

Tabla 1

Comparación del Promedio en Niveles de Depresión, Ansiedad e Irritabilidad-Hostilidad en Niños y Niñas con y sin TDAH

Grupo	N	M	t	p
Depresión*				
Niños y niñas con TDAH	45	16.22	3.038	.003
Niños y niñas sin TDAH	45	12.42		
Ansiedad**				
Niños y niñas con TDAH	45	13.40	2.759	.007
Niños y niñas sin TDAH	45	11.38		
Irritabilidad-Hostilidad**				
Niños y niñas con TDAH	45	19.31	4.528	.001
Niños y niñas sin TDAH	45	12.13		

\* Esta medida se basó en el IDN.

\*\* Esta medida se basó en el IDC-E.



tivas ( $p < .001$ ), demostrando así que los niños y niñas con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje. El tamaño del efecto fue robusto ( $d = -0.91$ ) (véase Tabla 2). Esto corrobora nuestra segunda hipótesis del estudio.

Tabla 2

Comparación del Promedio del Índice Académico en Niños y Niñas con y sin TDAH

Grupo	N	M	t	p
Niños/as con TDAH	45	2.36		
Niños/as sin TDAH	45	3.08	-4.005	<.001

En la Tabla 3 se puede apreciar la comparación por género y los trastornos internalizantes en los participantes con TDAH. Los resultados obtenidos reflejan diferencias estadísticamente significativas en relación con el trastorno de ansiedad ( $p = .009$ ). Asimismo, se encontró un tamaño del efecto alto ( $d = .83$ ). Sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos ( $p = .243$ ) al comparar ambos grupos con respecto a los síntomas de depresión. El tamaño del efecto para la depresión fue moderado ( $d = .36$ ).

Por lo que respecta a la sintomatología externalizante, los resultados obtenidos no demostraron diferencias estadísticamente significativas en los promedios

(véase Tabla 3). Sin embargo, se observó un promedio mayor en el grupo de varones respecto a los trastornos externalizantes al compararlos con las niñas. El tamaño del efecto obtenido fue moderado ( $d = -0.45$ ).

El próximo análisis fue dirigido a determinar si había diferencias en síntomas externalizantes o internalizantes en los grupos de TDAH-I y el grupo de TDAH-C. No se pudieron hacer análisis con el grupo de TDAH-HI ya que sólo había un niño. Los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos (véase Tabla 4). Los niños y niñas con TDAH-I y TDAH-C reflejaron promedios similares en los trastornos de depresión y ansiedad los cuales componían los trastornos internalizantes. El tamaño del efecto obtenido fue pequeño tanto para la depresión como para la ansiedad ( $d = -0.10$  y  $-0.19$ , respectivamente). Sin embargo, se puede notar un resultado que se acerca a la significancia estadística

Tabla 3

Comparación por Género de Niños y Niñas con TDAH con Respecto a los Trastornos Internalizantes y Externalizantes

Grupo	N	M	t	p
Depresión Niñas	20	17.45	1.184	.243
Niños	25	15.24		
Ansiedad Niñas	20	15.70	2.730	.009
Niños	25	11.56		
Irritabilidad-Hostilidad Niñas	20	16.90	-1.482	.146
Niños	25	21.24		

( $p < .06$ ) en la variable de Irritabilidad-Hostilidad, en donde el grupo de TDAH-C obtuvo una puntuación más alta. Encontramos que un 42.4% de los niños y niñas en el grupo de TDAH-C obtuvo puntuacio-

nes por encima de 65 en el IDC-E, mientras que ningún (0%) niño o niña en el grupo TDAH-I obtuvo una puntuación alta en dicha medida. Asimismo, el tamaño del efecto fue moderado ( $d = -.59$ ).

