



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y AUTOCONCEPTO.

Diferencias en autoconcepto en función de los subtipos
de TDAH.

Autor: Cristina Ruiz-Gálvez Relaño

Director: Javier Martín Holgado

Mayo, 2015

Madrid

Cristina
Ruiz-Gálvez
Relaño

Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y autoconcepto. Diferencias en autoconcepto en función de los subtipos de TDAH.



Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y autoconcepto.

Diferencias en autoconcepto en función de los subtipos de TDAH.

Cristina Ruiz-Gálvez Relaño

Máster en Psicología General Sanitaria.

Nota de la autora: Me gustaría dar las gracias al gabinete psicológico Cadapa y a todos sus componentes, así como al gabinete psicopedagógico Cade, sin cuya colaboración no habría podido llevar a cabo este proyecto.

Mi especial agradecimiento hacia mi tutor Javier Martín Holgado por todo el esfuerzo y tiempo que me ha dedicado.

Resumen

El Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) suele presentar problemas en el funcionamiento de la persona en diferentes áreas (familiar, social, académica), que afectan a su autoconcepto y que se expresan de manera diferente en cada subtipo. Es esperable que estas diferencias también se expresen en el autoconcepto. No obstante, se ha estudiado un fenómeno que pueden difuminar estas diferencias mediante una valoración excesiva de sí mismo con respecto a la realidad: el sesgo positivo ilusorio. El objetivo que se plantea es encontrar diferencias entre los subtipos de TDAH en la manera en la que se perciben a sí mismos en diferentes ámbitos. Adicionalmente, se estudió la posible presencia de una distorsión en la percepción de sí mismo a su favor. La muestra, que constaba de 42 sujetos (11 sujetos de subtipo combinado, 13 sujetos de subtipo inatento y 18 sujetos del grupo control) con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años, fue evaluada en dos escalas de auto percepción: una de autoconcepto (Autoconcepto Forma 5) y otra de adaptación (Test Autevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil). Los resultados obtenidos reflejaron que no había diferencias entre los subtipos en los diferentes dominios del autoconcepto. Sin embargo, sí se encontraron puntuaciones significativamente mayores en el subtipo combinado en comparación con el grupo control en las dimensiones general y escolar, y entre el grupo combinado en comparación con el grupo inatento en satisfacción familiar. No se encontraron diferencias en la tendencia a distorsionar su imagen a su favor. Futuras investigaciones deben tener en cuenta variables como la edad, la comorbilidad con otras patologías, o el estilo educativo.

Palabras clave: Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad, Subtipo, Autoconcepto, Adaptación.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) usually presents problems in the functioning of the person in different areas (family, social, academic), affecting their self-concept and being expressed differently in each subtype. It is expected that these differences are also expressed in the self-concept. However, previous researches have studied a phenomenon that can blur these differences through excessive valuation in comparison to their actual competence: the positive bias illusory. The main goal of this research is to find differences between subtypes of ADHD in the way they perceive themselves. In addition, the possible presence of a distortion in the perception of themselves in their favor was assessed. The sample consisted of 42 subjects (11 subjects combined subtype, inattentive subtype 13 subjects and 18 control subjects) aged between 10 and 18 years, were evaluated on two scales of self-perception: one of self-concept (Autoconcepto Forma 5) and another adaptation (Test Autevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil). The results obtained showed no differences between subtypes in different domains of self-concept. Nevertheless, higher scores were found on the combined subtype in comparison with the control group on general inadaptation and school inadaptation dimensions, and between the combined group compared to the inattentive group in family satisfaction. No differences were found in the tendency to distort their image in their favor. Future research should take into account variables such as age, comorbidity with other pathologies, or educational style.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Subtype, Self-Concept, Adaptation.

Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Definición y síntomas

El Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsicológico más común en edad pediátrica (Soutullo y Díez, 2007). Es una trastorno que, según encuestas de población, se da en la mayoría de culturas entorno a un 5% en niños y un 2.5% en adultos (American Psychiatric Association, 2013). Afecta principalmente a niños y adolescentes, aunque en ocasiones puede cronificarse y alcanzar la edad adulta (Mayor y García, 2011).

Según los criterios diagnósticos del DSM-V, el TDAH es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento normalizado y persiste durante al menos 6 meses, con mayor frecuencia y gravedad de lo esperado en sujetos en un nivel de desarrollo similar. Estos síntomas deben estar presentes desde antes de los 12 años y en dos o más contextos (American Psychiatric Association, 2013).

La inatención se manifiesta en problemas para prestar atención a los detalles, lo que lleva a las personas que padecen estos síntomas a cometer descuidos y errores; dificultades para mantener la atención; problemas para seguir instrucciones (de hecho a menudo parece que no escuchan cuando se les habla directamente); dificultades para organizarse; evitación de tareas que requieren un esfuerzo mental prolongado; son frecuentes olvidos y pérdidas; y suelen distraerse fácilmente con estímulos externos (American Psychiatric Association, 2013).

Por otro lado, la hiperactividad e impulsividad se observa en conductas tales como jugar, mover pies y manos o estar inquieto en el asiento. Las personas con hiperactividad suelen levantarse en situaciones en las que se espera que estén sentados; juegan, trepan o corretean en situaciones inadecuadas (en adolescentes o adultos se les percibe inquietos); les resulta muy difícil ocuparse de actividades recreativas tranquilamente; a menudo actúan como si los impulsase un motor; hablan excesivamente y responden sin pensar, les cuesta esperar su turno para hablar e interrumpen con frecuencia (American Psychiatric Association, 2013).

Atendiendo a estas dos dimensiones (inatención e hiperactividad-impulsividad), se distinguen tres subtipos de TDAH: el subtipo de predominio inatento, que presenta seis o más síntomas de inatención y cinco o menos síntomas de hiperactividad-impulsividad; el subtipo de predominio hiperactivo-impulsivo, que se manifiesta con seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad y cinco o menos síntomas de inatención; y el subtipo combinado, que presenta seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad y seis o más síntomas de inatención (American Psychiatric Association, 2013). Los síntomas de las dos dimensiones se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1.

Listado de síntomas del TDAH según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)

Hiperactividad-impulsividad	Inatención.
<ul style="list-style-type: none">- Frecuentemente juguetea con pies y manos y se retuerce en el asiento.- Se levanta de su asiento en situaciones inapropiadas.- Inquietud.- Incapacidad para realizar una actividad tranquilamente- Incomodidad al tener que estar quieto durante un tiempo prolongado- Habla excesivamente- Responde rápida e inesperadamente antes de que terminen de realizar la pregunta.- Le resulta difícil esperar su turno- Interrumpe a los demás mientras hablan	<ul style="list-style-type: none">- Falta de atención a detalles (falta de precisión en la realización de tareas)- Dificultad para mantener la atención en actividades- Parece no escuchar cuando se dirigen a él o ella directamente- Dificultad para seguir instrucciones y finalizar tareas- Problemas en la organización de tareas o actividades- Evitación o desmotivación hacia tareas que requieren un nivel de atención sostenido- Pérdida de objetos- Facilidad para distraerse con estímulos externos- Olvidos

Etiología y tratamiento farmacológico.

En cuanto a la etiología del TDAH, a día de hoy se desconoce; sin embargo, existen evidencias de la influencia de factores genéticos, estructuras neuroanatómicas predisponentes y factores ambientales.

En lo referente a la contribución genética a la aparición de la sintomatología del TDAH, los estudios de gemelos, familias y niños adoptados han sido fundamentales para comprender el papel de la herencia genética (Lavigne y Romero, 2010). Aunque la influencia genética no sea determinista sino probabilística, la literatura pone de manifiesto que no es posible explicar este efecto como una alteración simple, sino por la contribución de un conjunto de genes de efectos aditivos (Amador, Forns y González, 2010). Es por esto que no hay datos concluyentes sobre el genotipo concreto del TDAH. No obstante, los genes que más se están estudiando están relacionados con el sistema dopaminérgico y son: el gen del receptor D2, situado en el cromosoma 11; el gen del transportador de la dopamina DAT1, que se encuentra en el cromosoma 5; la variante alélica del gen del receptor D4 de dopamina, DRD4, en el cromosoma 11; el gen del transportador de noradrenalina NET1; y el gen del receptor D1 de la dopamina, DRD1. El más estudiado de todos estos es el gen DRD4, que se encarga de producir el receptor D4 de dopamina, que no solo se activa al unirse a la dopamina sino también a la adrenalina y a la noradrenalina. Este gen es defectuoso en un 30% de la población general, pero este porcentaje se eleva a un 60% cuando la población está conformada por personas con TDAH (López y Romero, 2013).

Soutullo y Díez (2012) describen las diferencias en las estructuras neuroanatómicas entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH. Comentan que los circuitos y los grupos de neuronas que controlan la atención y que se encuentran en la corteza prefrontal, así como el cuerpo caloso (que comunica los hemisferios) y los ganglios basales (que están implicados en el control de impulsos) son de menor tamaño y menos activos en los niños con TDAH. Esto explicaría las deficiencias en el funcionamiento ejecutivo de los niños con TDAH. Además, los estudios indican que hay problemas en los circuitos que comunican el cortex prefrontal y los ganglios basales. Los neurotransmisores mediante los cuales se comunican estas zonas son la dopamina y la noradrenalina. Esto explica por qué el fármaco de elección para el tratamiento del TDAH sea el metilfenidato, un psicoestimulante cuyo mecanismo de acción consiste en bloquear la recaptación de dopamina y noradrenalina, lo que hace que estos neurotransmisores estén más presentes en el espacio intersináptico (Macià, 2012). No obstante, en casos en los que hay problemas de abuso de sustancias, comorbilidad con problemas de ansiedad, tics, o que presentan síntomas secundarios graves tras haber tomado fármacos estimulantes, se opta por prescribir fármacos no estimulantes como la atomoxetina (Lavigne y Romero, 2010). Este fármaco actúa como un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (Amador, Forns y Gonzalez, 2010).

