

A.M. García¹
S. Hernández²

Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

1 Unidad de Salud Mental del Puerto. Gran Canaria.
2 Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de La Laguna (Tenerife)

Emotional problems in attention deficit hyperactivity disorder

Correspondencia:
Ana M^a García Sánchez.
Unidad de Salud Mental Puerto, C.A.E. Casa del Marino.
C/ Simón Bolívar 5, 5^a planta.
35007 - Las Palmas de Gran Canaria.
E-mail: anagarcia_roma@yahoo.es.

RESUMEN

Objetivo. El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es un ejemplo de psicopatología evolutiva común que, aunque tradicionalmente estudiada desde el punto de vista cognitivo, su etiología podría ser mejor entendida si tomamos en consideración también la perspectiva emocional. Este estudio se centra en examinar si los niños diagnosticados de TDAH presentan niveles aumentados de depresión y ansiedad junto a alteraciones en otras variables emocionales como autoestima y actitud negativa hacia la escuela. Fue así mismo objetivo del trabajo analizar las diferencias inter-observadores en la percepción del nivel de estas variables emocionales en sujetos con TDAH.

Metodología. La muestra estuvo formada por 12 niños (8-12 años) quienes cumplían criterios DSM-IV para el diagnóstico de TDAH. Administramos un protocolo de evaluación constituido por las siguientes pruebas: WISC-R, Test de Atención D2, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (BASC), Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC) y Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI). Los resultados obtenidos se compararon con los mostrados por un grupo de control igualados en edad, CI y años de escolaridad, así como con los datos normativos proporcionados por los baremos correspondientes a su edad de las pruebas utilizadas.

Resultados. Respecto a la Ansiedad autopercebida la muestra se percibió menos ansiosa que la media de la muestra utilizada para baremar el BASC en España pero, según el STAIC, los sujetos de la muestra presentaban mayor ansiedad que los controles del baremo. Los padres aprecian mayor nivel de ansiedad y depresión en los niños que éstos y que sus profesores. Nuestra muestra TDAH presenta un mayor nivel de características depresivas en comparación con la media de los baremos de su edad, aunque no llegan a constituir un trastorno depresivo. En el resto de variables emocionales evaluadas, relativas a la motivación y a la autoestima, los sujetos presentaron niveles más negativos de ambas que los baremos.

Conclusiones. El conjunto de resultados encontrados evidencia un perfil psicológico en la muestra de sujetos con TDAH caracterizado por alteraciones emocionales importantes. Consideramos la necesidad de tomar en cuenta el perfil emocional de los niños con TDAH tanto en los procesos evaluativos como en los acercamientos terapéuticos.

Palabras clave: Ansiedad, Autoestima, Depresión, Emoción, TDAH.

ABSTRACT

Aim. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is an example of psychopathology, although

18 traditionally studied from the cognitive point of view, its etiology may be better understood if we consider also the emotional perspective. This study focuses on examining whether children diagnosed with ADHD have increased levels of depression and anxiety disorders with other emotional variables such as self-esteem and negative attitude toward school. Additionally we analyzed the inter-observer differences in perception of the emotional level of these variables in individuals with ADHD.

Methodology. The sample consisted of 12 children (8-12 years) who met DSV-IV criteria for ADHD diagnosing. We administer an assessment protocol consisting of the following tests: WISC-R, D2-Attention Test, Behavior Assessment System for Children (BASC), State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), and Spanish Child Depression Questionnaire (CEDI). The results were compared with those exhibited by a control group matched for age, IQ and years of schooling, and with the normative data provided by the scales for their age of the tests used.

Results. Regarding the sample self-perceived anxiety was felt less anxious than the average of the sample used to scale the BASC in Spain but, according to STAIC, subjects in the sample had a higher anxiety scale controls. Parents appreciate higher levels of anxiety and depression in children that they and their teachers. ADHD children have a higher level of depressive features in comparison with the average of the ratings of their age, but stop short of a depressive disorder. In the other emotional variables evaluated, relating to motivation and self-esteem, subjects had more negative levels of both the scales.