Tabla 4

Comparación de Niños y Niñas con TDAH-I y TDAH-C y Trastornos Internalizantes y Externalizantes

Grupo	N	M	t	p
Depresión TDAH-I	11	15.36		
TDAH-C	33	16.06	-.336	.739
Ansiedad TDAH-I	11	12.55		
TDAH-C	33	13.73	-.616	.541
Irritabilidad-Hostilidad TDAH-I	11	14.27		
TDAH-C	33	20.67	-1.917	.062

Otro propósito de este estudio era indagar si el *ADHD Rating Scale* (DuPaul et al., 1998) lograba identificar aquellos participantes que ya previamente habían sido diagnosticados con TDAH. Los resultados indicaron que todos (100%) los participantes que habían sido diagnosticados con TDAH, fueron identificados con un TDAH por el *ADHD Rating Scale*. Treinta y tres casos (73.3%) fueron diagnosticados con TDAH-C; 11 casos (24.4%) con TDAH-I; y un solo caso (2.2%) con un TDAH-HI. Esto sugiere que el *ADHD-Rating Scale* tiene una sensibilidad del 100% para identificar casos con TDAH. En términos del género, en el grupo de TDAH-I la mayoría fueron niñas (55%), mientras que en el grupo de TDAH-C la mayoría fueron niños (58%). Por otro lado, en el grupo de comparación de niños y niñas que supuestamente no tienen TDAH, 27% (12 casos) tuvieron puntuaciones que los identifica con TDAH en el *ADHD-Rating Scale*. De estos 12 casos, 5 obtienen puntuaciones que los identificaban con TDAH-C; cinco con TDAH-I, y dos con TDAH-HI.

### Discusión

Uno de los propósitos de este estudio fue determinar si algunos de los instrumentos que se utilizan en Puerto Rico para la población infantil con TDAH, son específicos y sensitivos a esta población. Para este propósito utilizamos el *ADHD-*

*Rating Scale* (DuPaul y et al., 1998). Los resultados demostraron que el 100% de los niños y niñas que clínicamente habían sido diagnosticados con un TDAH, fueron detectados con algún tipo de TDAH por el *ADHD-Rating Scale*. Esto implica que, en nuestra investigación, este instrumento resultó sensitivo al momento de detectar niños y niñas con esta condición. Sin embargo, el *ADHD-Rating Scale* sólo obtuvo 73% de especificidad, ya que identificó 12 casos de niños y niñas del grupo de comparación como si tuvieran TDAH cuando no habían sido previamente diagnosticados.

Respecto a este particular se presentan tres posibles explicaciones: a) el instrumento detectó a niños y niñas que sí tienen los síntomas de un TDAH, pero que no cumplen otros criterios del DSM-IV (por ejemplo, incapacidad, angustia, o el problema sólo se da en un solo contexto); b) el instrumento llegó a detectar correctamente a niños y niñas con TDAH; c) el instrumento detectó a niños y niñas que en realidad no tienen este trastorno (falsos positivos). Realmente en este estudio no tenemos forma de aclarar satisfactoriamente esta interrogante. Lo que más se acerca a este propósito es que analizamos las puntuaciones de estos 12 niños y niñas en el IDC-E en la sub-escala de distracción y la de impulsividad. Los resultados no apoyaron que las maestras de estos niños identificaran problemas en estas áreas ( $p > .05$ ).

Por lo tanto, tentativamente podemos concluir que el *ADHD-Rating Scale* puede identificar niños y niñas con TDAH que realmente no cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Este resultado no es para sorprendernos, ya que es bien conocido que instrumentos como el *ADHD-Rating Scale*, debido a que sólo toman en cuenta la presencia y severidad de los síntomas, tienden a generar falsos positivos (Buitellelaar, 2002).

Como se mencionara anteriormente, los niños y niñas con TDAH también presentan diferencias psicológicas y emocionales al compararse con los niños y niñas sin el diagnóstico. Existe evidencia contundente que demuestra que estos niños y niñas presentan mayores síntomas tanto de depresión como de ansiedad al ser comparados con los niños y niñas sin el trastorno (Brown, 2000; Treuting & Hinshaw, 2001). Los resultados del presente estudio corroboran los resultados obtenidos en investigaciones anteriores. Los mismos señalan que niños y niñas diagnosticados con TDAH reflejan mayores síntomas de depresión, de ansiedad y de irritabilidad que los que no tienen el diagnóstico. Por lo tanto, pudimos corroborar que los participantes con TDAH en nuestro estudio presentaban una multiplicidad de síntomas internalizantes y externalizantes que apunta hacia la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

