

*Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 24, Nº 1, 2016, pp. 107-125*

## **NEGATIVISMO, ANSIEDAD Y RETRAIMIENTO SOCIAL COMO PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

José Antonio Lora-Muñoz e Inmaculada Moreno-García  
*Universidad de Sevilla (España)*

### **Resumen**

Se analiza la capacidad predictora de la ansiedad, la socialización, la autoestima y el negativismo respecto a los déficit de atención e hiperactividad, considerando en primer lugar, población normal y, posteriormente, individuos con sospecha de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Han participado 259 niños ( $M=13,05$ ;  $DT=1,92$ ) y 241 niñas ( $M=12,90$ ;  $DT=2,04$ ). Se han diferenciado dos grupos a partir de la información aportada por los profesores a través de la "Escala para la evaluación del TDAH" (*ADHD Rating Scale-IV*; DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998). Los resultados muestran índices de varianza explicada entre el 33,5%,  $F(6, 349)= 30,854$ ;  $p= 0,008$ , de la puntuación en inatención y el 45,2%,  $F(3,102)= 29,901$ ;  $p= 0,008$ , en sintomatología combinada. Destacan síntomas de negativismo, ansiedad estado y retraimiento social, como las variables más relevantes con tendencia a incrementar las puntuaciones en inatención e impulsividad. La autoestima escolar y consideración con los demás resultan las principales variables moderadoras de la sintomatología hiperactiva.

**PALABRAS CLAVE:** *déficit de atención, hiperactividad, variables predictoras.*

### **Abstract**

Predictive ability of anxiety, socialization, self-esteem and negativism for attentional deficiencies and hyperactivity was analyzed, considering firstly a normal population and then individuals with suspected attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). 259 children ( $M= 13.05$ ,  $SD= 1.92$ ) and 241 girls ( $M= 12.90$ ,  $SD= 2.04$ ) have participated in this study. Two groups have been differentiated from the information provided by teachers through the ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998). The results show variance explained rates between 33.5%,  $F(6, 349)= 30.854$ ,  $p= .008$ , inattention score and 45.2%,  $F(3,102)= 29.901$ ,  $p= .008$ , combined symptoms. Symptoms of negativism, state anxiety and social withdrawal stand out, as the most relevant variables that tend to increase scores on inattention and impulsivity. The school esteem and consideration to others are the main moderating variables of overactive symptoms.

**KEY WORDS:** *attention deficit, hyperactivity, predictor variables.*

---

*Correspondencia:* José Antonio Lora-Muñoz, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, c/ Camilo José Cela, s/n 41018 Sevilla (España). E-mail: [jaloramu@gmail.com](mailto:jaloramu@gmail.com)

## Introducción

La relación que mantienen los trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje, por un lado (Barkley, 2006) y los déficit de autoestima (Becker, Luebbe y Langberg, 2012; Edbom, Granlund, Lichtenstein y Larsson, 2008) y problemas de socialización en la sintomatología inatenta e hiperactividad por otro, es motivo de interés debido a la comorbilidad existente entre estos trastornos y al efecto modulador que las variables psicológicas ejercen en la sintomatología característica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Becker *et al.*, 2013).

El interés por la relación entre los trastornos comórbidos con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) así como su influencia y repercusión en la adaptación social y competencia personal de los menores con sintomatología hiperactiva y déficit de atención ha aumentado en los últimos años (Servera y Moreno-García, 2015). Al analizar esta compleja relación, uno de los puntos más controvertidos se centra en cómo influyen los problemas de conducta o trastornos de ansiedad en las habilidades de socialización y competencia social que presentan los sujetos con trastorno hiperactivo (Drabick, Gadow y Loney, 2007; Frankel y Feinberg, 2002; Kuhne, Schachar y Tannock, 1997; Matthys, Cuperus y Van Engeland, 1999). En una revisión de 21 trabajos realizados entre 1994 y 2011, Becker *et al.* (2012) muestran una relación mayoritaria entre la presencia de trastornos de conducta y dificultades en las relaciones sociales, a pesar de existir algún estudio con datos contradictorios. No se apreciaba una tendencia tan clara respecto a la sintomatología ansiosa.

Humphreys, Aguirre y Lee (2012), por su parte, analizaron la influencia de estos trastornos de forma conjunta en una muestra 203 menores con problemas de ansiedad e hiperactividad, con el propósito de analizar las diferencias entre los perfiles psicológicos de los sujetos en función de si pertenecían a un grupo comórbido u otro. Sus resultados mostraron que el grupo con mayores problemas conductuales estaba integrado por sujetos con TDAH, trastorno negativista (TND) y ansiedad, en oposición a lo hallado en investigaciones previas (Abikoff *et al.*, 2002). Asimismo, parecía existir un cierto "efecto moderador" de los síntomas ansiosos sobre la intensidad del TND en el ambiente escolar. Humphreys *et al.* (2012) realizaron un análisis por subtipos, evidenciando que el tipo combinado mostraba más problemas de conducta y ansiedad en comparación al subtipo inatento.

La influencia de la ansiedad en hiperactividad y déficit de atención también se ha analizado atendiendo a las repercusiones en el funcionamiento cognitivo de los individuos estudiados (Bustillo y Servera, 2015; Manassis, Tannock y Barbosa, 2000; Oosterlaan, Logan y Sergeant, 1998). Estos trabajos muestran mejora en el control inhibitorio y en tareas que evaluaban el tiempo de reacción de los sujetos con TDAH y trastornos de ansiedad comórbidos si bien, los participantes no mejoraban en tareas relacionadas con la memoria de trabajo. Sin embargo, investigaciones posteriores no han encontrado resultados en la misma dirección. Así, Papadopoulos, Panayiotou, Spanoudis y Natsopoulos (2005) y Vance, Ferrin, Winther y Gomez (2013) concluyeron que la aparición conjunta de sintomatología

ansiosa e hiperactiva no alteraba el funcionamiento cognitivo de los niños, al menos respecto a la planificación de estrategias de intervención y estrategias de memoria de trabajo espacial (Vance *et al.*, 2013). Estas discrepancias parecen estar promovidas por la conceptualización adoptada en cada caso de los problemas de ansiedad. Investigaciones paralelas señalan que los resultados que revelan mejoría en el control inhibitorio de los sujetos comórbidos con ansiedad e hiperactividad (Manassis *et al.*, 2000; Oosterlaan *et al.*, 1998, entre otros) pueden deberse a la autopercepción que el sujeto tiene de esa ansiedad (Bloemsmá *et al.*, 2013). Estos autores, cuya muestra estaba compuesta por niños TDAH tipo combinado, hallaron que los chicos que eran conscientes de sus dificultades ansiosas lograban mejorar sus resultados.