Conclusions. The results show a psychological profile found in the sample of individuals with ADHD is characterized by significant emotional disturbances. We feel the need to take into account the emotional profile of children with ADHD both in the evaluation processes and in therapeutic approaches.

Keywords: ADHD, Anxiety, Depression, Emotion, Self-esteem.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es la patología neuroconductual más común en la infancia¹¹. Siguiendo el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR⁴, se define atendiendo a la presencia de tres síntomas nucleares: inatención, hiperactividad e impulsividad. Se requiere que estos síntomas se detecten dentro del período escolar, sean inconsistentes con la edad y el nivel de desarrollo

del niño y afecten de forma considerable a la vida diaria de éste^{2,19}. Con índices de prevalencia que oscilan entre el 7 y el 17% de niños en edad escolar⁶ y ratios en función del género de 3 a 1 (varón/mujer), es clásico establecer la existencia de tres subtipos (inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado).

El TDAH representa una realidad poliédrica tanto desde el punto de vista diagnóstico como, por lo tanto, terapéutico. Esta situación ha supuesto que desde diversas disciplinas científicas se hayan propuesto teorías explicativas respecto a la etiología de este trastorno. En este sentido, debemos destacar la teoría del *autocontrol inhibitorio* propuesta por Barkley⁷. Para este autor, los déficits en *autocontrol inhibitorio* (capacidad para inhibir las respuestas motoras y emocionales inmediatas a un estímulo sustituyéndolas por otras más adecuadas a la situación) representan la disfunción principal en el trastorno, ocasionando alteraciones en procesos subsidiarios a éste denominado, de forma genérica *funciones ejecutivas* (atención, hiperactividad, motivación y memoria de trabajo). Los resultados más importantes obtenidos en la línea de investigación acerca de las alteraciones en funciones ejecutivas en TDAH ponen de manifiesto un déficit en la capacidad de planificar y llevar a cabo un objetivo, de inhibir conductas, de cambiar de estrategias ante la demanda del medio y de fluidez verbal, así como en las estrategias de almacenamiento y evocación del material aprendido²⁴. El déficit en la autorregulación implicaría que los sujetos que presentan TDAH tienen dificultad para separar un evento mental o conductual de su reacción a él, siendo menos capaces de modificar o moderar su respuesta. Debido a esa dificultad para separar temporalmente el estímulo de su respuesta, los sujetos TDAH presentan más frecuentemente trastornos emocionales¹⁸.

Teorías más recientes incorporan una visión multicausal de la etiología del TDAH, en las que, además de las disfunciones ejecutivas, desempeñan un papel relevante distintos *procesos emocionales* y, especialmente, motivacionales. Nigg y Casey²⁰ definiendo tres circuitos neurales disfuncionales, dos de los cuales serían de naturaleza afectiva (centrándose en la aproximación o evitación de situaciones emocionales) o Castellanos y cols.¹⁴ y Sonuga-Barke y cols.²⁵, quienes proponen sendos modelos integradores de la teoría de la disfunción ejecutiva y la teoría del estilo motivacional anómalo (que se traduce en escapar o evitar el retraso de la recompensa) postulando que los síntomas disatencionales estarían más relacionados con el control cognitivo anómalo y los de hiperactividad e impulsividad con anomalías en procesos moti-

vacionales y emocionales. Un estudio neuroanatómico publicado recientemente apoyaba la existencia de disfunciones tanto cognitivas como emocionales en niños con TDAH, yendo a favor de estos modelos¹³. Además de confirmar reducciones volumétricas de sustancia gris en áreas cognitivas, observaron reducciones volumétricas en áreas típicamente emocionales (como la corteza orbitofrontal, el estriado ventral y las estructuras temporales mediales) que podrían explicar las disfunciones motivacionales, así como las alteraciones en el procesamiento del refuerzo.