En lo referente a las influencias ambientales, Amador, Forns y González (2010) plantean que los factores prenatales, como el consumo de tabaco y alcohol o la exposición a niveles altos de plomo durante el embarazo, junto con las complicaciones durante el parto son factores predisponentes frecuentes en TDAH. Otros factores predisponentes que, a nivel familiar, pueden fomentar la aparición de los síntomas de TDAH, son un estilo educativo punitivo, la falta de supervisión así como problemas psicopatológicos de los padres (Macià, 2012). Además, López y Romero (2013) proponen que hay un impacto significativo en los síntomas de atención con el efecto aditivo de múltiples estresores sociales, como por ejemplo la clase socioeconómica baja, el pertenecer a una familia numerosa o encontrarse viviendo en hogares de acogida.

El tratamiento farmacológico disminuye los síntomas principales (inatención, hiperactividad-impulsividad), pero no genera ninguna modificación directa sobre otros problemas secundarios, como otros problemas conductuales, relacionales, o de rendimiento, que se trabajan mejor en el ámbito terapéutico (Amador, Forns y Gonzalez, 2010). En el tratamiento psicoterapéutico con el niño es específico para cada caso, pero, en general persigue, unos objetivos generales. Estos son: fomentar el control de la conducta impulsiva, reducir el número de conductas disruptivas, mejorar la atención sostenida, facilitar la interacción social y familiar, y ayudarle en su aprendizaje escolar. Para esto se sirven de estrategias como la autoobservación y autorregulación, técnicas de resolución de problemas y entrenamientos en autoinstrucciones, habilidades sociales y autocontrol emocional (Macià, 2012). Está comprobado que un tratamiento combinado tiene mayores ventajas que un tratamiento únicamente farmacológico o que una terapia de conducta sin tratamiento

farmacológico. Tales ventajas son, en primer lugar, que en muchas ocasiones es bastante probable que se pueda reducir la dosis de medicación; en segundo lugar, que se aumenta el grado de satisfacción de los padres, así como el de los profesores; y finalmente facilita la mejora de las habilidades sociales de los niños (Loro-López, 2009). Al aumentar el grado de satisfacción y mejorar las habilidades sociales de los niños, cabe esperar que el autoconcepto de los niños cambie y tengan un conocimiento de sí mismos más ajustado.

Comorbilidad y problemas asociados al TDAH

Además de los síntomas principales que se han descrito, el TDAH suele presentar otro tipo de síntomas o problemas secundarios, que dificultan el desempeño normal del niño o el adolescente en diferentes ámbitos como, por ejemplo, los problemas en las relaciones familiares y sociales, la comorbilidad con otros trastornos, las dificultades de aprendizaje y los déficits en funciones ejecutivas y problemas en su autoconcepto.

- *Comorbilidad.* El TDAH en muchas ocasiones suele presentarse con otros trastornos asociados. Según Michanie (2000), el 65 % de los casos de TDAH coexiste con otras patologías. Este autor plantea que los casos de TDAH con un trastorno asociado presentan diferencias en cuanto a la gravedad, dado que afectan con mayor intensidad a distintas áreas de la vida del niño, como son el área social, familiar o académica. Además, estos niños evolucionan de manera más desfavorable y requieren un tratamiento terapéutico más complejo. La comorbilidad puede darse con trastornos internalizantes, como la depresión (20-30 %) o la ansiedad (20%), externalizantes, como los trastornos de conducta (20-40%), o con otros trastornos como los de aprendizaje (20%). López-Villalobos, Serrano y Delgado (2004) encontraron en su estudio que no había diferencias significativas en las dimensiones cognitivas, académicas y relacionales, entre el TDAH con trastornos comórbidos internalizantes y el TDAH con otros perfiles de comorbilidad.
- *Relaciones y clima familiar.* Las relaciones con la familia resultan fundamentales para el desarrollo de cualquier niño. En las primeras etapas de la vida, son los padres y los hermanos los que seleccionan fragmentos de información sobre el niño y los interpretan en función de su propia percepción de la realidad. Así, el niño comienza a construir la imagen de sí mismo, partiendo de lo que le transmiten desde fuera. En el caso de los niños con TDAH, los comportamientos más explícitos suelen ser aquellos más disruptivos, de manera que son estos los que les son transmitidos y, por ende, los que estructuran la imagen que tienen de sí mismos (López y Romero, 2013).

Los padres y hermanos de los niños con TDAH suelen presentar problemas de ansiedad u otros trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia. Este hecho fomenta en la familia un ciclo que se retroalimenta. Debido a estos problemas, los padres perciben a sus hijos como más difíciles de controlar que otros niños y también se perciben a sí mismos con una mayor incapacidad para educarlos. Esto genera que reaccionen de manera desproporcionada, imponiendo castigos severos e

innecesarios y mostrando irritabilidad hacia el niño independientemente de los que haga. De este modo, el niño percibe que no le estimulan ni le elogian y se comporta de manera más desafiante y testaruda, provocando la discusión y el conflicto. Este comportamiento fomenta que a ojos de los padres, el niño sea visto como incontrolable y ellos se sientan cada vez más incapaces de educarle (Barkley, 2002). De acuerdo con esto, se han encontrado que las familias de niños con TDAH presentan menores puntuaciones (manifestadas en los cuestionarios por uno de los padres) en cohesión familiar y orientación hacia las actividades intelectuales y recreativas (Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005).

Barkley (2002) estudió cómo eran las relaciones que establecía el niño con TDAH con cada uno de los miembros de su entorno familiar. Las relaciones con sus madres se caracterizan generalmente por una necesidad de ayuda y de atención por parte de ellos. Son las que dan más indicaciones, consentimientos y reprimendas sobre su comportamiento, intentando razonar y repetir las órdenes muchas veces. Los padres, al contrario que las madres, suelen tener menos paciencia en este sentido y tienden a imponer un castigo rápidamente al no obedecer, o un refuerzo inmediato con conductas positivas. La actuación inmediata genera que sus hijos les obedezcan. Esto puede generar problemas entre el matrimonio, y que el padre pueda llegar a pensar el problema lo tiene la madre por no saber controlar al niño y que sus reacciones son desproporcionadas.

Los niños con TDAH y sus hermanos suelen discutir más y jugar más alborotadamente. En general, los hermanos de estos niños suelen estar más cansados, exasperados y soportan una carga de trabajo mayor que la que soporta su hermano, lo cual, junto con el tiempo y la atención que los padres le dedican al hermano con TDAH, puede ser una fuente de envidias. Sobre los hermanos de los niños con TDAH, Harpin (2005) plantea que suelen sentirse más tristes y ansiosos, ya que a menudo son victimizados por el comportamiento abrupto de sus hermanos (que se traduce en agresiones verbales y físicas hacia ellos), y se sienten responsables de sus hermanos, pues frecuentemente, los padres esperan de ellos que cuiden al hermano con TDAH debido a su inmadurez emocional y social.

Como se ha visto, las relaciones entre el resto de miembros de la familia y los niños con TDAH son complejas y a menudo pueden fomentar que el niño con TDAH tenga una imagen de sí mismo negativa, como alguien incontrolable, generador de conflicto, inmaduro emocional y socialmente y que precisa de una especial vigilancia.

- *Relaciones Sociales.* Las relaciones sociales también se ven comprometidas. Los niños TDAH presentan estrategias sociales más ineficaces, lo cual evidencia un déficit en habilidades sociales. Éste déficit se explica por la falta de autorregulación emocional, que hace que estos niños sean más irritables y más inestables emocionalmente que sus compañeros (Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013). Esto provoca que sus amistades no sean duraderas y que sean impopulares entre otros niños (Soutullo y Díez, 2007). Según López y Romero (2013), los niños con TDAH tienen problemas con habilidades sociales, en parte, por un pobre conocimiento de sí mismos. Describen que suelen actuar

de manera impulsiva y no tienen en cuenta las consecuencias de sus actos. Presentan déficits en distintos ámbitos que influyen en las relaciones sociales, como por ejemplo el respeto por las normas de conversación, el manejo de críticas y bromas, la tolerancia a la frustración, la empatía, la comprensión o la cordialidad. Esto provoca que sean rechazados por sus compañeros de clase y tengan menos amigos. A este respecto, Hoza et al. (2005) estudiaron que los niños con TDAH tienden a ser menos populares entre sus compañeros, no suelen ser elegidos para hacer actividades, frecuentemente son rechazados como amigos, no son correspondidos por aquellos a quienes ellos eligen como amigos y no mantienen amistades íntimas.

- *Dificultades escolares.* En el ámbito escolar, habitualmente estos niños presentan dificultades de aprendizaje, más frecuentemente en escritura que en lectura, ortografía o matemáticas (Mayes, Calhoun y Crowell, 2000). A menudo, los profesores señalan de los niños con TDAH que tienen un bajo rendimiento escolar y un mal comportamiento que perturba al resto de la clase. Los profesores reflejan que estos niños parecen no escuchar, solo hacen las tareas si el profesor está con ellos, buscan realizar sus tareas rápidamente, se distraen, dejan las cosas sin terminar, y olvidan y pierden los materiales, lo cual los hace estar más desorganizados (Giusti, Heyfl y Joselevich, 2000). Según Soutullo y Díez (2007) todas estas problemáticas guardan una estrecha relación con el déficit en las funciones ejecutivas.
- *Funciones ejecutivas.* En los niños con TDAH, es en esta área en la que se manifiestan mayores déficits, que a su vez se relacionan con otros problemas presentes. Las funciones ejecutivas son todos aquellos procesos y habilidades que se han de poner en marcha para realizar y mantener un conjunto de comportamientos con el fin de llegar a una meta determinada. Integran diferentes aspectos afectivos/motivacionales, cognitivos y conductuales. (López-Soler, Martínez-Núñez, 1999, citado por López y Romero, 2013). Según Lavigne y Romero (2010), a día de hoy no existe un consenso de cuáles son exactamente las funciones ejecutivas. Estos autores plantean que las funciones ejecutivas son: *planificación* de objetivos y tareas para lograr los objetivos, así como su puesta en marcha a tiempo, anticipando posibles acontecimientos; *programación* de acciones específicas para alcanzar los objetivos propuestos; *automonitorización* de la puesta en marcha del plan y de la manera de llevarlo a cabo; *flexibilidad* para corregir errores o implementar cambios necesarios; *persistencia* y rechazo de estímulos irrelevantes y *evaluación* del cumplimiento de la tarea, reforzando consecuentemente.