Asimismo, Dan y Raz (2015) analizan el papel mediador de la autoestima en mujeres con TDAH cuando han de afrontar situaciones de exámenes, controlando variables de ansiedad. Los autores concluyen que la autoestima actúa como mediadora en la repercusión de los problemas de ansiedad en las participantes diagnosticadas con hiperactividad, facilitando además su integración social.

En otras ocasiones, las investigaciones han indagado sobre el funcionamiento social de los individuos con problemas de atención e hiperactividad. Distintos trabajos informan que entre un 50%-80% de los sujetos presentan dificultades sociales (Barkley, DuPaul y McMurray, 1990; Huang-Pollock, Mikami, Piffner y McBurnett, 2009). Frankel y Feinberg (2002) realizaron una revisión de las publicaciones previas con el objetivo de investigar los factores que contribuían al rechazo social entre los niños. Sus resultados mostraron que manifestar comportamientos de agresividad verbal o física, no integrarse en nuevos grupos, presentar conductas negativas en clase, discutir con facilidad o no cumplir las reglas, eran conductas frecuentemente observadas en estos menores. Otros aspectos destacables incidían en la tendencia de los sujetos hiperactivos a interpretar de forma errónea las intenciones de los demás, siendo valoradas fácilmente como agresivas. Demaray y Elliott (2001) hallaron que los propios niños con TDAH percibían que generaban pocas conductas de apoyo social hacia sus compañeros, lo que además contribuía a su baja autoestima. No obstante, estos datos no resultan concluyentes, desde otra perspectiva, los niños con TDAH suelen mostrar conductas prosociales, tender a pasar mucho tiempo con sus amigos, demostrar elevado interés por las relaciones interpersonales y compromisos o citas, incluso más que la media del resto de la población (Nixon, 2001).

Por otro lado, con relación a la influencia y repercusión de la autoestima en el trastorno hiperactivo, las investigaciones realizadas muestran igualmente cierta divergencia. En unos casos, se estima que se trata de individuos con niveles de autoestima por debajo de la media según su grupo de referencia y en otros, se considera lo contrario. Hoza, Pelham, Dobbs, Owens y Pillow (2002) realizaron una investigación que contó con 195 sujetos con hiperactividad y un grupo control de 73 sujetos sin el trastorno, para dar respuesta a esta cuestión. Evaluaron la actuación real de los sujetos experimentales y controles para contrastarla tanto con las autovaloraciones que realizaban los sujetos como con la percepción y evaluación de sus profesores. Los resultados mostraron que los sujetos hiperactivos sobreestimaban sus capacidades con respecto a los controles en el área escolar,

social y dominios conductuales específicos, ámbitos en los cuales estos niños presentaban más desajustes, por ejemplo, el grupo con agresividad comórbida mostró autoestima elevada respecto a las habilidades sociales. Esta línea de investigación ha sido ratificada por otros autores posteriormente (Wiener *et al.*, 2012). En términos similares, Miranda, Presentación, Colomer y Roselló (2011) encontraron niveles sobreestimados de satisfacción con su vida respecto a sus padres, asociando este aumento ficticio del nivel de felicidad a mecanismos de protección de los menores. Hoza *et al.* (2002) mostraron que los chicos con TDAH con síntomas interiorizados comórbidos no exageraban sus puntuaciones y mostraban niveles más bajos que los controles. Una de las conclusiones de este extenso trabajo sugiere la posibilidad de que estos niños mostraran elevadas autovaloraciones debido a la pobre capacidad para diferenciar entre actos útiles e inútiles. Otra vertiente de este tipo de estudios vincula directamente bajo rendimiento con deficiente autoestima y autoconcepto. Este es el caso del trabajo realizado por Capelatto, de Lima, Ciasca y Salgado-Azoni (2014), quienes hallaron clara asociación entre escaso desempeño en tareas de funciones ejecutivas y la autopercepción de los niños al respecto.

Con relación a la motivación, Aase y Sagvolden (2006) concluyeron que los alumnos clasificados como inatentos obtenían el mismo rendimiento que el grupo control siempre que mantuvieran un adecuado nivel de motivación, logrado a través de un programa de refuerzos inmediatos.

Distintas investigaciones (Bowen, Chavira, Bailey, Stein y Stein, 2008; Mikami, Ransone y Calhoun, 2011; Power, Costigan, Eiraldi y Leff, 2004) coinciden en la complejidad que conlleva valorar la repercusión que estos desórdenes infantiles originan cuando coexisten sus síntomas. No obstante, los resultados sí confirman que los efectos adversos de estos trastornos se observan en el ámbito social, emocional, escolar y familiar de los menores afectados y su impacto es más notable cuando aparecen conjuntamente, además, su influencia difiere en función del perfil de inatención o hiperactividad estudiado (García y Hernández, 2010; Hammerness *et al.*, 2010).

En este contexto el objetivo general de este trabajo es determinar la capacidad predictora de las variables ansiedad, socialización, autoestima y negativismo en los déficit de atención e inhibición conductual, característicos de los niños con sintomatología hiperactiva. Se definen dos objetivos específicos: a) identificar variables predictoras de déficit de atención e inhibición conductual en población normal y b) analizar la influencia de las variables estudiadas en menores identificados con sospecha de TDAH.

## Método

### *Participantes*

Han participado 520 niños, con edades entre 10 y 16 años, de los cuáles 259 eran varones ( $M=13,05$ ;  $DT= 1,92$  años) y 241 eran mujeres ( $M=12,90$ ;  $DT=2,04$  años). Según la etapa escolar, 224 eran alumnos de Primaria ( $M=11,07$ ;  $DT=0,81$ ) y 276 eran alumnos de Secundaria ( $M=14,53$ ;  $DT=1,09$ ).