Además de estudios relativos a la implicación *etiológica* en el TDAH del componente emocional, contamos con investigaciones que han abordado las *alteraciones* emocionales del TDAH. Así, Albert en 2008, realizó una revisión sobre este tema¹, señalando que los estudios al respecto confirman que tanto niños como adultos con TDAH tienen importantes dificultades para controlar sus emociones, especialmente cuando son negativas. Respecto a las *manifestaciones* de las alteraciones emocionales, distintas investigaciones han constatado que tanto niños como adultos con TDAH expresan mayores niveles de agresividad¹⁸, depresión⁹, tristeza y enfado¹⁰ que aquellos que no presentan el trastorno. Además de esa mayor expresión de emociones negativas, se entiende que el TDAH provoca mayores repercusiones emocionales negativas derivadas de él, incluyendo la afectación de la autoestima del niño²¹.

Sin embargo, los resultados han sido controvertidos, puesto que existen estudios que aportan datos en ambas direcciones. En el caso de la depresión, hay estudios que encuentran que los niños TDAH se ven afectados en mayor medida que los niños sin trastorno por sintomatología depresiva⁹, pero también estudios en nuestro medio encuentran que los niños TDAH se comportan de manera menos depresiva que los baremos normativos¹⁹. De igual forma, existen estudios que señalan la mayor asociación entre síntomas ansiosos y TDAH, pero existe un mayor número de estudios que investigan acerca de la *comorbilidad* entre trastornos depresivos o ansiosos y TDAH, que los pocos que estudian la ocurrencia de *síntomas* depresivos o ansiosos simultáneamente al TDAH sin que constituyan un trastorno psicopatológico.

El objetivo de este estudio es examinar si nuestra muestra de niños diagnosticados de TDAH presentan niveles aumentados de ansiedad y depresión, así como alteraciones de autoestima y falta de motivación escolar que lo que correspondería a la media de la muestra española comunitaria utilizada para elaborar los baremos de

las pruebas al efecto. Consideramos la ansiedad y la depresión como *sintomatología*, no como *trastorno* comórbido al TDAH (la alta comorbilidad entre TDAH y otros trastornos, entre ellos los internalizantes como los afectivos o de ansiedad, está ampliamente documentada³). Así mismo, quisimos comprobar la existencia o no de diferencias significativas entre diversos informantes que intervienen en el proceso diagnóstico del TDAH (padres, profesores y el propio niño) a la hora de valorar el nivel de ansiedad y depresión en la muestra. Consideramos la pertinencia de tales objetivos basándonos en que, habitualmente, no se incluyen dentro de las pruebas psicométricas que se suelen administrar en Escuelas y Centros de Salud Mental para diagnosticar el TDAH pruebas que evalúen la sintomatología de trastornos internalizantes que presenta el niño, lo cual puede influir en el curso de su trastorno, y en el tratamiento más eficaz que pudiera dársele.

MÉTODO

Sujetos

En un contexto de población clínica, la muestra estuvo constituida por niños que acuden a la Unidad de Salud Mental Puerto de Las Palmas de Gran Canaria derivados por su pediatra o por la escuela por sospecha de presentar un TDAH. Su elección se condicionó al cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión:

- Coeficiente intelectual normal.
- Tener entre 8 y 13 años.
- Diagnóstico compatible con TDAH.
- No recibir ningún tratamiento para el trastorno (ni psicológico ni farmacológico).

Criterios de exclusión:

- Presentar historia neurológica o psiquiátrica comórbida.
- Seguir tratamiento psicológico o psicofarmacológico.
- Inteligencia límite o deficiente.

A partir de la aplicación de los criterios anteriores, la muestra experimental definitiva estuvo formada por 12 niños (8-13 años) que cumplieran criterios DSM-IV de TDAH, de los cuales 3 eran mujeres y 9 varones ($M_{(edad)}=9,45$ años; $DT_{(edad)}=1,57$ años). Todos los sujetos eran diestros y tenían un $CI > 80$ (WISC-R)²⁷. Los resultados obtenidos por el grupo TDAH en el WISC-R y en el Test de Atención D2 fueron contrastados con los evidenciados por un grupo de 12 niños controles (5 mujeres y 7 varones) equiparados en edad (7-14 años) ($M_{(edad)}=9,41$

20 años; $DT_{(edad)}=1,97$ años) preferencia manual y años de escolaridad. En las pruebas BASC, STAIC y CEDI, los resultados del grupo TDAH fueron contrastados con los aportados por los baremos de cada una de estas tres pruebas.