Sánchez-Pérez y González- Salinas (2013) plantean que las funciones ejecutivas se sirven de tres componentes: la *memoria de trabajo*, para la manipulación de información verbal y no verbal durante un periodo de tiempo corto; el *control inhibitorio* de manera que se pueda responder a un estímulo concreto e ignorar aquellos que no son necesarios; y la *focalización y el cambio atencional*, que es la capacidad de mantener la atención sobre una tarea y poder cambiar flexiblemente ese foco de atención a otro estímulo cuando sea necesario. Estos tres componentes se ven afectados en los niños

con TDAH, por lo que la adquisición de habilidades se ve comprometida, lo cual puede suponer problemas en diferentes ámbitos, aunque el ámbito escolar es en el que este déficit en las funciones ejecutivas se hace más evidente.

A la vista de todos los problemas que conlleva el TDAH, y antes de pasar a revisar la clasificación por subtipos, parece importante hacer hincapié en cómo todos estos problemas afectan a la conceptualización que el niño tiene de sí mismo, es decir, su autoconcepto. Según Harter (1984 como se citó en González y Tourón, 1992), ante la necesidad de dominio los niños llevan a cabo una conducta. La experiencia de éxito o fracaso de esta conducta y el control sobre sus resultados, junto con el *feedback* de las figuras significativas, tiene un impacto directo en la percepción de competencia y en la evaluación afectiva de la misma, que a la larga acaba afectando a la motivación. Por lo tanto, estos niños que plantean diversas dificultades en múltiples áreas, probablemente perciban muchas experiencias de fracaso y desaprobación por parte de su entorno y una sensación de frustración y falta de control sobre el resultado de sus conductas, lo que probablemente afecte al concepto de sí mismos.

Posteriormente se explicará más en profundidad el autoconcepto y cómo se presenta en el TDAH, pero es importante que el lector tenga presente esta relación entre el autoconcepto y las experiencias vividas, antes de abordar la clasificación por subtipos y lo que conlleva.

Subtipificación del TDAH y controversias al respecto

Como ya se ha comentado, en la actualidad se distinguen tres subtipos de TDAH: el subtipo combinado, el subtipo inatento y el subtipo hiperactivo-impulsivo (American Psychiatric Association, 2013).

La conceptualización y el estudio de los síntomas del TDAH son relativamente recientes. Sin embargo, no son algo tan nuevo. En el año 1844, el médico alemán Heinrich Hoffman escribió e ilustró para su hijo una serie de pequeñas historias en las cuales los protagonistas mostraban diferentes formas de mal comportamiento, por las cuales acababan recibiendo algún tipo de castigo. Esta recopilación se llamó “Der Struwwelpeter” (“Pedro Melenas” en castellano), que era el título de la primera de las historias de las que habla este libro. De entre estas historias, con fines pedagógicos, es interesante centrar la atención en dos de ellas. Una es “La historia de Felipe Revueltas”, cuyo protagonista es Felipe un niño muy inquieto. Un día está sentado a la mesa para comer junto con sus padres, mientras que juega a balancearse en la silla, da golpes y patalea. De repente pierde el equilibrio e intenta no caerse agarrándose al mantel, haciendo que toda la comida caiga con él. La otra historia es “Juan Babieca”, un niño muy despistado que no suele ver por dónde va. La historia nos relata dos accidentes que sufre este niño por estar siempre distraído: en uno cuenta como se cae al suelo por que tropieza con un perro al que no había visto; el segundo describe

como Juan cae al río, teniendo que ser salvado por dos hombres que pasaban por allí, perdiendo una carpeta que llevaba y teniendo que soportar las risas de quienes le vieron.

Algunos autores como Rey (2012) o Mayor y García (2011), por supuesto, salvando las distancias, han encontrado en estas historias rasgos propios del TDAH. Aunque, evidentemente, hacer un diagnóstico no es posible mediante relatos como estos, podemos reconocer algunos síntomas del subtipo hiperactivo e impulsivo (movimiento excesivo de pies y manos, removerse en el asiento, inquietud frecuente) y del inatento (falta de atención a los detalles de lo que hace, lo que le lleva a cometer errores, dificultades para mantener la atención que pone en las actividades que hace, pérdida de objetos y facilidad para distraerse con estímulos que no son relevantes) en las historias de “Felipe Revueltas” y “Juan Babieca” respectivamente.

Si Felipe y Juan estuvieran delante y se pudiesen confirmar algunos de los criterios que propone el DSM-V, ambos niños se encontrarían bajo el mismo grupo: el de Trastorno Déficit de Atención. Sin embargo, dadas las diferencias que existen entre estos dos niños es importante que ambos se encuadren en categorías distintas. Felipe entraría en el grupo del Trastorno Déficit de Atención de predominio hiperactivo/impulsivo, mientras que Juan se situaría en el grupo de predominio inatento. Esto resulta una evidencia más de por qué es fundamental mantener y matizar las diferencias entre los subtipos. Los niños que se engloban en estos subtipos son muy distintos unos de otros, y por lo tanto, requieren un tipo de intervención diferente.

Aunque, ya se han hecho referencia a los síntomas del TDAH, vale la pena reiterar una descripción de los perfiles de cada subtipo. Los distintos síntomas principales del TDAH han sido descritos por López y Romero (2013). Los niños con inatención presentan dificultades a la hora de realizar una misma actividad durante un periodo de tiempo prolongado, en seguida se aburren. Cuando están haciendo algo y aparece otro estímulo, pierden el objetivo y se distraen dejando las cosas a medias. Cometan errores porque no se fijan y hacen un gran esfuerzo para realizar tareas rutinarias. Pierden objetos y olvidan cosas o eventos con frecuencia. Estos sujetos parecen más inmaduros y presentan un rendimiento escolar por debajo de sus capacidades.

Los niños con hiperactividad presentan una movilidad excesiva que contrasta con su falta de coordinación motriz y la rigidez de sus movimientos, lo cual les hace tener accidentes y caídas con frecuencia. Tienen dificultades para mantenerse quietos, por eso en clase suelen molestar a sus compañeros, ya que hablan mucho y siempre están moviéndose, cambiando de postura, dando golpecitos o haciendo ruido. Todo esto dificulta su trabajo y el de sus compañeros, lo que desemboca en un rechazo por parte de estos.

La impulsividad se define como la incapacidad de inhibir las conductas que conllevan una satisfacción inmediata. Los niños que presentan síntomas de impulsividad tienen poca tolerancia a la frustración, poco control de impulsos y dificultades para la regulación. Actúan sin pensar, sin tener presentes las consecuencias de sus actos. En las relaciones sociales son rechazados porque al hablar,

en muchas ocasiones interrumpen a sus interlocutores sin esperar su turno e incluso suelen hacer algún comentario inapropiado, sin tener presente la reacción de la otra persona.

Veamos ahora de qué manera han estado presentes los subtipos del TDAH en las diferentes ediciones del DSM. En el año 1968, cuando se produjo la introducción del TDAH en el DSM-II bajo el nombre de “Reacción hiperkinética de la infancia o adolescencia”, se ponía énfasis en la hiperactividad. Posteriormente, se enfatizó la importancia de la inatención y en la tercera edición se elaboraron tres listas que daban lugar a dos diagnósticos: el TDA con hiperactividad y el TDA sin hiperactividad. Sin embargo, en la revisión de la tercera edición, el TDA sin hiperactividad pasó a la categoría de indiferenciado, dejando de nuevo el diagnóstico como unidimensional. En la cuarta edición se realizaron dos listas, una con los síntomas de hiperactividad e impulsividad y otra con los síntomas de inatención, dando lugar a tres subcategorías diagnósticas: la de predominio inatento, la de predominio de hiperactividad-impulsividad y la combinada (Capdevilla-Brophy et al, 2005) El subtipo combinado es el más frecuente, seguido del inatento, que se da más en niñas que en varones y, finalmente, el hiperactivo/impulsivo, que resulta ser el más infrecuente (Soutullo y Diez, 2007). Esta clasificación se ha mantenido hasta el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Se han llevado a cabo numerosas investigaciones y revisiones acerca de la clasificación del TDAH por subtipos, que han generado gran polémica. En general, los dos problemas que se plantean con respecto a la clasificación vigente hacen referencia a la heterogeneidad y a la estabilidad de los subtipos a través del tiempo.

En cuanto a la heterogeneidad, Capdevilla-Brophy et al. (2005) y Mayor y García (2011) señalan que existen diferencias a tener en cuenta dentro de cada subtipo. Por ejemplo, un niño que presenta 6 síntomas de inatención y 5 de hiperactividad/impulsividad se encontraría dentro del mismo subtipo que un niño que presentase 6 síntomas de inatención y ninguno de hiperactividad/impulsividad.

Capdevilla-Brophy et al. (2005) y Colomer-Diego, Miranda-Casas, Herdoiza-Arroyo y Presentación-Herrero, (2012) señalan que la hiperactividad va disminuyendo con la edad y eso hace que el diagnóstico no sea definitivo, si no cambiante. En este sentido, Mayor y García (2011) inciden en el hecho de que la hiperactividad disminuya con el paso del tiempo y la inatención tienda a persistir. Proponen que el subtipo hiperactivo podría ser un precursor del subtipo combinado, en el que la hiperactividad se haría evidente a más temprana edad, mientras que la inatención se pondría de manifiesto en los años posteriores.

En esta línea, Bauermeister (2003) plantea la posibilidad de distinguir distintos tipos de TDAH de predominio inatento: por un lado, aquellos que además de los síntomas de inatención, presentan síntomas de hiperactividad-impulsividad, aunque no los suficientes como para ser diagnosticados como combinados; por otra parte, otro grupo que presenta los síntomas de inatención

de la nosología actual; y finalmente, un tercer grupo que presentaría la sintomatología propia de un constructo llamado Tempo Cognitivo Lento (TCL).

Camprodón et al. (2013) y Capdevila-Brophy, Artigas-Pallarés y Obiols-Llandrich (2006), planteando la existencia este constructo, muy parecido al subtipo inatento, que se caracteriza por movimientos letárgicos, procesamiento lento e inactividad. Sugieren que tal vez este constructo conforme una entidad independiente, que regularía los aspectos atencionales relacionados con otras patologías.

Barkley (2006, como se citó en Mayor y García, 2011) añadió a lo que había propuesto Bauermeister, un cuarto tipo que se correspondería con el subtipo combinado que con la edad y el crecimiento dejó atrás los síntomas de hiperactividad-impulsividad y había mantenido la inatención. Posteriormente, Barkley (2009) plantea la posibilidad de añadir distintos umbrales de los diferentes síntomas en función de la etapa del desarrollo en la que se encuentre el paciente.