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional por conglomerados, con submuestreo aleatorio (Manzano, 1998), a partir de la población escolarizada ( $n=3147$ ) en un municipio de la periferia de Sevilla (España). Se diferenciaron dos estratos formados por las etapas escolares estudiadas (Primaria y Secundaria), considerándose como conglomerados todas las aulas existentes dentro de cada etapa, sin diferenciar los cursos, asignándole un número a cada una de ellas y, finalmente, seleccionándolas al azar de forma proporcional a su distribución en cada etapa. En cada aula se realizó un submuestreo aleatorio para seleccionar al menos el 50% de los alumnos, esto es, 13 sujetos, según datos aportados por los centros. Una vez identificadas las aulas se solicitó la colaboración de los tutores de cada grupo a través del director del centro o del orientador. A continuación, se obtuvo el consentimiento de los padres de los alumnos seleccionados mediante el proceso de aleatorización descrito dentro del aula.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: a) contar con el consentimiento por parte de los padres para la participación en el estudio, b) tener entre 10 y 16 años de edad, c) pertenecer a las aulas seleccionadas en el muestreo y d) aceptar expresamente participar en la investigación. Quedaron excluidos niños con necesidades educativas especiales, menores que no dominan bien el lenguaje o lectura en español, niños escolarizados temporalmente provenientes de otros países y menores con diagnóstico previo de TDAH. Una vez aplicados los criterios mencionados, la muestra final quedó integrada por 500 sujetos computándose una pérdida muestral del 3,8% debida a una inadecuada cumplimentación de los distintos instrumentos administrados.

### *Instrumentos*

Los instrumentos empleados fueron los siguientes:

- a) "Escala para la evaluación del TDAH" (*ADHD Rating Scale-IV*, ADHD RS-IV; DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998). Esta escala es empleada con frecuencia para la clasificación y/o diagnóstico de menores con TDAH (Cardo y Servera, 2005; Lora y Moreno, 2010; Ota y DuPaul, 2002). Está formada por dos subescalas, inatención y sobreactividad-impulsividad motora, ambas de nueve ítems, que ofrecen tres puntuaciones: un índice global que proporciona valoración general del trastorno en el niño evaluado, otro, que indica déficit de atención y un tercero que valora hiperactividad-impulsividad. Permite cuatro alternativas de respuesta que oscilan entre "nunca o casi nunca" y "muy frecuentemente". Cuenta con destacados niveles de fiabilidad y validez (p. ej., DuPaul *et al.*, 1997; Collet, Ohan y Myers, 2003).
- b) "Listado de síntomas del trastorno negativista desafiante en el DSM-IV-TR" (*Checklist of symptoms for oppositional defiant disorder*; APA, 2000). Este listado está formado por los ocho ítems integrados en el listado de síntomas del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante. Este formato ha demostrado su validez para la evaluación de este trastorno en estudios previos, como muestra la revisión de Collet *et al.* (2003), donde presentan buenas propiedades psicométricas y una adecuada utilidad

clínica. Para la corrección del mismo, se contabilizó la suma de la puntuación de los ocho ítems, asignando el valor de 0 (nunca o casi nunca) a 3 (muy frecuentemente) en función a la opción de respuesta (Amador, Forns y Martorell, 2001). En este caso se contabilizaron las puntuaciones directas globales, obteniéndose, pues, la tendencia comportamental de los niños evaluados hacia la sintomatología negativista desafiante.

- c) "Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños" (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*, STAIC; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 1989). Este cuestionario se emplea en investigación para la evaluación de ansiedad en población infantil. Ha sido utilizado en investigaciones anteriores que analizan igualmente la relación entre TDAH y ansiedad (p. ej., Gill, 2001; Newcorn *et al.*, 2004). Está formado por dos subescalas independientes, ansiedad estado y ansiedad rasgo, con 20 ítems cada una. La primera subescala pretende evaluar la ansiedad presente en los menores en un momento concreto, frente a la segunda subescala que pone el objetivo en evaluar el estado en el que el sujeto se siente en general). Cada escala cuenta con tres opciones de respuesta, ansiedad estado (*nada, algo, mucho*) y ansiedad rasgo (casi nunca, a veces, *a menudo*). Distintas investigaciones han puesto de manifiesto las propiedades psicométricas de este instrumento (p. ej., Bauermeister, Colon, Villamil y Spielberger, 1986; Pons, Frias y del Barrio, 1994; Turgeon y Chartrand, 2003). Respecto a la consistencia interna, los trabajos realizados en España muestran mejores resultados en comparación con las investigaciones originales (p. ej., Pons *et al.*, 1994). Con relación a la subescala ansiedad estado, los datos obtenidos, según el procedimiento KR-20, oscilan entre 0,91 y 0,93, resultados muy similares a los correspondientes a la subescala ansiedad rasgo, próximos a 0,87. Los datos extraídos respecto a la validez concurrente muestran coeficientes de 0,75 con la "Escala revisada de ansiedad manifiesta" (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, R-CMAS; Reynolds y Richmond, 1978) y 0,63 con la "Escala de ansiedad general para niños" (*General Anxiety Scale for Children*, GASC; Sarason, Davidson, Lighthall, Waite y Ruesbush, 1960).
- d) "BAS. Batería de socialización 1, 2, 3" (Silva y Martorell, 2001). Esta prueba aporta un perfil de socialización de los menores, valorando tanto aspectos facilitadores sociales (p. ej., consideración con los demás y autocontrol social), como perturbadores (p. ej., retraimiento social, ansiedad social y timidez). La batería está formada por tres pruebas (BAS-1, BAS-2 y BAS-3), destinadas a ser contestadas por el profesor, los padres y el niño. Para este estudio se utilizó únicamente la BAS-3, dirigida a niños y adolescentes de 11 a 19 años, la cual está integrada por 75 ítems con dos opciones de respuesta (Si/No). Asimismo, ha sido utilizada en investigaciones previas con muestras españolas para relacionar estas variables con escalas de autoestima, ansiedad e índices de conductas problema (p. ej., Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003). Cuenta con baremos e índices de fiabilidad y validez correctos (Silva y Martorell, 2001).
- e) "Inventario de autoestima de Coopersmith" (*Coopersmith Self-Esteem Inventory*, SEI; Coopersmith, 1967). Este inventario se emplea en menores entre 8 y 15 años, y evalúa autoestima en cuatro áreas diferenciadas: hogar,