De acuerdo a la literatura, los niños y niñas con TDAH tienden a

presentar bajo rendimiento académico y en muchos casos presentan un coeficiente intelectual relativamente más bajo que los que no tienen el diagnóstico (Bauermeister, 2000; Eiraldi, Power, & Karustis, 2000; Klorman et al., 1999). Los resultados obtenidos en este estudio fueron consistentes con la literatura en el primer aspecto. Los mismos demostraron ser estadísticamente significativos, mostrando así una clara diferencia en los promedios de ambos grupos. A tales efectos, los niños y niñas diagnosticados con TDAH reflejaron un índice académico menor que los niños y niñas sin TDAH.

Este estudio pretendía encontrar diferencias significativas con respecto al género de los participantes diagnosticados con TDAH. A tales efectos, se postuló que las niñas diagnosticadas con cualquiera de los subtipos de TDAH presentarían mayores síntomas internalizantes que los niños. Para este propósito utilizamos medidas de depresión y de ansiedad. Los resultados obtenidos en la investigación reflejaron diferencias estadísticamente significativas por género en relación al trastorno de ansiedad. Es decir, las niñas con TDAH presentaron puntuaciones mayores en la escala de ansiedad al ser comparadas con los niños. Sin embargo, con respecto a la sintomatología depresiva los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos.

En relación con los trastornos externalizantes y diferencias por género, a pesar que los varones obtuvieron un promedio mayor en esta escala, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Esto puede ser explicado debido a que sólo se utilizó una sub-escala (irritabilidad-hostilidad) del IDC-E para medir la sintomatología externalizante. La mayoría de las conductas medidas por esta escala corresponden al Trastorno de Conducta Oposicional Desafiante según descrito en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, en ocasiones los maestros tienden a ser conservadores en describir la conducta de los estudiantes. Por tal razón, los resultados obtenidos podrían deberse a la información ofrecida por el maestro por lo que sería recomendable corroborar la conducta de estos niños y niñas con la información ofrecida por los padres.

No todos los niños y niñas que padecen del TDAH exhiben los mismos problemas. Cada uno de los subtipos de TDAH presenta características o conductas particulares. La literatura establece diferentes perfiles para cada uno de los subtipos (American Psychiatric Association, 2000; Bauermeister, 2000; Buitelaar, 2002). Asimismo, investigaciones recientes constatan una alta comorbilidad con el TDAH (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Barkley, 2003). La literatura con respecto a los subtipos de TDAH y los diferentes trastornos con los cuales

éste puede ser comórbido es amplia (Bauermeister, 2000; Schroeder & Gordon, 2002). Los trastornos externalizantes tienden a ser más comunes en el TDAH-HI y TDAH-C mientras que los trastornos internalizantes predominan en los TDAH-I (Cantwell, 1996; Eiraldi, Power, & Karustis, 2000; March et al., 2000).

De acuerdo a DuPaul et al., (1998), la prevalencia del subtipo TDAH-HI tiende a disminuir dramáticamente entre los niños y niñas de ocho años en adelante. En sus investigaciones de comunidad, los subtipos TDAH-I y TDAH-C fueron más comunes en niños y niñas de ocho a doce años que el TDAH-HI. Esto pudiera explicar en parte la razón por la cual en este estudio sólo se identificó un niño con TDAH-HI. Por otro lado, sólo se utilizó la versión de padres del *ADHD Rating Scale* por lo que sería necesario comparar estos resultados utilizando la versión para maestros del mismo instrumento.

En esta investigación se hipotetizó que los participantes con TDAH-I mostrarían mayores trastornos internalizantes que los participantes con TDAH-HI y TDAH-C. Para medir los trastornos internalizantes se tomaron las puntuaciones crudas obtenidas en el IDN y la sub-escala de ansiedad del IDC-E. Los resultados obtenidos no fueron consistentes con la literatura. Los niños y niñas con TDAH-I y TDAH-C reflejaron puntuaciones similares en los promedios tanto en

los trastornos de depresión como de ansiedad los cuales componían los trastornos internalizantes. Las frecuencias de los diferentes subtipos de TDAH y síntomas de depresión del IDN reflejaron que los niños y niñas con TDAH-I mostraron un porcentaje mayor en sintomatología depresiva. Sin embargo, esta diferencia no logró alcanzar niveles de significancia estadística.