Materiales

El diagnóstico de TDAH fue realizado por una especialista en Evaluación Psicológica Infantil perteneciente al Centro de Salud Mental del Puerto, Gran Canaria. Para ello se utilizaron: la *Entrevista Clínica Semiestructurada* con los padres y el niño, escalas abreviadas de Conners para padres (CPRS-48) y profesores (CTRS-28)¹⁵ y la escala ADHD-IV de Du Paul para padres y profesores¹⁷.

El protocolo de evaluación implementado estuvo constituido por las siguientes pruebas:

1.- *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-Revisada, WISC-R*²⁷. En la evaluación del coeficiente intelectual usamos la 3ª edición de la adaptación española (TEA, 1997). Esta escala es clásicamente utilizada para evaluar el nivel de inteligencia en la población infanto-juvenil. Permite obtener un cociente intelectual (CI) Total (CIT) así como un CI verbal (CIV) y un CI manipulativo (CIM).

2.- *Test de Atención d2*¹². Se utilizó la versión española (TEA, 2002). Este test está compuesto por 14 líneas con 47 caracteres, lo que da un total de 658 elementos. Estos estímulos contienen las letras “d” o “p” que pueden estar acompañadas de una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte inferior y/o superior de cada letra. La tarea del sujeto es tachar, de izquierda a derecha, en cada una de las líneas cada “d” que presente un número total de dos pequeñas líneas independientemente de su posición, el resto de estímulos no deben ser marcados. La prueba es un refinamiento tipificado de los llamados test de cancelación. Evalúa atención selectiva, velocidad de procesamiento, el seguimiento de unas instrucciones y la bondad de la ejecución en una tarea de discriminación de estímulos visuales similares y que permiten la estimación de la atención y la concentración. De la relación de estas variables se obtienen conclusiones sobre el grado de actividad, la estabilidad y la consistencia, la fatiga y la eficacia de la inhibición atencional. La versión española de la prueba, que cuenta con un coeficiente de fiabilidad en torno al 0,90 según un reciente estudio¹⁶.

3.- *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC)*²². Este instrumento evalúa múltiples aspectos adaptativos e inadaptables de la conducta infantil y que se compone de unas 8 escalas clínicas (varía el

número según el informador), aproximadamente 4 escalas adaptativas y varias dimensiones globales. En la adaptación española del cuestionario existen 3 tipos diferentes de cuestionarios: uno para el sujeto (autoinforme), otro para los padres y otro para los profesores, con 3 versiones de cada cuestionario según la edad del sujeto. En este estudio utilizamos las subescalas “Autoestima”, “Sentido de Incapacidad”, “Actitud hacia la escuela”, “Ansiedad” y “Depresión”. Así mismo, dadas las edades de los sujetos, se implementó la versión 2 para los 3 cuestionarios (Sujeto-2, Padres-2, Profesores-2). Los cuestionarios fueron entregados a padres y profesores para su cumplimentación, mientras que en el caso de los sujetos, fueron administrados por la examinadora a fin de asegurarse la adecuada comprensión del contenido del mismo en los casos en que se comprobaron dificultades de comprensión.

4.- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC)*²⁶. Consta de 2 subescalas que miden el nivel de Ansiedad-Rasgo (una disposición personal, y por lo mismo relativamente estable) y el nivel de Ansiedad-Estado (referido al estado ansioso como carácter emocional transitorio que varía según las situaciones).

5.- *Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI)*²³. Evalúa el nivel de depresión percibido por el sujeto. Es un cuestionario que se compone de 16 ítems que reflejan diferentes aspectos afectados por la depresión (alimentación, sueño, ideas de muerte, de fracaso, autoimagen, etc.) en las que el sujeto tiene que señalar qué grado de gravedad presenta. Elegimos esta escala al tratarse de un instrumento clínico muy utilizado para medir la sintomatología depresiva, pese a que no hay baremos normalizados en muestra española, sino que ofrece puntos de corte para la diferente severidad de los síntomas.