- escolar, social y general, aportando un claro perfil de la autoestima de los sujetos. Consta de un listado de 50 ítems entre los cuáles se encuentran afirmaciones positivas y negativas. Además, incluye otros ocho ítems que evalúan la sinceridad del sujeto. Todas ellas se contestan con "Sí/No". Ha sido empleado en numerosos trabajos, que han contado en algunos casos con muestras de niños con TDAH (p. ej., Alexander, 2000; Edbom, Lichtenstein, Granlund y Larsson, 2006) mostrando, asimismo, buenos resultados en validaciones posteriores (Verduzco, Cantu, Acevedo y Cortes, 1994).
- f) Valoración académica. Esta valoración fue realizada por los profesores con relación a las siguientes áreas/materias educativas: Lengua y lectura, Matemáticas y actividades de razonamiento, Educación física, Educación artística y creativa, además de una valoración global. Dichas valoraciones se realizaban en una escala tipo Likert de 1 a 5, cuyos extremos oscilaban entre "Muy bajo" y "Muy bueno". Las cuestiones relativas a este aspecto fueron incluidas en el cuestionario que integraba los ítems referidos al trastorno negativista desafiante.

### *Procedimiento*

En primer lugar se procedió a evaluar de forma grupal a los niños participantes, diferenciando el momento de evaluación según se tratara de menores con edades entre 9-12 años (Educación Primaria) y 13-16 años (Educación Secundaria). En todos los casos se aplicaron los instrumentos antes mencionados de acuerdo con el siguiente orden: la BAS-3, la STAIC y el Inventario de autoestima de Coopersmith. El tiempo dedicado a la aplicación en el grupo de los más pequeños fue de aproximadamente 90 minutos y 45 minutos en el caso de los niños de más edad. La aplicación de las pruebas seleccionadas se realizó en un aula anexa acordada con el profesorado.

A continuación, se aplicó a los profesores ( $n= 40$ ) del total de alumnos seleccionados la ADHD RS-IV y el Listado de síntomas del trastorno negativista desafiante según el DSM-5, añadiendo la Valoración académica correspondiente a cada alumno. Se definió como punto de corte el percentil 80, según la ADHD RS-IV, versión profesores, para delimitar el grupo con sospecha de TDAH. Este percentil es el punto de corte estadísticamente significativo establecido por los autores del instrumento, por debajo del cual es posible descartar la presencia de TDAH. En consecuencia, puntuaciones por encima de este criterio indican de forma significativa sintomatología hiperactiva y déficit de atención. Se ha empleado en trabajos previos para la obtención de perfiles con elevada probabilidad de presentar el trastorno hiperactivo (Lora y Moreno, 2010). En términos similares, Cornejo *et al.* (2005) emplearon un criterio de consideración de caso "amplio", con propósito de criba (*screening*) respecto a los sujetos con sospecha de hiperactividad y problemas de atención.

A partir del criterio seleccionado y considerando las puntuaciones obtenidas por cada niño según su profesor, quedaron diferenciados dos grupos: a) niños, que a juicio de sus profesores, no presentaban sintomatología de TDAH y b)

menores que, según informe de sus profesores, presentaban sintomatología de TDAH, de tipo hiperactiva-impulsiva, déficit de atención o combinada.

### *Análisis de datos*

Para la consecución de los principales objetivos de esta investigación se han realizado análisis de regresión lineal multivariable, habiendo utilizado SPSS, v. 20 (IBM Corp., 2011) y tomando como variables criterio la puntuación directa obtenida por los menores estudiados, a partir del informe de los profesores, en las subescalas de Déficit de atención, Hiperactividad y Sintomatología combinada de la ADHD RS-IV. Se han empleado como elementos predictores las siguientes variables: puntuación en negativismo, variables vinculadas a ansiedad (ansiedad estado, ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad), puntuaciones de socialización (consideración con los demás, autocontrol social, retraimiento social, ansiedad social y timidez). Puntuaciones correspondientes a las cuatro áreas de autoestima evaluadas (autoestima general, autoestima social, autoestima en hogar, autoestima escolar) y valores vinculados a rendimiento académico (rendimiento general, rendimiento lectura, rendimiento matemáticas, rendimiento educación física y rendimiento en artes plásticas). A éstas se han añadido las variables sexo, etapa educativa y la interacción entre ambas.

Asimismo, en los análisis en los cuales el déficit de atención actúa como variable dependiente, se incluyó la variable hiperactividad-impulsividad como variable independiente y viceversa, cuando la variable criterio fuera ésta última. Si bien, en el análisis de la variable sintomatología combinada no se incluyeron ninguna de las dos variables anteriores debido a la alta correlación existente entre ellas.

En los análisis de regresión efectuados se ha utilizado el método por pasos sucesivos, empleando como probabilidad de F de entrada 0,05 y como salida 0,051. Asimismo, añadir que para todos los modelos de regresión realizados se controlaron los siguientes requisitos: multicolinealidad (correlación entre las variables independientes), linealidad de la relación entre variables criterio y predictores, homocedasticidad (igualdad de varianzas de los residuos y los pronósticos), independencia de los errores (prueba de Durbin-Watson), normalidad de los residuos y tolerancia (proporción de su varianza intragrupo no explicada por otras variables del análisis).

Debido a las características propias de las tres variables dependientes (déficit de atención, hiperactividad-impulsividad y sintomatología combinada [incluye déficit de atención e hiperactividad]), han quedado excluidos de los análisis de regresión aquellos participantes que puntuaban cero en estas variables, dado que estos casos producían una fuerte asimetría que afectaba a la significación de los coeficientes del modelo de regresión resultante. Al aplicar este criterio, los análisis han fluctuado en cuanto a número de sujetos estudiados, según la variable de estudio, entre  $n = 355$ ,  $n = 237$  y  $n = 321$  cuando se han estudiado las variables predictoras relacionadas con déficit de atención, hiperactividad/impulsividad y con sintomatología combinada (incluye déficit de atención e hiperactividad), respectivamente.



## Resultados

### *Variables predictoras de sintomatología inatenta e hiperactiva en muestra global*

De acuerdo con los objetivos planteados se exponen los resultados relativos al análisis de regresión multivariable realizado en primer lugar con todos los sujetos participantes. Se analizan las variables déficit de atención, hiperactividad y sintomatología combinada, respectivamente.