Ambos autores se plantean la necesidad de cuestionarse estas subtipificaciones con miras a mejorar tanto la conceptualización de cada una de ellas, como el diagnóstico y el tratamiento.

En definitiva, se observa que no parece haber un acuerdo sobre si es válida la estructuración que se hace de los subtipos o de no serlo, cuál sería la alternativa. Pese a la falta de consenso entre los investigadores, Soutullo y Díez (2007) proponen que la subtipificación es altamente beneficiosa, ya que de no existir estas categorías, deberíamos asumir que el trastorno se da cuando hay síntomas de hiperactividad, dejando al subtipo inatento mal diagnosticado y sin recibir el tratamiento que necesita, como ocurre con los criterios diagnósticos de CIE-10, que no hacen esta diferenciación. Es por este motivo (por los potenciales beneficios que pueden derivarse de una distinción adecuada) por el cual se están llevando a cabo múltiples estudios para establecer diferencias entre los subtipos en diversos aspectos que detallaremos a continuación.

Implicaciones del TDAH según el subtipo

El TDAH compromete el desempeño del que lo padece en diferentes áreas. Escobar et al. (2008) estudiaron el impacto que este trastorno tiene en la calidad de vida de los niños (referida por los padres) en función del subtipo. Los resultados muestran que el subtipo combinado y el subtipo inatento presentan puntuaciones significativamente peores en calidad de vida que el subtipo hiperactivo/impulsivo. Estos autores plantean que esta diferenciación podría deberse a la mayor gravedad de los síntomas y a que estos dos subtipos suelen darse con patologías psiquiátricas comórbidas.

- *Comorbilidad.* En cuanto a la diferenciación entre subtipos en comorbilidad, Presentación y Siegenthaler (2005) encontraron que los niños con TDAH subtipo combinado, presentaban diferentes problemáticas a un nivel significativamente mayor que el grupo control. De estas problemáticas, cabe

destacar las que obtuvieron mayor puntuación, que fueron la conducta antisocial, problemas escolares, trastornos psicopatológicos e inadaptación social. En este mismo estudio, los autores señalan que el subtipo combinado se asocia con el trastorno negativista-desafiante en patología externalizante y con el trastorno por ansiedad generalizada en patología internalizante. Por su parte, Flores (2009) plantea que se pueden distinguir perfiles distintos en función de subtipo en problemática asociada. El grupo hiperactivo/ impulsivo, presenta un perfil con problemas de conducta disruptiva externalizada, mientras que el subtipo inatento presenta problemas relacionados con la inseguridad y la timidez. Ambos presentan dificultades de aprendizaje y dificultades en la socialización, aunque se plantea que tal vez estas dificultades se den a causa de patrones más evitativos en el caso de los inatentos, y de patrones más disruptivos en el caso de hiperactividad/impulsividad.

- *Relaciones y clima familiar.* Presentación-Herrero, García-Castelar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro y Jara-Jiménez (2006) estudiaron el impacto que los niños con TDAH subtipo combinado tienen en la familia. Plantean que hay un fuerte impacto cuando uno de los hijos presenta TDAH subtipo combinado, ya que los sentimientos y actitudes de los padres se tornan más negativos y las relaciones, tanto hacia fuera del núcleo familiar como dentro del mismo (relación de pareja de los padres, relación entre hermanos, relaciones padres-hijos), sufren un profundo deterioro. Por su parte, Ferreira, Rohde y Schmitz (2011) estudiaron las variables familiares asociadas al subtipo inatento del TDAH con respecto a grupos control y encontraron que la baja cohesión familiar así como una mala calidad de las relaciones familiares correlacionan con este subtipo de TDAH.
- *Relaciones Sociales.* Como se ha comentado, los niños con TDAH hacen uso de estrategias sociales ineficaces, que se presentan con mayor frecuencia en el subtipo combinado (Puente, 2013). Lora y Moreno (2008) han diferenciado los perfiles sociales del subtipo combinado y del subtipo inatento. Encontraron que el subtipo combinado tiene un perfil con mayor desajuste social, caracterizado por el negativismo y la escasa consideración hacia los demás. Por otro lado, la sintomatología inatenta se relaciona con un perfil de retraimiento y timidez en las relaciones y una elevada sensibilidad social.
- *Dificultades escolares.* Bauermeister (2003) planteó que no hay diferencias en rendimiento académico entre los diferentes subtipos de TDAH. No obstante, Carlson et al.(1996, como se citó en Bauermeister, 2003) sí señalan que hay evidencias de que los niños del subtipo inatento podrían tener más problemas con el aprendizaje de las matemáticas, que el subtipo combinado
- *Funciones ejecutivas.* Con respecto a las diferencias entre los subtipos en este área, Capdevila-Brophy et al. (2005) estudiaron las funciones ejecutivas en el subtipo inatento y en el subtipo combinado. Los resultados sugieren que los niños con TDAH de subtipo inatento presentan más dificultades en la fluidez de procesamiento de la información, mientras que los niños con TDAH con subtipo combinado presentan mayores dificultades en la memoria de trabajo no verbal y en el control

motriz. En contraposición con estos autores, Geurts, Verté, Oosterlaan, Roeyers y Sergeant (2005) no encontraron diferencias entre el subtipo combinado y el inatento en funciones ejecutivas.

- *Personalidad:* Con el fin de diferenciar más claramente los subtipos, se han realizado estudios acerca de los rasgos de personalidad que se dan con mayor frecuencia en cada uno. En concreto, Parker, Majeski y Collin (2004, como se citó en Martínez, 2010) encontraron que la hiperactividad/impulsividad se relacionaba con puntuaciones altas en extroversión y bajas en amabilidad, mientras que la inatención se relacionaba con bajos niveles de responsabilidad. Martínez (2010) encontró que el subtipo combinado tenía altos niveles de agresividad/ hostilidad (facilidad para expresar agresividad de manera verbal o conductual) y de actividad (preferencia por llevar una vida activa y ocupada, con poca capacidad para relajarse). En el caso de el subtipo inatento, encontró que estas puntuaciones eran totalmente al revés, es decir, bajas puntuaciones en agresividad/ hostilidad y bajo nivel de actividad.

Autoconcepto en el TDAH.

De todas las implicaciones del TDAH, la que más nos interesa en este trabajo es la referida al autoconcepto. Epstein (1974, como se citó en Sabeh, 2002) describe características principales del autoconcepto. Señala que es una red compleja de conceptos consistentes internamente, que integra aspectos de muchas facetas de la vida de la persona, y que se estructuran jerárquicamente. Este autor subraya la importancia de las relaciones con las personas significativas (padres, profesores o iguales), especialmente en las edades más tempranas, en la formación del autoconcepto, así como el carácter dinámico y cambiante del mismo, puesto que no es algo estático o innato, sino que se modifica con la experiencia.

Precisamente son estas experiencias las que llaman nuestra atención en el TDAH. Como ya se comentó con anterioridad, estos niños suelen tener una historia de experiencias de fracaso, frustración, falta de control y de desaprobación por parte del ambiente que de acuerdo con el modelo de Harter (1985, como se citó en González y Tourón, 1992), influyen en la imagen que la persona tiene de sí mismo.

Como se ha observado, los problemas que acompañan al TDAH, en lo referente a su funcionamiento en distintas áreas (familiar, escolar, social, etc.) se presentan de manera diferente en función del subtipo de TDAH. De este modo, cabe esperar que existan diferencias entre subtipos, en autoconcepto.

No obstante, las investigaciones no se ponen de acuerdo en el modo en el que el TDAH afecta al concepto que estos niños tienen de sí mismos.

Por un lado, hay investigadores como Capelatto, de Lima, Ciasca y Salgado-Anzoni (2014) que plantean que no hay diferencias significativas entre niños con TDAH y niños sin TDAH en las

puntuaciones generales de autoconcepto y autoestima, lo cual resulta sorprendente a la luz de lo que se ha revisado. Sin embargo, sí encontraron que hay ciertos ítems del Inventario de Depresión Infantil en los que muestran peores resultados los niños con TDAH. Estos ítems se relacionan con la creencia de hacer las cosas mal, sentimientos de culpa por las cosas malas que suceden y percepciones negativas de uno mismo. En esta línea, Bakker y Rubiales (2012) en su estudio encontraron que los niños con TDAH dan una puntuaciones en autoconcepto general más bajas, aunque estas diferencias no fueron significativas. No obstante en las dimensiones familiar y emocional del autoconcepto, sí se encontraron puntuaciones significativamente más bajas en los niños con TDAH. Otros estudios sí que han hallado puntuaciones significativamente más bajas en autoconcepto en los niños con TDAH con respecto al grupo control (Garza-Morales, Núñez- Villaseñor y Vladimírsky-Guiloff, 2007; Maia, Guardiano, Viana, Almeida y Guimarães, 2011). La explicación para la baja autoestima en los niños con TDAH es que experimentan continuas experiencias de fracaso que les llevan a pensar que no hacen nada bien y que por ello no gustan a los demás. Estos niños no saben qué hacer para remediarlo y por eso su autoconcepto y su autoeficacia presentan déficits (López y Romero, 2013).

Sin embargo, esto no es un hallazgo unánime, ya que existe otro grupo de investigaciones que sugieren que en los niños con TDAH tiene lugar un fenómeno que se denomina autoconcepto positivo ilusorio o sesgo positivo ilusorio (López y Romero, 2013). Este fenómeno consiste en que estos niños tienen una imagen de sí mismos “inflada”, y tienden a evaluar su rendimiento muy por encima de su desempeño real, referido tanto por personas de su entorno (profesores, padres o tutores), como medido en pruebas de laboratorio (Molina y Maglio, 2013).

Existen diversas hipótesis sobre el porqué de este fenómeno. Molina (2013) y Owen, Goldfine, Evangelista, Hoza y Kaiser (2007) revisan cuatro explicaciones del autoconcepto positivo ilusorio: la primera hipótesis apunta a una inmadurez cognitiva y comportamental, la segunda a la teoría de la ignorancia de la incompetencia, la tercera relaciona este fenómeno con disfunciones ejecutivas, y finalmente, la última hace referencia a este sesgo como un modo de autoprotección ante las numerosas experiencias de fracaso a las que se ven sometidos estos niños.