Para la interpretación de los resultados de las tres últimas pruebas que se utilizaron se tuvieron en cuenta las puntuaciones normalizadas en población española descritas por los autores de sus respectivas adaptaciones al castellano. Finalmente, se solicitó a los tutores legales de los sujetos del estudio un consentimiento informado para ser incluidos en éste. Posteriormente a la recogida de datos, todos los pacientes continuaron su tratamiento en la Unidad de Salud Mental, bien farmacológico, psicológico o ambos, según se valoró clínicamente.

Diseño y Procedimiento

En la presente investigación se comparan dos grupos (TDAH-Controles) en un conjunto de variables dependientes que vienen determinadas por el rendimiento de los sujetos en el protocolo de evaluación utilizado. Los

sujetos del grupo experimental fueron evaluados en dos sesiones de una hora de duración aproximadamente cada una, en las dependencias del Servicio de Salud Mental del Puerto, Gran Canaria en horario de tarde. Por su parte, las puntuaciones de los sujetos del grupo control se extrajeron a partir de la base de datos del Grupo de Investigación de Neuropsicología Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron mediante los estadísticos ANOVA y diferencias de Medias para una muestra (*T-Student*) pertenecientes al Programa estadístico SPSS-PC versión 15 para Windows. El análisis del perfil medio de los estilos cognitivos contrastó las medias obtenidas por los casos de TDAH con las de los baremos tipificados de las pruebas respectivas, utilizando una prueba t. Se comprobó la normalidad de las distribuciones y se consideró $p < .05$ e IC del 95% para la media.

RESULTADOS

Coficiente Intelectual. El ANOVA realizado para la variable dependiente Inteligencia puso de manifiesto la inexistencia de diferencias significativas en función de la variable Grupo (TDAH-controles) tanto para el CIV [$F(1)=0,32$; $p > 0.05$], para el CIM [$F(1)=1,17$; $p > 0.05$] como para el CIT [$F(1)=0,32$; $p > 0.05$]. Sin embargo, un análisis pormenorizado de las subescalas que conforman el WISC-R puso de manifiesto diferencias significativas en: *Figuras Incompletas* [$F(1)=5,96$; $p < 0.05$]; *Historietas* [$F(1)=4,11$; $p < 0.05$] y *Rompecabezas* [$F(1)=5,96$; $p < 0.05$] junto a tendencia hacia la significación en: *Vocabulario* [$F(1)=5,96$; $p = 0.09$] y *Laberintos* [$F(1)=3,82$; $p < 0.06$]. En todas las diferencias encontradas siempre fue el grupo control el que alcanzó mejores puntuaciones.

Atención. El análisis estadístico implementado con los resultados obtenidos con el Test de Atención D2 sorprendentemente evidenció la inexistencia de diferencias significativas entre ambos grupos (TDAH-controles) en los nueve indicadores de la prueba.

Análisis del perfil emocional. Ansiedad. Respecto a la Ansiedad autopercibida, el grupo de sujetos TDAH muestra resultados paradójicos. En el STAIC su nivel de ansiedad fue de 36,66 como media mien-

tras que la puntuación ofrecida por los baremos para esta prueba en función de la edad es de 33. Dichas diferencias fueron estadísticamente significativas [$T(11)=3,25$; $p < 0.05$]. Sin embargo, en el BASC se invierte este patrón, mostrándose los sujetos TDAH menos ansiosos ($M=6,58$) que las puntuaciones de los baremos de la prueba (7,4), dichas diferencias fueron estadísticamente significativas [$T(11)=2,95$; $p < 0.05$]. **Depresión.** Cuando analizamos el nivel de Depresión en función de los baremos del BASC, se detecta que nuestro grupo TDAH tiene un mayor nivel de síntomas depresivos ($M=2,92$) que la puntuación del baremo correspondiente (1,7), estas diferencias fueron estadísticamente significativas [$T(11)=2,09$; $p < 0.05$]. Pese a ello, los resultados obtenidos con el cuestionario clínico de Depresión (CEDI), muestran que la media del grupo ($M=4,25$) no alcanza el punto de corte para considerar que pueda existir un trastorno depresivo situado en una puntuación de 8. En la *Autoestima* medida también con el BASC obtuvimos una diferencia estadísticamente significativa [$T(11)=7,24$; $p < 0.01$] indicando que nuestro grupo TDAH tiene un importante sentimiento de baja autoestima ($M=0,92$) frente a la puntuación que nos ofrece el baremo para esta prueba (5,3). Respecto a la variable *Actitud hacia el Colegio*, el grupo TDAH obtuvo una puntuación similar ($M=1,67$) a la ofrecida por el baremo para esta prueba (1,4) [$T(11)=0,39$; $p > 0.05$]. Puntuaciones similares a esta última se obtuvieron en la variable Sentimiento de Incapacidad. La figura 1 recoge la representación gráfica del conjunto de resultados emocionales comentados.