Tomando como variable criterio la puntuación en déficit de atención, seis variables componen la ecuación de regresión. Hiperactividad ( $\beta = 0,401$ ;  $t[349] = 5,940$ ;  $p < 0,001$ ), retraimiento social ( $\beta = 0,581$ ;  $t[349] = 3,530$ ;  $p < 0,001$ ), autoestima escolar ( $\beta = -0,307$ ;  $t[349] = -3,106$ ;  $p = 0,002$ ), negativismo ( $\beta = 0,194$ ;  $t[349] = 2,305$ ;  $p < 0,022$ ), ansiedad estado ( $\beta = 0,134$ ;  $t[349] = 2,711$ ;  $p = 0,007$ ) y ansiedad rasgo ( $\beta = -0,137$ ;  $t[349] = -2,688$ ;  $p = 0,008$ ) explican el 33,5% de la varianza (tabla 1). La constante de la ecuación queda establecida en 9,477;  $t(349) = 4,148$ ;  $p < 0,001$ . Como se observa, todas las variables a excepción de autoestima escolar y ansiedad rasgo, incrementan las puntuaciones en déficit de atención. Según estos resultados, elevada autoestima escolar y destacada ansiedad rasgo disminuyen los síntomas de inatención. Sin embargo, puntuaciones bajas en dichas variables unidas a sintomatología hiperactiva, negativista, ansiedad rasgo y retraimiento social tienden a incrementar el déficit de atención en población general.

Cuando se han analizado las variables predictoras relacionadas con hiperactividad-impulsividad, la ecuación de la varianza explicada está integrada por tres variables predictoras: negativismo ( $\beta = 0,545$ ;  $t[217] = 7,613$ ;  $p < 0,001$ ), déficit de atención ( $\beta = 0,262$ ;  $t[217] = 5,514$ ;  $p < 0,001$ ) y consideración con los demás ( $\beta = -0,343$ ;  $t[217] = -2,464$ ;  $p = 0,015$ ), que explican 41,3% de la varianza (tabla 1). La constante para esta ecuación queda fijada en 5,945,  $t(217) = 3,169$ ;  $p = 0,002$ . Según los datos extraídos, puntuaciones elevadas en negativismo y déficit de atención favorecen los síntomas hiperactivos. Sin embargo, la variable consideración hacia los demás disminuye la intensidad de tales síntomas. A juzgar por estos resultados, los sujetos que muestran más síntomas impulsivos obtienen valores elevados en negativismo y déficit de atención y muestran escasa consideración hacia sus iguales.

Cuando se considera como variable criterio la puntuación directa obtenida en la sintomatología combinada, la ecuación de regresión está formada por negativismo desafiante ( $\beta = 1,212$ ;  $t[285] = 11,715$ ;  $p < 0,001$ ), ansiedad estado ( $\beta = 0,206$ ;  $t[285] = 2,595$ ;  $p = 0,01$ ), autoestima escolar ( $\beta = -0,438$ ;  $t[285] = -2,621$ ;  $p = 0,009$ ), ansiedad social y timidez ( $\beta = -0,575$ ;  $t[285] = -2,702$ ;  $p = 0,007$ ) y retraimiento social ( $\beta = 0,686$ ;  $t[285] = 2,463$ ;  $p = 0,014$ ) (tabla 1), con una constante de 10,801;  $t(285) = 3,494$ ;  $p = 0,001$ , que explican 42,4% de la varianza. Se observa que las variables negativismo, ansiedad estado y retraimiento tienden a aumentar las puntuaciones en déficit de atención/hiperactividad. El efecto contrario genera, sin embargo, autoestima escolar, ansiedad social y timidez.

**Tabla 1**

Resultados del análisis de regresión múltiple y varianza explicada de las variables criterio analizadas en la muestra global

	$\beta$	$R$	$R^2$	Cambio $R^2$	$F$	$p$
Déficit de atención						
Hiperactividad- impulsividad	0,401	0,511	0,259	0,259	125,110	0,000
Retraimiento social	0,581	0,542	0,290	0,031	73,422	0,000
Autoestima escolar	- 0,307	0,559	0,307	0,017	53,417	0,002
Negativismo	0,194	0,570	0,317	0,010	42,185	0,002
Ansiedad estado	0,134	0,577	0,324	0,007	34,958	0,007
Ansiedad rasgo	- 0,137	0,589	0,335	0,011	30,854	0,008
Hiperactividad-impulsividad						
Negativismo	0,545	0,573	0,326	0,326	107,202	0,000
Déficit de atención	0,262	0,637	0,400	0,074	74,246	0,000
Consideración con los demás	- 0,343	0,649	0,413	0,013	52,672	0,005
Sintomatología combinada						
Negativismo	1,212	0,617	0,378	0,378	177,222	0,000
Ansiedad estado	0,206	0,635	0,399	0,021	97,187	0,001
Autoestima escolar	- 0,438	0,643	0,407	0,008	67,385	0,009
Ansiedad social y timidez	- 0,575	0,649	0,414	0,007	52,144	0,007
Retraimiento social	0,686	0,659	0,424	0,001	43,667	0,004

*Variables predictoras de sintomatología inatenta e hiperactiva en el grupo con sintomatología de TDAH*

En relación al segundo de los objetivos planteados, se exponen los resultados referidos al grupo diferenciado, a partir del Pc80. En la tabla 2 se observan los estadísticos descriptivos correspondientes a las variables analizadas en este grupo, diferenciadas por subtipo sintomatológico (tabla 2). Los análisis realizados tienen en cuenta el número de sujetos que, respecto a cada una de las variables estudiadas, déficit de atención ( $n= 122$ ), hiperactividad/impulsividad ( $n= 113$ ) y sintomatología combinada ( $n= 104$ ) han obtenido puntuaciones por encima de valor cero.