La hipótesis de la inmadurez cognitiva y comportamental, se basa en estudios como el realizado por Houck, Kendall, Miller, Morell y Wiebe (2011, como se citó en Molina, 2013) que investigaron la relación entre la edad y el autoconcepto de los niños, llegando a la conclusión de que a más edad menos inflado está el autoconcepto, ya que los niños con más edad son capaces de diferenciar su yo real de su yo ideal. De este modo podríamos plantear la hipótesis de que el autoconcepto de los niños con TDAH se corresponde con el autoconcepto de un niño de menor edad (Molina, 2013; Owen et al., 2007).

En segundo lugar, se revisa la teoría de la ignorancia de la incompetencia. Esta teoría supone que el niño no tiene la capacidad de evaluar la competencia, por lo que cabe esperar que este déficit afecte, no solo a la evaluación propia, sino también a la de los demás. (Molina, 2013; Owen

et al., 2007). Esta idea se ve refutada en el estudio de Evangelista, Owens, Golden y Pelham (2008) en el que se evidencia que la valoración positiva ilusoria no se generaliza a los otros, si no que se limita al propio niño.

En tercer lugar, Molina (2013) y Owens et al. (2007) sugieren la posible relación entre la presencia del sesgo positivo ilusorio y los déficits en las funciones ejecutivas. Plantean que se deba a una anosognosia, es decir una incapacidad para percibir los errores y déficits propios, de origen neurológico y que se asocia a un daño en el lóbulo frontal. A este respecto, McQuade et al. (2011) evalúan cómo las funciones ejecutivas afectan a la formación del autoconcepto positivo ilusorio en las áreas social, académica y comportamental. Estos autores hallaron diferencias entre estas áreas. En el ámbito académico y en el ámbito social, las funciones ejecutivas que parecen guardar cierto grado de relación con el autoconcepto positivo ilusorio son la memoria de trabajo, la fluidez cognitiva, los procesos ejecutivos y la amplitud atencional, mientras que en el área comportamental, las evidencias señalan a los procesos ejecutivos. Este estudio sugiere que los déficits cognitivos provocados por los problemas en las funciones ejecutivas en los niños con TDAH, podrían ser un factor que contribuya a la formación del sesgo positivo ilusorio, aunque McQuade y sus colaboradores señalan que esta relación encontrada es parcial y que sería necesario realizar más investigaciones que encuentren otros factores que lo expliquen mejor.

Por último, Molina (2013) y Owens et al. (2007) plantean la hipótesis del autoconcepto positivo ilusorio como un mecanismo de protección ante las continuas experiencias de fracaso que sufren estos niños. Ambas revisiones afirman que esta hipótesis ha sido la más estudiada, por lo que sustenta un mayor soporte empírico. López y Romero (2013) plantean que si bien es cierto que este mecanismo tiene su funcionalidad a corto plazo, pues permite afrontar errores repetidos, a largo plazo supone un problema puesto que no reconocen sus propias capacidades ni sus necesidades de mejora, de modo que no modifican la manera de enfrentarse a las tareas cuando es necesario y así se hacen más propensos y susceptibles al fracaso (Owens et al.,2007).

La hipótesis de la función defensiva del autoconcepto positivo ilusorio, se ve apoyada por hallazgos como el de Hoza et al. (2004), que plantea que esta sobrevaloración ilusoria se da con mayor intensidad en aquellas áreas en las que hay mayor déficit.

Molina (2013) plantea que las áreas en las que se da el autoconcepto positivo ilusorio son aquellas que son más importantes para el sujeto. Además diferencia tres dimensiones: la social, la académica y la comportamental. La dimensión social es la que aporta más evidencias sobre la hipótesis de la función autoprotectora del autoconcepto positivo ilusorio. Propone que las experiencias sociales negativas fomentan la sobrevaloración del autoconcepto, mientras que el hecho de recibir *feedback* positivo aumentaba la valoración ajustada de sí mismos y de sus competencias. Esto es lo que también afirman López y Romero (2013) al proponer que el autoconcepto positivo

ilusorio se reduce en el momento en el que la autoimagen es reforzada desde fuera, ya que al recibir un *feedback* positivo del entorno, disminuyen sus sentimientos de inadecuación.

La dimensión académica, según Molina (2013), es la que presenta menores indicios que evidencien la hipótesis sobre la función autoprotectora del autoconcepto positivo ilusorio. Esta falta de indicios se puede deber a que para los niños esta área carece de importancia o a que las pruebas utilizadas son demasiado artificiales como para ser extrapoladas con la realidad. En contraposición, Hoza et al. (2004), en su estudio sobre las dificultades escolares y conductuales y el autoconcepto positivo ilusorio, plantea la idea de que los niños con TDAH tienden a sobre-valorar sus competencias en las áreas que les parezcan más problemáticas.

Finalmente, en la dimensión comportamental también surgen evidencias sobre la hipótesis de la función protectora del autoconcepto positivo ilusorio. Hoza, et al. (2010), plantea que niveles altos de agresión se relacionan con aumentos de la autopercepción positiva ilusoria a los largo del tiempo, entendiéndolo como una forma de hacer frente a los problemas de comportamiento.

Owens et al., (2007) revisan los estudios realizados sobre las diferentes variables que afectan a la expresión del autoconcepto positivo ilusorio. En cuanto a trastornos comórbidos, señalan el efecto que los síntomas depresivos atenúan o mitigan la aparición del sesgo positivo ilusorio en niños con TDAH, que sí se observa en los niños con el trastorno pero sin síntomas depresivos (Hoza et al., 2004). Plantean que los problemas de conducta también podrían tener su influencia en la aparición del sesgo positivo ilusorio en los niños con TDAH. Aunque Treuting y Hindshaw (2001, como se citó en Owens et al., 2007), encontraron una relación positiva entre la conducta agresiva y las autopercepciones más negativas, esto podría deberse a que esta conducta es reflejo de síntomas depresivos. En contraposición, Hoza et al. (2002, como se citó en Owens et al., 2007) proponen que la presencia de conductas agresivas se relaciona con el autoconcepto positivo ilusorio. Parece que esta sobrevaloración ilusoria positiva no es única y exclusiva del TDAH, sino que hay otro tipo de muestras no clínicas en las que también se presenta. De estas muestras, el factor común es el comportamiento disruptivo (Owens et al., 2007). El estudio del autoconcepto positivo ilusorio en relación con los problemas de conducta, así como con las dificultades escolares, sugieren que los niños con TDAH tienden a sobre-evaluar sus competencias en aquellas áreas en las que muestran mayores dificultades (Hoza et al., 2004).

Las investigaciones que han abordado las diferencias de género en cuando al autoconcepto positivo ilusorio (Evangelista et al., 2007, Hoza et al, 2004 y Owens y Hoza, 2003) no han hallado diferencias, sugiriendo que este fenómeno se da en los dos sexos.

El papel de los subtipos en cuanto al autoconcepto positivo ilusorio ha sido estudiado por Owens y Hoza (2003) en un investigación en la que compararon sujetos del subtipo combinado y de subtipo inatento en cuanto a la sobrevaloración de su competencia escolar en comparación con un criterio externo. Hallaron que el subtipo combinado tiende a sobreestimar su capacidad en mayor

medida que los inatentos y además, estos últimos tendían a subestimar su competencia escolar. Los autores relacionaban esta tendencia de los niños del subtipo inatento con el constructo del Tempo Cognitivo Lento.

A la luz de la revisión bibliográfica realizada sobre las conceptualizaciones y controversias de la clasificación del TDAH y sobre las diferentes tendencias del autoconcepto en los niños con esta patología, la pregunta ¿Existen diferencias entre los subtipos de TDAH en autoconcepto? Como se ha revisado anteriormente, existen diferencias significativas entre subtipos en la afectación del funcionamiento del niño en diversas áreas. En comorbilidad, el subtipo combinado suele presentarse con problemas de conducta disruptiva, mientras que el subtipo inatento se relaciona con problemas de inseguridad y timidez (Flores 2009). La forma de relacionarse también cambia según el subtipo. El subtipo combinado presenta más negativismo y mayor desajuste social, mientras que el subtipo inatento presenta un perfil relacionado con el retraimiento y la timidez (Lora y Moreno, 2008). En cuanto a las funciones ejecutivas, se ha encontrado que el subtipo combinado presenta mayores dificultades en la memoria de trabajo no verbal y en el control de motriz, mientras que en el subtipo inatento se ve más comprometida la fluidez en el procesamiento de la información (Capdevilla-Brophy et al., 2005). Finalmente, los subtipos de TDAH también presentan diferencias en las variables de personalidad. Mientras que el subtipo combinado se relaciona con mayor extroversión y menor amabilidad, el subtipo inatento presenta puntuaciones bajas en responsabilidad.

Atendiendo a estas diferencias en el funcionamiento de los niños con TDAH en diferentes áreas y teniendo presente la importancia que tienen las experiencias vividas en el autoconcepto, puede decirse que es esperable que haya diferencias en este aspecto.

Con el fin de abordar esta cuestión, se lleva a cabo esta investigación de carácter exploratorio. El objetivo de este trabajo es encontrar diferencias significativas entre los subtipos de Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (de predominio inatento, de predominio hiperactivo/ impulsivo y combinado) y un grupo control en su autoconcepto.

Sin embargo, como ya se ha comentado, el sesgo positivo ilusorio podría ocultar estas diferencias. Por este motivo, de forma secundaria al objetivo principal y utilizando una escala de medida modesta, se explorará la distorsión que hace el sujeto de sí mismo a su favor.

La hipótesis de partida es que sí habrá diferencias en autoconcepto entre los subtipos de TDAH entre sí y entre ellos y el grupo control en diferentes ámbitos. La manera en la que se manifiestan estas diferencias es desconocida ya que las dificultades presentadas por los niños con TDAH no son diferentes niveles de un mismo constructo, sino que son distintas según el subtipo. De este modo, planteamos esta investigación como una exploración.

Si estas diferencias no se dan, podría deberse a la existencia de un sesgo positivo ilusorio en las autopercepciones de estos niños. Para aproximarnos a este fenómeno utilizaremos una escala de sinceridad que mide la distorsión que hace el niño de sí mismo a su favor. Partiendo de lo

propuesto por Owens y Hoza (2003) esperamos encontrar que esta escala presente puntuaciones altas en el subtipo combinado.