Las investigaciones han sido consistentes en demostrar la relación entre los diferentes subtipos de TDAH y los trastornos externalizantes, tales como el Trastorno de Conducta o el Trastorno Oposicional Desafiante (Buitelaar, 2002; Pliszka, Carlson, & Swanson, 1999). De acuerdo a éstas, los/as niños y niñas con TDAH-HI y TDAH-C tienden a ser más agresivos, a ser rechazados por sus pares y muestran conductas de mayor hostilidad e irritabilidad que los/as niños y niñas con TDAH-I.

Este estudio pretendía comparar los diferentes subtipos de TDAH con la sintomatología externalizante. Para medir dicho trastorno se utilizó la sub-escala de irritabilidad-hostilidad del IDC-E. Los resultados obtenidos se acercaron a una significancia estadística ( $p < .06$ ). Asimismo, se obtuvo un tamaño del efecto moderado ( $d = .59$ ). Los hallazgos encontrados reflejan diferencias en los promedios de ambos subtipos de TDAH (14.27 vs. 20.67). Es decir, los niños y niñas con TDAH-C mostraron puntuaciones más altas en la sintoma-

tología externalizante al compararse con los niños y las niñas con TDAH-I. A nivel más descriptivo, resulta revelador que ningún niño o niña en el grupo de TDAH-I obtuvo una puntuación por encima de 70 en el IDC-E, mientras que el 33% de los participantes en el grupo de TDAH-C obtuvieron puntuaciones por encima de 70.

## Conclusión

El presente estudio logró corroborar gran parte de muchos hallazgos establecidos en la literatura internacional. La severidad de los problemas que confrontan los niños y niñas con TDAH puede tener serias implicaciones en diversos aspectos de su vida. El presente estudio aporta información valiosa sobre los perfiles clínicos de niños y niñas puertorriqueños diagnosticados con TDAH. Más aún, destaca la importancia de tomar en consideración la comorbilidad, dado al grado de sintomatología internalizante y externalizante que presentan, al momento de establecer un diagnóstico. Dicha comorbilidad influye directamente en la prognosis y tratamiento que eventualmente se estará brindando.

En términos del uso de la escala *ADHD-Rating Scale*, nuestro estudio establece que la misma puede ser de utilidad clínica, ya que ésta parece ser muy sensitiva a captar la sintomatología de un TDAH. De hecho, el 100% de los participantes con un TDAH previamente diagnosticado con el DISC, fueron detectados con TDAH por esta escala. Sin embargo, y debido a que este instrumento parece haber producido un 25% de falsos positivos, es importante que la información provista por el *ADHD Rating Scale* sea utilizada dentro de un núcleo mayor de información clínica, la cual se extiende al contexto de las conductas problemáticas, la edad de comienzo del trastorno, historial y el informe de los maestros y maestras.

Una de las limitaciones del estudio fue la falta de homogeneidad en los diferentes subtipos de TDAH. Esto limitó en gran manera que algunos de los resultados obtenidos no fueran congruentes con la literatura. Otra de las limitaciones fue la escasez de instrumentos que

arrojaran mayor información sobre los trastornos internalizantes y externalizantes. El hecho de que sólo pudieron ser medidos a través de dos escalas en el caso de los trastornos internalizantes y una escala en los externalizantes limitó significativamente los resultados obtenidos.