**Tabla 2**  
Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas estudiadas, diferenciadas según sintomatología en el grupo con sospecha de TDAH

Variables	Déficit de atención		Hiperactividad		Síntomas conjuntos	
	M	DT	M	DT	M	DT
Negativismo	4,61	4,85	7,69	6,12	14,3	6,46
Ansiedad estado	31,70	7,52	33,10	7,22	38,8	5,10
Ansiedad rasgo	35,70	8,19	40,80	4,81	36,0	5,39
Sensibilidad ansiedad	31,40	6,67	36,00	4,51	29,2	5,38
Consideración social	12,40	2,24	10,00	4,03	10,5	3,80
Autocontrol social	9,11	3,02	6,92	2,66	7,55	3,33
Retraimiento social	2,69	2,40	2,69	2,35	2,54	2,40
Ansiedad social	4,46	2,74	5,23	3,03	2,59	2,13
Autoestima general	33,50	6,91	32,70	3,87	29,3	7,70
Autoestima social	10,10	2,87	8,76	2,77	10,1	2,75
Autoestima en hogar	10,20	3,10	8,61	2,75	7,72	3,34
Autoestima escolar	7,69	3,01	7,23	3,32	7,27	2,86
Escala de mentira	8,61	3,07	6,15	2,51	8,90	3,13
Rendimiento general	1,77	0,77	3,00	1,41	1,77	0,75
Lectura	2,11	0,85	2,90	1,28	2,00	0,87
Matemáticas	1,78	0,88	3,30	1,33	1,81	0,85
Educación física	2,77	0,98	3,60	1,07	2,68	0,83
Arte y plástica	2,78	0,98	3,60	1,07	2,68	0,84

A juzgar por los resultados extraídos, las variables predictoras de los déficits de atención, cuando se analizan en sujetos con sospecha de TDAH, incluyen sexo ( $\beta = -3,388$ ;  $t[106] = -4,177$ ;  $p < 0,001$ ), hiperactividad ( $\beta = 0,247$ ;  $t[106] = 4,605$ ;  $p < 0,001$ ) y retraimiento social ( $\beta = 0,561$ ;  $t[106] = 3,125$ ;  $p = 0,002$ ), que explican una varianza del 40,8% (tabla 3). En este caso, la constante de la ecuación queda establecida en 17,008;  $t(106) = 16,808$ ;  $p < 0,001$ . Según los resultados obtenidos, disminuyen el déficit de atención la variable sexo, específicamente, ser mujer. Sin embargo, estos déficits aumentan cuando existe hiperactividad y se observa retraimiento social.

Los resultados extraídos en relación con la variable criterio hiperactividad-impulsividad entre el grupo ( $n = 113$ ) con sospecha de TDAH, muestran que la ecuación de regresión está compuesta por tres variables: negativismo ( $\beta = 0,413$ ;  $t[102] = 5,544$ ;  $p < 0,001$ ), sexo ( $\beta = -2,633$ ;  $t[102] = -2,878$ ;  $p = 0,005$ ) y ansiedad estado ( $\beta = 0,170$ ;  $t[102] = 2,742$ ;  $p = 0,007$ ), que explican 39% de la varianza (tabla 3). La constante de la ecuación queda establecida en 6,059;  $t(102) = 2,843$ ;

$p= 0,005$ . Queda en evidencia la influencia de la variable sexo también entre los sujetos con sospecha de TDAH, observándose, como en el grupo general, que las niñas tienen a obtener menor puntuación (tabla 3).

**Tabla 3**

Análisis de regresión múltiple y varianza explicada respecto a las variables criterio consideradas en el grupo con sospecha de TDAH

	$\beta$	$R$	$R^2$	Cambio $R^2$	$F$	$p$
Déficit de atención						
Sexo	-3,388	0,512	0,255	0,255	38,374	0,000
Hiperactividad-impulsividad	0,247	0,609	0,359	0,104	31,582	0,000
Retraimiento social	0,561	0,651	0,408	0,049	26,036	0,002
Hiperactividad-impulsividad						
Negativismo	0,413	0,559	0,306	0,306	47,248	0,000
Sexo	-2,633	0,603	0,351	0,045	29,399	0,005
Ansiedad estado	0,170	0,638	0,390	0,039	23,345	0,007
Sintomatología combinada						
Negativismo	0,602	0,571	0,320	0,320	50,427	0,000
Sexo	-7,163	0,655	0,418	0,098	38,753	0,002
Ansiedad estado	0,290	0,684	0,452	0,034	29,901	0,008

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, en el grupo con sintomatología TDAH, al analizar las variables predictoras relacionadas con dificultades de atención e hiperactividad (sintomatología combinada) ( $n= 104$ ) que la ecuación queda integrada por negativismo ( $\beta= 0,602$ ;  $t[102]= 4,731$ ;  $p < 0,001$ ), sexo ( $\beta= -7,163$ ;  $t[102]= -4,475$ ;  $p < 0,001$ ) y ansiedad estado ( $\beta= 0,290$ ;  $t[102]= 2,718$ ;  $p= 0,008$ ). Estas variables explican 45,2% de la varianza (tabla 3). La constante de la ecuación queda fijada en 19,639;  $t(102)= 5,268$ ;  $p < 0,001$ . Se aprecia que el efecto de éstas sobre la intensidad de los síntomas combinados es similar al observado cuando se han estudiado exclusivamente sintomatología hiperactiva. Puntuaciones elevadas en Negativismo y Ansiedad estado tienden a aumentar los síntomas hiperactivos, influencia que se ve potenciada en el caso de los varones y atenuada cuando se trata de niñas.

## Discusión

Los resultados obtenidos de los análisis del grupo normalizado muestran que las variables más implicadas en el incremento de los déficit de atención e hiperactividad son ansiedad estado, síntomas de negativismo desafiante y retraimiento social, además de una clara influencia de la variable sexo. Esto es, ser

varón repercute de forma significativa en la intensidad de los síntomas hiperactivos y en las dificultades de atención.

Asimismo, estos resultados muestran la estrecha relación existente entre los síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad, existiendo elevados porcentajes de varianza explicada entre ellos. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos en investigaciones previas (Barkley, 2006; Gomez, Harvey, Quick, Scharer y Harris, 1999). Un análisis más pormenorizado revela que la hiperactividad/impulsividad ejerce una influencia más significativa sobre el déficit de atención que a la inversa, posiblemente ello sea debido al componente impulsivo que comparten (Servera, Bornas y Moreno, 2001).