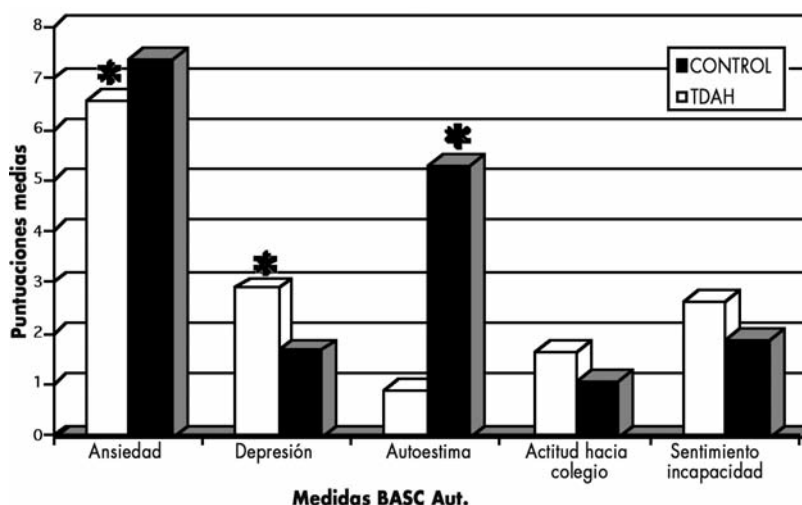


Figura 1. Representación gráfica de los niveles de las variables emocionales del grupo TDAH en comparación con los baremos del BASC, * $p < 0,05$.

22 *Análisis de los niveles de ansiedad y depresión percibidos en función del informador.* Respecto a la *ansiedad*, el análisis realizado para esta variable en función de la fuente de información objetivó diferencias estadísticamente significativas en todos los contrastes (padres-profesores-niños). En general, los padres observan mayor nivel de ansiedad que los profesores y que los propios niños. Por su parte, los profesores aprecian menores niveles de ansiedad que los niños. El patrón identificado para los niveles de *depresión* va en la misma línea que el encontrado para la *Ansiedad*, es decir, los niños TDAH se perciben menos deprimidos que lo considerado por sus padres y profesores. Del mismo modo, son los padres quienes alcanzan los valores más altos en esta variable.

Las medias, desviación típica, el valor del estadístico de contraste (*T*) así como la probabilidad asociada de estos contrastes pueden consultarse en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis de los niveles de Ansiedad y Depresión percibidos en función del informador

	Ansiedad				Depresión			
	M	SD	T(II)	P<	M	SD	T(II)	P<
TDAH	6,58	3,84	5,92	0,0001	2,92	2,9	3,47	0,005
Padres	11,08	3,17			11,67	9,4		
TDAH	6,58	3,84	5,93	0,0001	2,92	2,9	3,47	0,005
Profesores	5,92	3,03			6,92	6,94		
Padres	11,08	3,17	6,77	0,0001	11,67	9,4	3,47	0,005
Profesores	5,92	3,03			6,92	6,94		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue estudiar si los sujetos diagnosticados de TDAH mostraban un perfil emocional diferente a los evidenciados por los datos normativos de los distintos instrumentos utilizados para su evaluación. El excesivo énfasis en el rendimiento ejecutivo de la población con TDAH ha supuesto un menor interés por el perfil emocional de estos niños. Esta situación sorprende aún más cuando desde la Neuropsicología se han identificado los circuitos y áreas cerebrales que regulan nuestro comportamiento emocional, ocurriendo además que algunos de estos circuitos son de naturaleza dopaminérgica, existiendo datos que evidencian un mejor rendimiento en variables emocionales en TDAH después de la administración continuada de psicoestimulantes (especialmente el metilfenidato).