Método

Muestra.

La muestra está formada por 42 niños que participaron de forma voluntaria. Todos ellos son de Madrid y tienen edades comprendidas entre los 10 y los 18 años. La muestra está dividida en tres grupos: un grupo de 11 niños diagnosticados de TDAH subtipo combinado, un grupo de 13 niños diagnosticados de TDAH subtipo inatento y un grupo control formado por 18 niños que no presentaban síntomas ni de inatención ni de hiperactividad- impulsividad. No se pudieron encontrar sujetos del subtipo hiperactivo impulsivo, por lo que se trabajó solamente con los dos subtipos restantes y el grupo control. Los diagnósticos de los niños que forman parte de los grupos de subtipo inatento y combinado fueron realizados por los psicólogos que les estaban tratando en ese momento o que les habían tratado. Para reclutar a la muestra, se contó con la colaboración de diversos profesionales del campo de la psicología y la neurología infantil. Los padres de los pacientes de dichos profesionales fueron informados previamente del objetivo de esta investigación y de lo que requería verbalmente y por escrito. Debido a que la muestra está conformada por sujetos menores de edad, los padres o tutores autorizaron por escrito la participación de los menores en esta investigación. Con el fin de preservar la intimidad de los sujetos, se garantizó que los cuestionarios serían anónimos, que se utilizarían exclusivamente para esta investigación. Los padres o tutores que solicitaron previamente disponer de los resultados de las pruebas de sus hijos, fueron informados convenientemente.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados han sido los siguientes.

- La escala *Autoconcepto Forma 5 (AF5)* (García y Musitu, 2014) concibe el autoconcepto como una entidad multidimensional y evalúa el concepto de uno mismo en cinco áreas: familiar, académica, social, emocional y física. Este cuestionario consta de 30 ítems (6 ítems por cada dimensión) que el sujeto ha de rellenar con un número del 1 al 99, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 99 totalmente de acuerdo. La fiabilidad global de la escala es de 0.84, mientras que la de la escala familiar fue 0.80, la académica 0.88, la social 0.73, la emocional 0.73 y la física 0.78.

- El *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)* mide la adaptación general, personal, escolar, social y familiar. De este cuestionario atenderemos únicamente a la escala *Pro-imagen*, que es un criterio de sinceridad que informa de la distorsión de los resultados a causa de una extrema valoración personal-social. La prueba ha tenido un alto índice de fiabilidad general (0.87).

Se llevó a cabo un análisis de la fiabilidad del cuestionario AF5 en la muestra de esta investigación. Se considera que el índice de fiabilidad (Consistencia interna del test) es bueno a partir de una puntuación de 0,60, y muy bueno a partir de 0,80. Por lo que podemos observar en los resultados de fiabilidad de nuestra escala, tomando todos los ítems, podemos considerar que obtenemos un índice de fiabilidad muy bueno (Alpha de Cronbach = 0,848). Se analizó también la fiabilidad de cada uno de los cinco factores que componen dicha escala. La fiabilidad del factor *Autoconcepto Académico* es muy buena (Alpha de Cronbach = 0,837), mientras que la fiabilidad de los factores *Autoconcepto Social* (Alpha de Cronbach = 0,714), *Autoconcepto Emocional* (Alpha de Cronbach = 0,715), *Autoconcepto Familiar* (Alpha de Cronbach = 0,771) y *Autoconcepto Físico* (Alpha de Cronbach = 0,687) es buena.

No se llevó a cabo la prueba de fiabilidad del TAMAI con la muestra de este estudio, porque la corrección de éste test se hace de forma electrónica.

Procedimiento

Los cuestionarios utilizados fueron pasados por la investigadora personalmente o por los terapeutas, en algunos casos de los niños con TDAH. Los padres o tutores de los sujetos fueron debidamente informados del objetivo de la investigación y de lo que suponía participar en ella, antes de dar la autorización escrita para la participación de sus hijos en esta investigación. Posteriormente, en una habitación en la que sólo estaban el niño y la investigadora o su terapeuta, se explicó brevemente la investigación y la manera de responder a los cuestionarios. Tras esta explicación los niños rellenaron los cuestionarios bajo la supervisión de la investigadora o su terapeuta.

Resultados

Antes de comenzar con los análisis para contrastar las hipótesis objeto de estudio de esta investigación, se llevaron a cabo las pruebas necesarias para saber si la muestra cumplía los requisitos de normalidad y homogeneidad de varianzas en las variables objeto de estudio.

Autoconcepto Forma 5 (AF5)

Al examinar la normalidad de la muestra respecto a las variables evaluadas por el AF5, encontramos que en los diferentes grupos en los que se divide la muestra, hay escalas en los que la distribución no cumple el supuesto de normalidad, según el estadístico de contraste Shapiro-Wilk cuya significación en dichas ocasiones era menor que 0,05. Estos casos especiales son los siguientes: en el grupo del *Subtipo Combinado*, el *Autoconcepto familiar*; en el grupo del *Subtipo Inatento*, el *Autoconcepto familiar*; y en el grupo del *Subtipo Control*, los factores de *Autoconcepto social* y *Autoconcepto familiar*.

En cuanto a aquellas otras escalas en las que sí se cumplió el criterio de normalidad se procedió posteriormente a realizar pruebas de homogeneidad de la varianza. En este caso, dicha

prueba nos permite aceptar la hipótesis nula de igualdad de varianzas para todos los subtipos de TDAH en las variables *Autoconcepto Académico* (Levene: $F=0,496$, $gl=2$, $p=0,613$) y *Autoconcepto Físico* (Levene: $F=0,166$, $gl=2$, $p=0,847$). En el caso del *Autoconcepto Emocional* (Levene: $F=4,696$, $gl=2$, $p=0,015$), no se puede asumir homogeneidad de varianzas porque la significación es menor que 0,05.

El contraste de medias entre los diversos grupos en las escalas que cumplieron los requisitos de normalidad y de homogeneidad de las varianzas, se llevó a cabo mediante el procedimiento ANOVA. Los resultados revelan que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en las dimensiones *Autoconcepto Académico* ($F=2,214$, $gl=2$, $p=0,123$) y *Autoconcepto Físico* ($F=0,104$, $gl=2$, $p=0,901$)

Como ya señalamos anteriormente, con las escalas que no superaron el criterio de normalidad, se optó por la utilización de pruebas no paramétricas, en concreto la prueba de Kruskal-Wallis para las escalas *Autoconcepto Familiar* (Chi cuadrado=0,542, $gl=2$, $p=0,763$) y *Autoconcepto Social* (Chi cuadrado=0,918, $gl=2$, $p=0,632$). Se recurrió al mismo procedimiento para proceder al contraste de medias entre los grupos en la escala de *Autoconcepto Emocional* (Chi cuadrado=0,799, $gl=2$, $p=0,671$), que aunque sí cumple el supuesto de normalidad, no cumple el criterio de homogeneidad de varianzas. Los resultados de estas pruebas no revelan diferencias significativas entre los tres grupos.

En la tabla 2 se recogen las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de cada grupo en las escalas de autoconcepto.

Tabla 2.

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en autoconcepto en los diferentes grupos.

Variables	Combinado		Inatento		Control		Total	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
A.Académico	6,28	2,16	6,47	1,69	7,59	1,73	6,895	1,891
A.Social	8,20	1,44	7,84	1,48	8,37	1,45	8,163	1,439
A.Emocional	6,19	2,66	6,97	1,23	6,29	2,02	6,473	1,992
A.Familiar	8,72	1,47	8,53	1,79	8,66	1,34	8,634	1,486
A.Físico	7,48	1,45	7,24	1,86	7,17	1,91	7,271	1,749

Nota: M= Media. DT= Desviación típica

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)

Al someter a las distintas escalas de que consta este test a la exploración estadística pertinente para evaluar si cumplían el criterio de normalidad de la distribución, pudo observarse que, exceptuada la

escala de *Satisfacción con la educación paterna*, ninguna de ellas lo satisfacía, tal y como quedaba reflejado en los resultados arrojados por el estadístico de contraste Shapiro-Wilk; en cada una de estas escalas, existía al menos un grupo que presentaba un nivel de significación inferior al 0,05, nivel de significación prefijado.

A la vista de ello, se optó por examinar la presencia de diferencias entre las medias correspondientes a los distintos grupos, recurriendo al uso, en el caso de estas variables, de pruebas no paramétricas, en concreto la prueba de Kruskal-Wallis. Como consecuencia de estos análisis, pudieron apreciarse diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas:

Inadaptación General (Chi-Cuadrado= 6,012, gl=2, p=0,049), por lo que se procedió al contraste entre los grupos de dos en dos —mediante la prueba de Mann-Whitney— para poder identificar entre cuáles de los grupos se establecía la diferencia significativa, utilizando la corrección Bonferroni (Departamento de Sociología IV, 2012) para fijar el nivel de significatividad (en este caso, siendo un total de tres las comparaciones dos a dos, tendríamos: $0,05 / 3 = 0,016$). Siguiendo este procedimiento, pudo comprobarse que la comparación entre el grupo Combinado y el Control alcanzaba niveles de significatividad ($Z=-2,412$, p=0,016).

Inadaptación Escolar (Chi-Cuadrado=6,614, gl=2, p=0,037). De nuevo, la prueba de Mann-Whitney puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre el grupo Combinado y el Control ($Z=-2,385$, p=0,017).

Insatisfacción Familiar (Chi-Cuadrado=7,549, gl=2, p=0,023). En ese caso, la comparación de grupos de dos en dos a través de la prueba de Mann-Whitney reveló diferencias significativas en esta variable entre los grupos Combinado e Inatento ($Z=-2,886$, p=0,04).

En el resto de las escalas a las que se les aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis por no superar el criterio de normalidad, no se hallaron diferencias significativas:

Inadaptación Personal (Chi-Cuadrado=2,832, gl=2, p=0,243); *Inadaptación Social* (Chi-Cuadrado=2,046, gl=2, p=0,360); *Insatisfacción Hermanos* (Chi-Cuadrado=1,291, gl=2, p=0,524); *Satisfacción con Educación Materna* (Chi-Cuadrado=700, gl=2, p=0,705); *Discrepancia Educativa* (Chi-Cuadrado=3,748, gl=2, p=0,153); y *Proimagen* (Chi-Cuadrado=0,004, gl=2, p=0,998).