Recomendamos que se realicen más investigaciones con niños y niñas con TDAH, dándole énfasis a los perfiles comórbidos que éstos suelen presentar, ya que es bien conocido que la comorbilidad en estos niños y niñas crea un pronóstico clínico más reservado y adverso (Barkley, 2003). Asimismo, es importante continuar desarrollando medidas confiables y válidas de cernimiento clínico, las cuales sean de utilidad cuando un profesional de salud mental tiene una sospecha de un posible caso de TDAH. El desarrollo de escalas como el *ADHD Rating Scale* puede ser de mucha utilidad al momento de auscultar la posibilidad de un TDAH, más allá de una mera impresión clínica.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- Anastopoulos, A. D. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder. En S. D. Netherton, D. Holmes, & C. E. Walker (Eds.), *Child & adolescent psychological disorders* (pp. 98-117). New York: Oxford University Press.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Barkley, R. A. (1998). Attention deficit hyperactive disorder. *Scientific American*, 279, 66-71.
- Barkley, R. A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder. En E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 75-143). New York: Guilford.
- Bauermeister, J. J. (1994). *Desarrollo y utilización del Inventario de Comportamiento - Escuela (IDC-E) en la evaluación de niños puertorriqueños*. San Juan, PR: Atención.
- Bauermeister, J. J. (2000). *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces?* San Juan, PR: Atención.
- Bernal, G., Rosselló, J., & Martínez, A. (1997). El Inventario de depresión para niños y niñas: Propiedades psicométricas en dos muestras puertorriqueñas. *Revista de Psicología Contemporánea*, 4, 12-23.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., & Tsuang, M. T. (1991). Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 633-642.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., et al. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1495-1503.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-575.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Shrout, P., Ramírez, R., et al. (2001). Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 433-444.
- Brown, M. B. (2000). Diagnosis and treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Counseling & Development*, 78, 195-203.
- Buitelaar, J. K. (2002). Epidemiological aspects: What have we learned over the last decade? En S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 30-63). New York: Cambridge University Press.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R., et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the last 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.
- Coe, R. (2000). What is an "Effect Size"? [Computer manual] Retrieved from <http://www.cem.dur.ac.uk/ebeuk/research/ effectsize/ Esbrief.htm>
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV*. New York: Guilford Press.
- Eiraldi, R. B., Power, T. J., & Karustis, J. L. (2000). Assessing ADHD and comorbid disorders in children: The Child Behavior Checklist and the Devereux Scales of Mental Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 3-16.
- Frick, P. J., & Silverthorn, P. (2001). Psychopathology in children. En H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp.881-920). New York: Kluwer.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and clinical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Heptinstall, E., & Taylor, E. (2002). Sex differences and their significance. En S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp.99-125). New York: Cambridge University Press.
- Jensen, P. S., & the MTA Group. (2002). Treatments: The case of the MTS study. En S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 435-467). New York: Cambridge University Press.
- Klorman, R., Hazel-Fernández, L. A., Shaywitz, S. A., Fletcher, J. M., Marchione, K. E., Holahan, J. M., et al. (1999). Executive functioning



- deficits in attention deficit disorder are independent of oppositional defiant or reading disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1148-1155.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Levi, F., Hay, D. A., Mcstephan, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 737-745.
- Loeber, R., Buerke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A. & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1483.
- March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, E., Hoza, B., Conners, C. K., Hinshaw, S.P., et al. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 527-541.
- McGough, J. J., & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 11, 1948-1956.
- Nolan, E. F., Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2001). Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD and CD symptoms in school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 241-249.
- Pliszka, S. R., Carlson, C. L., & Swanson, J. M. (1999). *ADHD with comorbid disorders*. New York: Guilford Press.
- Sharp, W. S., Walter, J. M., Marsh, W. L., Ritchie, G. F., Hamburger, S. D., & Castellanos, F. X. (1999). ADHD in girls: Clinical comparability of a research sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 40-47.
- Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems*. New York: Guilford Press.
- Treuting, J. J., & Hinshaw, S. P. (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 23-39.
- Wheeler, J., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30-42.

## Calidad de Vida en Adolescentes Puertorriqueños/as con Diabetes Tipo 1<sup>1</sup>

María I. Jiménez Chafey & Jeannette Rosselló<sup>2</sup>  
Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos  
Universidad de Puerto Rico, Río Piedras

<sup>1</sup>Este trabajo fue auspiciado por el National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases (NIDDK).

<sup>2</sup>La correspondencia referente a este artículo debe ser dirigida a María I. Jiménez ó Jeannette Rosselló, Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos, Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico 00931. El correo electrónico puede ser enviado a: mijimenez@uprrp.edu y/o jmross@prtc.net