En el nivel de Ansiedad autopercibida mostrado por

nuestro grupo de TDAH encontramos resultados contradictorios entre las dos pruebas usadas para medir esta variable. Si consideramos que tanto el STAIC como el BASC tienen índices de validez y fiabilidad adecuados y son de uso cotidiano en la práctica clínica, no tenemos una explicación satisfactoria de los mismos. Por lo que se refiere a la variable Depresión los sujetos TDAH se percibían como más deprimidos que la media de los sujetos utilizados para elaborar el baremo normativo. Estos resultados están en la línea de los encontrados por otros autores¹⁸, pero hay que señalar que uno de los autores españoles que más ha estudiado el área emocional en TDAH como es López-Villalobos, encuentra que los sujetos TDAH muestran menor sintomatología depresiva que la media de la muestra española en otro de los tests más ampliamente utilizados para medir depresión en niños como es el CDS (Cuestionario de Depresión para niños de Lang y Fisher). Sin pretender abordar el amplio tema de la comorbilidad, nos parece remarcable señalar que nuestra muestra, pese a lo anterior, no presentaba síntomas depresivos de tal intensidad como para constituir un *trastorno depresivo*, resultado opuesto al obtenido por varios estudios que han abordado la comorbilidad TDAH-depresión⁸, encontrando que ambos trastornos se asocian frecuentemente (con ratios que varían ampliamente según la metodología del estudio). En nuestra muestra, los sujetos con TDAH no presentan trastorno depresivo comórbido.

Respecto al resto de variables emocionales estudiadas (autoestima, y motivación) nuestros resultados van en la línea de lo mayoritariamente publicado por otros autores^{5,21}. Nos parecía interesante contar con datos acerca del nivel de *actitud negativa hacia la escuela*, como indicador de un aspecto importante de la motivación escolar del niño (que considerábamos fundamental para el diagnóstico diferencial del trastorno, ya que en ocasiones se confunde la desmotivación escolar del menor con un déficit de atención). Consideramos que se trata de una variable compuesta por varios factores fundamentales (tolerancia a la frustración, interés por la tarea, refuerzo, etc.) que en nuestro estudio han sido evaluados a través de una única medida. Creemos que esto es una de las limitaciones del estudio, ya que la variable motivación nos parece fundamental a la hora de caracterizar al sujeto, debido a su importante influencia en los procesos cognitivos y emocionales que intentamos medir.

Un intento de interpretación neuropsicológica del perfil emocional de nuestra muestra TDAH plantea, para la variable Depresión y, en alguna medida para la variable

Ansiedad, la necesidad de profundizar en este componente de la organización psicológica de esta población. Si nuestros resultados fuesen consistentes a lo largo del tiempo y en muestras más amplias, se podrían relacionar con alteraciones de los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos postulados como explicación neurobiológica causal del TDAH.

En el estudio de las diferencias entre los niveles de Ansiedad y Depresión en función del informante que cumplimenta el cuestionario (sujeto, padres, profesores), nos resulta relevante la diferencia estadísticamente significativa en el nivel de Depresión que perciben los informantes. Estos resultados deben ser contemplados a la luz del contexto de los déficits atencionales evidenciados por padres y profesores en el TDAH, habiéndose obtenido índices de correlación significativos entre ambas subescalas. Es probable que la manifestación conductual de una desatención marcada se confunda con sintomatología depresiva, ya que puede haber características observables comunes como pueden ser la inhibición, la distraibilidad, etc. Otra posible explicación a estos datos podría ser que el mayor nivel de sintomatología depresiva observado en el grupo TDAH ocasione una mayor desatención al inhibir al sujeto, centrándole más en sus propias cogniciones que en lo exterior a él. Respecto a la cuestión de cuál de los informantes percibe mayor grado de Depresión o Ansiedad, los padres tienden a puntuar más alto en Ansiedad y Depresión percibida en sus hijos TDAH que éstos o que sus profesores. Estos resultados contradicen los publicados por Bará y cols.⁵, que encuentran que son precisamente los padres quienes informan de niveles inferiores de ansiedad o depresión en su hijo. Según los resultados de ese estudio, los sujetos TDAH serían quienes documentaban sentir más ansiedad y depresión, concluyendo que el aspecto emocional de estos niños se documenta principalmente con el autoinforme.