La única escala del TAMAI que cumplía los criterios de normalidad valorados a través del estadístico de contraste Shapiro-Wilk, resultó ser la de *Satisfacción Educación Paterna*, en la que además se cumplía el criterio de homogeneidad de varianzas (Levene: $F=0,115$, gl=2, p=0,892). La posterior comparación de medias a través de un ANOVA puso de manifiesto la ausencia de diferencias estadísticamente significativas ($F=0,091$, gl=2, p=0,913).

En la tabla 3 quedan recogidas las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en inadaptación en inadaptación.

Tabla 3.

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en inadaptación en los diferentes grupos

Variables	Combinado		Inatento		Control		Total	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
In. General	4,36	1,690	3,31	1,797	2,78	1,353	3,36	1,679
In. Personal	3,64	1,804	2,92	1,441	2,50	1,295	2,93	1,520
In. Escolar	4,73	1,902	4,15	1,819	3,06	1,259	3,83	1,738
In. Social	4,18	1,888	3,38	2,022	3,33	1,283	3,57	1,699
Ins. familiar	3,82	2,272	1,31	1,109	2,61	2,355	2,52	2,200
Ins. hermanos	1,91	2,256	2,54	2,222	1,89	2,083	2,10	2,139
Sat. Ed. padre	4,18	1,662	4,46	1,506	4,28	1,742	4,31	1,615
Sat. Ed. madre	4,64	1,567	4,85	1,068	4,44	1,504	4,62	1,378
Dis.Educativa	3,73	2,195	2,15	2,230	2,22	2,045	2,60	2,198
Proimagen	3,09	2,44	3,08	2,36	3,06	2,44	3,070	2,352

Nota: M= Media. DT= Desviación típica

Discusión

En este trabajo se han abordado dos cuestiones que están rodeadas de controversias. Por un lado, se plantean preguntas entorno a la validez de los subtipos de TDAH actualmente vigentes en el DSM-V (que también lo estaban en el DSM-IV). Distintos autores (Barkley, 2009; Bauermeister, 2003; Capdevill-Brophy et al., 2005; Mayor y García, 2011) plantean diferentes opciones alternativas a la clasificación actual, ya que casi todos concluyen que según esta clasificación es muy difícil que los niños con TDAH puedan encajar completamente en cada subtipo. Por otro lado, la otra cuestión que se aborda, hace referencia al autoconcepto de los niños con TDAH. Si bien es cierto que este trastorno suele presentarse frecuentemente acompañado de una serie de vivencias que es esperable que afecten a la imagen que los niños con TDAH tienen de sí mismos, no está muy claro que efecto generan en su autoconcepto. Diversos autores plantean que existe una tendencia en los niños con TDAH a sobrevalorar la percepción de sí mismos, al que denominan sesgo positivo ilusorio, en diferentes dominios (Hoza et al., 2004; Molina, 2013; Owens et al., 2007), mientras que otros autores plantean que tienden a subvalorarse a sí mismos ante las percepciones de fracaso (Garza-Morales, Núñez- Villaseñor y Vladimírsky-Guiloff, 2007; Maia, Guardiano, Viana, Almeida y Guimarães, 2011). La falta de acuerdo a este respecto parece estar derivada de limitaciones metodológicas de las investigaciones, así como de una falta de acuerdo sobre el instrumento de medida (Hoza et al., 2004).

Ante estas discrepancias, esta investigación se plantea como un estudio exploratorio que pone en relación estas dos cuestiones. Partimos de la idea de que los subtipos de TDAH presentarán diferencias significativas en autoconcepto en las distintas áreas. Ante la posibilidad de que el sesgo positivo ilusorio pudiera disipar estas diferencias, se midió el grado en el que el sujeto distorsiona su imagen a su favor, mediante una escala de sinceridad.

Para esto se recogieron las respuestas que los sujetos dieron al cuestionario de autoconcepto AF5, para generar una puntuación de autoconcepto en diferentes dimensiones (académica, social, emocional, familiar y física) y del TAMAI, para recoger una medida adicional sobre cómo estos niños se ajustan a los diferentes ámbitos. Además, en este test se prestó atención a la subescala de sinceridad *Proimagen*, que mide el grado en el que el sujeto que contesta a la prueba distorsionándola a su favor en relación con la realidad.

La hipótesis de partida es que sí habrá diferencias entre los subtipos de TDAH entre sí y entre ellos y el grupo control en las escalas del AF5 (*Autoconcepto Académico, Autoconcepto Social, Autoconcepto Emocional, Autoconcepto Familiar y Autoconcepto Físico*) y en las subescalas del TAMAI (*Inadaptación General, Inadaptación Personal, Inadaptación Escolar, Inadaptación Social, Insatisfacción familiar, Insatisfacción con los hermanos, Inadecuada educación del padre, Inadecuada educación de la madre y Discrepancia Educativa*). Se desconoce la manera en la que se manifiestan estas diferencias, ya que las dificultades presentadas por los niños con TDAH no son diferentes niveles de un mismo constructo, sino que son distintas según el subtipo. De este modo, planteamos esta investigación como una exploración.

Secundariamente y en el caso en el que el sesgo positivo ilusorio estuviera afectando a los resultados, se esperaba encontrar puntuaciones significativamente más altas en la escala *Proimagen* en el subtipo combinado, en comparación con el subtipo inatento y con el grupo control.

Tras llevar a cabo los análisis estadísticos se encontró que no había diferencias en *Autoconcepto Académico, Autoconcepto Social, Autoconcepto Emocional, Autoconcepto Familiar y Autoconcepto Físico* entre ninguno de los subtipos entre sí, ni entre ellos y el grupo control.

En las escalas del TAMAI, se encontraron puntuaciones significativamente más altas en el grupo de subtipo combinado en las escalas de *Inadaptación General e Inadaptación Escolar* en comparación con las puntuaciones del grupo control. En la escala de *Insatisfacción Familiar* se encontraron diferencias significativas entre el subtipo combinado y el subtipo inatento. En el resto de las escalas del TAMAI (*Inadaptación personal, Inadaptación social, Insatisfacción con los hermanos, Inadecuada educación del padre, Inadecuada educación de la madre y Discrepancia Educativa*) no se encontraron diferencias entre los subtipos. Esto sugiere que los niños del subtipo combinado presentan mayores dificultades a la hora de adaptarse y estar a gusto en el ambiente en el que vive. Además, expresan actitudes negativas hacia las materias académicas, los profesores y las

tareas escolares y, así como un elevado grado de insatisfacción con respecto al clima familiar y la relación de los padres entre sí.

Al atender a la subescala *Proimagen*, que habíamos añadido previendo esta posibilidad, no se hallaron evidencias de que la distorsión de la imagen a su favor fuera más frecuente en los sujetos del subtipo combinado, ni de ningún otro grupo.

Se pueden plantear varias hipótesis sobre por qué los tres grupos no presentan diferencias en autoconcepto. La primera hipótesis que se nos plantea es que las diferencias en autoconcepto que puedan darse no están sujetas a variables adscritas a un subtipo de TDAH determinado. Algunas de estas variables pueden ser la edad, la clase social o el estilo parental.

Sobre este último punto, como ya se mencionó anteriormente, López y Romero (2013) señalaban la importante influencia de la percepción de los padres y hermanos, y posteriormente de profesores e iguales, sobre la imagen que tiene de sí mismos estos niños. Ellos planteaban que aquellos que rodean al niño en las primeras etapas de su desarrollo, son los que seleccionan y transmiten al niño información sobre él y basándose en ella, este niño ve construyendo su imagen de sí mismo. Además, Oh, Park, Suk, Song e Im, (2012, como se citó en Molina, 2015) en su investigación plantearon que una actitud afectuosa materna era predictor de una buena autoestima global. Quizá en el ambiente de estos niños no se les ha señalado sólo aquellos comportamientos más disruptivos y molestos, que favorecerían a generar un autoconcepto deficitario y una imagen de sí mismos como incompetentes, si no que a la vez, es probable que se les hayan señalado conductas en las que estos niños son competentes, lo cual favorezca un concepto de sí mismos más adaptado.

Otra hipótesis sobre esta cuestión es que tal vez esta igualdad entre medias se deba a que los sujetos del subtipo inatento y del subtipo combinado habían recibido o estaban recibiendo tratamiento psicopedagógico. Es posible que al mejorar su rendimiento en algunos dominios, la percepción de sí mismos haya mejorado.

Si atendemos al AF5, los resultados obtenidos hacen referencia a la existencia de un sesgo positivo ilusorio. En cambio, en el TAMAI si se han encontrado diferencias entre subtipos. Esto junto a la escala *Proimagen*, lleva a pensar justamente lo contrario, que sí hay diferencias entre los subtipos en adaptación autopercebida y que no hay ninguna tendencia a la distorsión. Estas diferencias entre los cuestionarios podrían explicarse atendiendo a los aspectos que evalúan estas escalas. Las dimensiones del TAMAI se refieren a actitudes de la persona hacia elementos de un determinado ámbito, mientras que las dimensiones del AF5 lo que evalúan es la manera en la que se ve el niño desempeñando su rol en cada ámbito.

Finalmente, podemos hacer referencia al método usado para medir la distorsión de la percepción de uno mismo. Aunque se utilizase el indicador *Proimagen* para observar la tendencia de los sujetos a distorsionar su imagen a su favor, debido a la modestia de esta medida, se baraja la posibilidad de que este fenómeno de autopercepción sesgada si este teniendo lugar en ambos subtipos

de TDAH, pero la escala no este midiéndolo correctamente. Se dio por hecho que, al pertenecer la escala que medía la sobrevaloración (*Proimagen*) a una escala de adaptación autoevaluada y medir dimensiones semejantes a las que medían las escalas de autoconcepto, las puntuaciones en esa escala podrían generalizarse también al autoconcepto. Además, en el estudio de Owens y Hoza (2003), así como en otros estudios que también estudiaban el autoconcepto positivo ilusorio (Evangelista et al., 2008; Hoza et al., 2004; McQuade et al., 2011), se utilizaron criterios externos como la percepción de padres o profesores o la corrección objetiva de tareas. Sin embargo, en este estudio debido a ciertas limitaciones de acceso a la muestra se empleó la subescala *Proimagen* del TAMAI. Además, también es relevante el hecho de que en los estudios mencionados que evaluaban la presencia del sesgo positivo ilusorio, lo hacían evaluando de forma separada los ámbitos de la vida del niño, mientras que en el presente estudio se ha analizado de forma general. Quizá sí se analiza de manera más pormenorizada, diferenciando entre los diferentes dominios, sí se hallaría este sesgo en las áreas donde el sujeto presentase mayor dificultad, tal y como proponen Hoza et al. (2004).