Al analizar los resultados por grupos de variables queda de manifiesto, igualmente, la influencia de las variables sociales en los síntomas de inatención e hiperactividad. Destaca principalmente retraimiento social, ya que este factor tiende a incrementar las puntuaciones en inatención, tanto en la muestra normal como en el grupo con sospecha de déficit de atención. Es posible que esta repercusión negativa en la capacidad para prestar atención esté relacionada con la propia percepción que el menor tiene al realizar este tipo de comportamientos y de sus habilidades al respecto, es decir, el ser consciente de que no participa en el grupo, que no logra expresar su opinión y que no está integrado en la dinámica de sus iguales le generara valoraciones negativas sobre sí mismo, influyendo, por tanto en baja autoestima. Este resultado está en consonancia con los hallazgos de Demaray y Elliott (2001) comentados previamente.

Otra variable relevante del ámbito social, según los datos extraídos, es consideración con los demás. Atender escasamente a los demás o no preocuparse por los amigos, se convierte en rasgo que tiende a intensificar la sintomatología hiperactiva, como ya señalaron Cunningham y Boyle (2002). En consecuencia, cabe deducir, según los resultados obtenidos, que mejorar la capacidad de empatía, valorar y acercarse a los demás debiera ser un componente destacado a fomentar en los programas de tratamiento administrados en hiperactividad y déficit de atención.

Los hallazgos revelan la influencia significativa, incrementando los síntomas, de la variable asociada a negativismo desafiante. Como se expuso en el apartado de resultados, excepto en el grupo con sospecha de déficit de atención, la puntuación en negativismo explica un porcentaje de varianza relevante. La relación entre el TND y el TDAH ha sido ampliamente estudiada en los últimos años, con el propósito fundamental de determinar si ambos forman parte de un mismo trastorno y de analizar la relación casuística entre ellos (Burns y Walsh, 2002; Humphreys *et al.*, 2012), teniendo en cuenta los elevados porcentajes de comorbilidad detectados.

Otro aspecto destacado es el efecto inverso que genera la ansiedad estado y ansiedad rasgo tanto en las puntuaciones de inatención como de hiperactividad, incluso en los grupos con sospecha de sufrir el trastorno (Bloemsmá *et al.*, 2013). Probablemente la ansiedad estado acrecienta la sintomatología del déficit de atención debido al desajuste cognitivo y fisiológico que producen las situaciones ansiosas o estresantes puntuales (Bowen, *et al.*, 2008; Pons, *et al.*, 1994). Otros autores señalaban que los pacientes con TDAH y ansiedad comórbida suelen

presentar también problemas de autoestima y socialización, variables que se reflejan igualmente en las ecuaciones extraídas para los grupos estudiados (Becker *et al.*, 2012; Díaz, 2006). Así, es posible que se refleje la influencia negativa de la ansiedad estado en los niños TDAH a través de la baja capacidad de afrontamiento que los menores hiperactivos muestran frente a los trastornos interiorizados, tal como indicaba Tannock (2003).

Por el contrario, que mayor nivel de ansiedad rasgo mejore el déficit de atención coincide con los resultados hallados por Bloemsa *et al.* (2013) o Tannock, Ickowicz y Schachar (1995), quienes constataron que los menores del grupo inatento con elevada ansiedad rasgo comórbida mostraban mejores puntuaciones en actividades que requerían atención, concretamente en tareas que exigían control inhibitorio y tiempo de reacción. Manassis *et al.* (2000) explican esta influencia positiva aludiendo a la motivación, indicando que la preocupación generada por la ansiedad actuaría a modo de revulsivo generando un mayor interés por el trabajo que, de este modo, podría compensar la exigencia cognitiva.

Por otro lado, resulta de interés que de las variables vinculadas a autoestima estudiadas, autoestima general, en el hogar, a nivel social y escolar, sea ésta última la que muestre una influencia más significativa en los sujetos de esta investigación. Como señalaba Moreno (2007), la autoestima se va desarrollando a partir de las interacciones que mantenemos con nuestro entorno, y dentro de ese entorno, el ámbito escolar se convierte para estos niños en uno de los principales contextos de desarrollo. Si un menor funciona positivamente a nivel escolar, tiene el reconocimiento de sus profesores, padres e incluso facilita la relación con compañeros. Ésta pudiera ser alguna de las razones por las cuales su influencia resulte por encima incluso, de la autoestima en el hogar. De esta forma, en la ecuación para la predicción de los síntomas de atención, puntuaciones elevadas de autoestima escolar tienden a disminuir los problemas de atención de los sujetos estudiados.

Asimismo, destaca que la variable sexo aparezca únicamente en las ecuaciones de predicción correspondientes a los sujetos con sospecha de TDAH. Su influencia en los tres grupos sintomatológicos creados está en consonancia con los argumentos conocidos (APA, 2013) que indican que ser mujer conlleva menor afectación del trastorno estudiado en este trabajo. No obstante, hay que tener en cuenta que esta tendencia pudiera deberse, en cierta medida, a la diferencia en los baremos con respecto al sexo que el propio cuestionario empleado genera. Es decir, en la baremación de DuPaul *et al.* (1998) la puntuación para los varones en el percentil 80 se encuentra al menos 5 puntos por encima de las niñas. O lo que es igual, un chico obtiene un percentil 80 en el grupo déficit de atención, con una puntuación de 15, sin embargo, una niña necesita obtener una puntuación de 8-10. A este respecto, Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober y Cadogen (2004) o Cardó y Servera (2005) indicaban que las mujeres presentan los mismos síntomas del trastorno que los hombres, si bien en el caso de las niñas los síntomas aparecen con menor intensidad.

Teniendo en cuenta que ninguna de las variables de rendimiento académico consideradas resultó significativa en los análisis de regresión realizados, cabe entender que los resultados académicos no desempeñan un papel predictor

respecto a los síntomas hiperactivos. Se trata pues, de variables que se ven influenciadas por la sintomatología hiperactiva y los perfiles psicológicos asociados.

Finalmente, esta investigación cuenta con la limitación derivada de considerar una única fuente de información para estimar la sintomatología de TDAH. Ahora bien, cabe indicar que los informes proporcionados por los profesores constituyen la fuente de referencia que goza de mayor fiabilidad para valorar la problemática característica de este trastorno (Molina, Smith y Pelham, 2001). Queda pendiente para investigaciones futuras contar con otros informantes y contrastar la información proporcionada por éstos con los resultados aportados por los profesores.