El conjunto de resultados obtenido en esta investigación enfatiza la necesidad de contemplar las variables emocionales tanto en la fase diagnóstica como en los acercamientos terapéuticos del TDAH. Consideramos que su inclusión en los protocolos de manejo de esta población maximizará la eficacia terapéutica.

Finalmente, entendemos que el estudio realizado presenta algunas limitaciones a resolver en el futuro, en concreto, el tamaño reducido de la muestra y la inexistencia en algunas de las medidas de un grupo control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert J, López S, Fernández-Jaén A, Carrié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología* 2008; 47 (1): 39-45.
2. Anderson P. Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychology* 2002; 8: 72-82.
3. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* 2003; 36 (supl.1): S68-S78.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
5. Bará S y cols. Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología* 2003; 37 (7):608-615.
6. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3ed. New York: Guilford Press; 2006.
7. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 1997; 121:65-94.
8. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Attention Disorders* 2005 May; 8(4):195-207.
9. Bohline DS. Intellectual and affective characteristics of attention deficit disordered children. *J Learn Disabil* 1985; 18: 604-8.
10. Braaten EB, Rosen LA. Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consultant Clinical Psychology* 2000; 68: 313-21.
11. Bradley JDD, Golden CJ. Biological contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. *Clinical Psychology Review* 2001; 21: 907-29.
12. Brickenkamp, R. (1962). *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Hogrefe, Göttingen, Alemania. VC. Seisdedos Cubero, N. (2002). *Manual, d2, Test de atención*. TEA Ediciones, S.A. Madrid.
13. Carmona S. Neuroanatomy of attention deficit hiperactivity disorder: voxel-based morphometry and region of interest approaches. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona (2008).
14. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends of Cognitive Science* 2006; 10: 117-23.
15. Conners, CK. *Conner's Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 1989.
16. Cuesta M, de Iscar MJ, Begega MA, Méndez M, Álvarez L, Solís G y cols. Psychometric properties of the d2 selective attention test in a sample of premature and born-at-term babies. *Psicothema* 2007; 19(4): 706-710.
17. Du Paul GJ y cols. *ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford, 1998.

18. Kitchens SA, Rosen LA. Differences in anger, aggression, depression, and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of Attention Disorders* 1999; 3: 77-83.
19. López-Villalobos JA y Ruiz F. Dimensiones depresivas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anual Psiquis*, 2006; 22 (5).
20. Nigg JT, Casey BJ. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Developmental Psychopathology* 2005; 17: 785-806.
21. Orjales I, Polaino-Lorente A. Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1994; 47 (4): 461-466.
22. Reynolds, CR, Kamphaus, RW. *BASC, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA; 2004.
23. Rodríguez-Sacristán J, Cardoze D, Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez-Ríos J. *Sistemas objetivos de medida: experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (CEDI) Modificado de Kovacs y Beck*. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1984; 3: 65-74.
24. Rubio-Morell B, Martín-González R, Herreros-Rodríguez O, González-Pérez PA, Hernández-Expósito S, Quintero-Fuentes I, Gracia-Marco R. Evaluación neuropsicológica de la eficacia del metilfenidato-OROS en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* 2008; 46 (10): 602-608.
25. Sonuga-Barke EJ. Psychological heterogeneity in AD/HD--a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural and Brain Research* 2002; 130:29-36.
26. Spielberger N. *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad estado rasgo*. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
27. Wechsler D. *Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada. (5ª ed.)*. WISC-R. Madrid: TEA; 1999.