En cuanto a otras limitaciones metodológicas, se puede señalar el tamaño de la muestra fue reducido y que no se han tenido en cuenta variables como el sexo, la edad, la comorbilidad con otras patologías, el nivel socioeconómico o el tiempo que los sujetos de los subtipos de TDAH llevan en tratamiento psicopedagógico. El acceso a la muestra fue limitado y tener en cuenta estas variables hubiera requerido más sujetos, lo cual resultó ser bastante complicado. Sin embargo, sería interesante que estas variables fueran incluidas en futuras investigaciones.

Por otro lado, el autoconcepto en otras investigaciones ha sido medido por el Self-Perception Profile for Children (SPPC) de Harter, que no tiene adaptación al castellano disponible, por lo que en la presente investigación se utilizó el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) de García y Musitu, que presenta una fiabilidad aceptable y sí está disponible en castellano.

Ante estas diferencias, sería interesante aceptar hasta qué punto estas formas de medida están midiendo lo mismo, o si están atendiendo a definiciones del autoconcepto diferentes.

Finalmente, parece importante señalar como limitación el hecho de que los diagnósticos estuvieran realizados por profesionales diferentes. Todos los niños estaban diagnosticados en función de los criterios del DSM V, sin embargo es posible que haya variaciones individuales en la forma de diagnosticar de un terapeuta a otro.

Conclusión.

La división del TDAH en subtipos tiene una utilidad no solo de cara al diagnóstico sino también de cara al tratamiento. El estudio de los problemas más frecuentes en cada subtipo y de la manera en la que estos niños se perciben, permite una aproximación a la experiencia que vive cada niño que padece TDAH, así como facilita la implementación de una intervención que preste especial atención a determinadas problemáticas que surgen o que pueden surgir. A pesar de que en el estudio no se hayan encontrado las diferencias esperadas entre los diferentes subtipos en autoconcepto esto

no quiere decir que no se deba seguir estudiando esta cuestión. Futuras líneas de investigación deben enfocarse a prestar una atención más pormenorizada a variables socio demográficas como la edad o la clase social; variables clínicas, como la comorbilidad con otros trastornos; o variables relacionadas con el estilo educativo de los padres que pudieran estar influyendo en el autoconcepto de estos pacientes.

Referencias

- Amador, J.A., Forns, M. y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Editorial Síntesis
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing
- Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, 4(1), 5-11.
- Barkley, R. A. (2002). La vida en familia con un niño con TDAH. En R. A. Barkley, *Niños hiperactivos, como comprender y atender sus necesidades especiales*, (125-133). Barcelona:Paidós.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106.
- Barkley, R., DuPaul, G. y McMurray, M.B. (1990). Comprehensive Evaluation of Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity as Defined by Research Criteria. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 58(6), 775-789.
- Bauermeister, J.J. (2003, Marzo). *El TDAH tipo combinado y TDAH con predominio de problemas de atención: ¿Dos problemas diferentes?*. Comunicación presentada en Madrid, España.
- Camprodon, E., Duñó, L., Batlle, S., Estrada, X., Aceña, M., Marrón, M., Torrubia, R., Pujals, E., Martín, L.M. y Ribas-Fitó, N. (2013). El Tempo Cognitivo Lento: Revisión de un constructo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 151-168.
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Ramírez-Mallafre, A., López-Rosendo, M., Real, J., & Obiols-Llandrich, J. E. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad:¿existen diferencias entre los subtipos?. *Revista de Neurología*, 40(1), 17-23.
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica?. *Revista de Neurología*, 42(2),127-134.
- Capelatto, I., Lima, R.F., Ciasca, S.M. y Salgado-Anzoni, C.A. (2014). Cognitive functions, Self-Esteem and Self-Concept of Children with Attention Deficit and Hyperactivitu Disorder. *Psicologia:Reflexão e crítica*, 27(2), 331-340.
- Colomer-Diago, C., Miranda-Casas, A., Herdoiza-Arroyo, P. y Presentacion- Herrero,M.J. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia es los resultados durante la adolescencia. *Revista de Neurología*, 54(supl.1), 117-126.
- Escobar, R., Hervas, A., Soutullo, C., Mardomingo, M.J., Urueña, A. y Gilaberte, I. (2008). Trastorno déficit de atención /hiperactividad: impacto de la enfermedad de acuerdo al subtipo en niños con diagnóstico reciente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (5), 285-294.

- Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M., y Pelham Jr, W. E. (2008). The positive illusory bias: do inflated self-perceptions in children with ADHD generalize to perceptions of others?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 779-791.
- Departamento de sociología IV, (2012). Análisis no paramétrico: El procedimiento Pruebas no paramétricas. *Universidad Complutense de Madrid*. Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/19nparam_SPSS.pdf
- Ferreira, G., Rohde, L.A. y Schmitz, M. (2011). Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *European Child and Adolescent Psychiatry*,
- Flores, J.C. (2009) Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 21 (4), 592-597.
- García, F. y Musitu, G. (2014). *Manual Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garza-Morales, S., Nuñez-Villaseñor, P. y Vladimírsky-Guiloff, A. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 64, 231-239.
- Geurts, H.M. y Verté, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H. y Sergeant, J.A. (2005) ADHD subtypes: do they differ in their executive functioning profile?. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 457-477.
- Giusti, E. Hedy, P. y Joselevich, E. (2000) AD/HD en la escuela: algunas consideraciones. En E. Joselevich (Comp.) *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños adolescentes y adultos* (pp 153-167). Barcelona: Paidós.
- González, M.C. y Tourón, J. (1992) *Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S.A.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90 (1), i2-i7.
- Hernández, P. (2002). *Manual Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham Jr, W. E., Molina, B. S., Abikoff, H.B., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J.M. y Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 382-391.
- Hoza, B., Murray-Close, D., Arnold, L.E., Hinshaw, S.P., Hetchman, L. y MTA Cooperative Group (2010). Time- Dependent changes in Positively Biased Self-Perceptions of Childres with ADHD: A Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 22(2), 375-390.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Kraemer, H.C., Pelham, W.E., Wigal, T. y Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in

- children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411-423.
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2010). ¿Cómo se trata el TDAH?. En R. Lavigne y J.F. Romero. *El TDAH ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* (pp 175-230) Madrid: Ediciones Pirámide.
- López, C. y Romero, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- López-Villalobos, J.A., Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16 (3), 402-407.
- Lora, J.A. y Moreno, I (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 317-329.
- Loro- López, M.; Quintero, J.; García-Campos, N.; Jiménez-Gómez, B.; Pando, F.; Varela-Casal, P.; Campos, J.A. y Correas -Lauffer, J. (2009) Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Revista de neurología*. 49 (5), 257-264.
- Macià, D. (2012). Tratamiento del TDAH. En D. Macià *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento* (pp.107 -192) Madrid: Ediciones Piramide.
- Maia, C., Guardiano, M, Viana, V, Almeida, J.P. y Guimarães, M.J. (2011) Auto-conceito em Crianças com Hiperactividade e Défice de Atenção. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 493-502.
- Martinez, Y., Bosch, R., Gomà-i- Freixanet, M., Valero, S., Ramos-Quiroga, J.A., Nogueira, M. y Casas, M. (2010). Variables diferenciales de personalidad en los subtipos de TDAH en la edad adulta. *Psicothema*, 22(2), 236-241.
- Mayes, S. D., Calhoun, S.L., y Crowell, E.W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping Spectrum Disorders. *Journal of Learning Disabilities*. 33 (5), 417-424.
- Mayor, J. y García, R. (2011). Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH). Revisión. ¿ Hacia dónde vamos ahora?. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia* 22(2), 144-154.
- McQuade, J.D., Tomb, M., Hoza, B., Waschbusch, D.A., Hurt, E.A. y Vaughn, A.J. (2011). Cognitive Deficits and Positively Biased Self-Perceptions in Children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 307-319.
- Michanie, C. (2000). Comorbilidad en el AD/HD. En E. Joselevich (Comp.) *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños adolescentes y adultos* (pp 41-53). Barcelona: Paidós.
- Molina, M.F. (2013). Revisión del avance en el estudio de las autopercepciones de los niños con Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 5(3), 16-24.
- Molina, M.F. (2015). Perceived Parenting Style and Self-perception in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *International Journal of Psychological Research*, 8(1), 61-74

- Molina, M.F. y Maglio, A.L. (2013). Características del Autoconcepto y el Ajuste en las Autopercepciones de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7(2)
- Montiel-Nava, C. Montiel-Barbero, I. y Peña, J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de Atención- Hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13 (2), 297-310.
- Owens, J.S., Goldfine, M.E., Evangelista, N.M., Hoza, B. y Kaiser, N.M. (2007). A critical review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 335-351.
- Owens, J.S. y Hoza, B. (2003). The role of inattention and hyperactivity/ impulsivity in the Positive Illusory Bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 680-691.
- Presentación, M.J. y Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*. 28 (3), 261-275.
- Presentación- Herrero, M.J., García- Castelar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, R. y Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42 (3), 137-143.
- Puente, P., Jiménez, G., Pineda, W., Pimienta, D., Acosta, J., Cervantes, M.L., Núñez, M y Sánchez, M. (2014). Déficit en habilidades sociales en niños con trastorno por déficit de atención- hiperactividad, evaluados en las escala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 95-106.
- Rey, C. (2012). Pedro Melenas, el terror de las neuronas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 877-887.
- Sabeh, N. (2002). El autoconcepto en niños con necesidades educativas especiales. *Revista Española de Pedagogía*, 223, 559-572.
- Sánchez-Pérez, N. y González- Salinas, C. (2013). Ajuste escolar del alumnado con TDAH: factores de riesgo cognitivos, emocionales y temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 527-550. Consultado el día 2 de Septiembre de 2014. Descargado de <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?816>.
- Soutullo, C. (Coord.) (2012). *Guía básica de psicofarmacología de TDAH*. Madrid: InScience Communications.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007) *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.