Así pues, a modo de síntesis, se constata la relevancia que adquieren los problemas de conducta para incrementar la sintomatología del TDAH especialmente, en los grupos hiperactivo-impulsivo y combinado. Queda de relieve asimismo, que las variables de socialización y autoestima ejercen una influencia positiva en la sintomatología hiperactiva y en el déficit de atención, en dirección opuesta a la influencia ejercida por la ansiedad estado, que resulta determinante en el grupo con sospecha de trastorno hiperactivo.

## Referencias

- Aase, H. y Sagvolden, T. (2006). Infrequent, but not frequent, reinforcers produce more variable responding and deficient sustained attention in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 457-471.
- Abikoff, B., Jensen, P., Arnold, L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S. Martin, D., Alvir, J., March, J. S., Hinshaw, S., Vitiello, B., Newcorn, J., Greiner, A., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G., Greenhill, L. L., Kraemer, H., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. y Wigal, T. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 349-359.
- Alexander, D. K. (2000). Self-esteem in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Dissertation Abstracts International: section-B: the Sciences and Engineering*, 60 (9-B), 4872.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorder*, 4ª ed. texto revisado (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorder*, 5ª ed. (DSM-5). Arlington, VA: Autor.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment* (3ª ed.) Nueva York, NY: Guilford.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. y McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Bauermeister, J., Colon, O., Villamil, B. y Spielberger, C. D. (1986). Confiabilidad y validez del Inventario de ansiedad rasgo y estado para niños puertorriqueños y panameños. *Revista Interamericana de Psicología*, 20, 1-19.
- Becker, S. P., Fite, P. J., Vitulano, M. L., Rubens, S. L., Evans, S. C. y Cooley, J. L. (2013). Examining anxiety and depression as moderators of the associations between adhd symptoms and academic and social problems in Hispanic adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 265-275.

- Becker, S. P., Luebke, A. M. y Langberg, J. M. (2012). Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*, 279-302.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M. y Cadogen, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry, 55*, 692-700.
- Bloemsma, J. M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S. V., Buitelaar, J. K., Sergeant, J. A., Rommeise, N. y Oosterlaan, J. (2013). Comorbid anxiety and neuro-cognitive dysfunction in children with ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22*, 225-234.
- Bowen, R. C., Chavira, D. A., Bailey, K., Stein, M. T. y Stein, M. B. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatric Research, 157*, 201-209.
- Burns, G. L. y Walsh, J. A. (2002). The influence of ADHD-hyperactivity/impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 245-256.
- Bustillo, M. y Servera, M. (2015). Análisis del patrón de rendimiento de una muestra de niños con TDAH en el WISC-IV. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 2*, 121-128.
- Capelatto, I. V., de Lima, R. F., Ciasca, S. M. y Salgado-Azoni, C. (2014). Cognitive functions, self-esteem and self-concept of children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Psicología: reflexão e Crítica, 27*, 331-340.
- Cardo, E. y Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología, 40* (supl. 1), 11-15.
- Collett, B. R., Ohan, J. L. y Myers, K. M. (2003). Ten-year review of rating scales. VI: scales assessing externalizing behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1143-1170.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: W. H. Freeman.
- Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. y Holguin, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología, 40*, 716-722.
- Cunningham, C. E. y Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 555-569.
- Dan, O. y Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *Journal of Attention Disorders, 19*, 231-239.
- Demaray, M. K. y Elliott, S. N. (2001). Perceived social support by children with characteristics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly, 16*, 68-90.
- Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente, 6*, 44-55.
- Drabick, D. A. G., Gadow, K. D. y Lonely, J. A. N. (2007). Source-specific oppositional defiant disorder: comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 46*, 92-101.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. y Reid, R. (1998). *ADHD rating scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. Nueva York, NY: Guilford.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Reid, R., McGoey, K. E. y Ikeda, M. J. (1997). Teacher rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: factor structure and normative data. *Psychological Assessment, 9*, 436-444



- Edbom, T., Granlund, M., Lichtenstein, P. y Larsson, J. (2008). ADHD symptoms related to profiles of self-esteem in a longitudinal study of twins: a person-oriented approach. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 228-237.
- Edbom, T., Lichtenstein, P., Granlund, M. y Larsson, J. (2006). Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatrica*, 95, 650-657.
- Frankel, F. y Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 125-145.
- Garaigordobil, M., Cruz, S. y Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24, 113-134.
- García, A. M. y Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 27, 17-24.
- Gill, S. A. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and nonverbal learning disability as an adaptive anxiety response impacted by spatially oriented handwriting exercises. *Dissertation Abstracts International: section B: the Sciences y Engineering*, 61(7-B), 3893.
- Gomez, R., Harvey, J., Quick, C., Scharer, I. y Harris, G. (1999). DSM-IV AD/HD: confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent and teacher ratings of Australian primary school children. *Journal of Chile Psychology and Psychiatry*, 40, 265-274.
- Hammerness, P., Geller, D., Petty, C., Lamb, A., Bristol, E. y Biederman, J. (2010). Does ADHD moderate the manifestation of anxiety disorders in children? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 107-112.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S. y Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 268-278.
- Huang-Pollock, C. L., Mikami, A. Y., Pfiffner, L. y McBurnett, K. (2009). Can executive functions explain the relationship between attention deficit hyperactivity disorder and social adjustment? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 679-691.
- Humphreys, K. L., Aguirre, V. P. y Lee, S. S. (2012). Association of anxiety and ODD/CD in children with and without ADHD. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 41, 370-377
- IBM Corp. (Released 2011). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 20.0. Armonk, NY: Autor.
- Kuhne, M., Schachar, R. y Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715-1725.
- Lora, J. A. y Moreno, I. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención en escolares: comparación entre criterios diagnósticos y criterios clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 365-384.
- Manassis, K., Tannock, R. y Barbosa, J. (2000). Dichotic listening and response inhibition in children with comorbid anxiety disorders and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1152-1159.
- Manzano, V. (1998). Selección de muestras. En A. J. Rojas, J. S. Fernández y C. Pérez (dirs.), *Investigar mediante encuestas: fundamentos teóricos y aspectos prácticos* (pp. 51-96). Madrid: Síntesis.
- Matthys, W. Cuperus, J. M. y Van Engeland, H. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.

- Miranda, A., Presentación, M. J., Colomer, C. y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52, 119-126.
- Mikami, A. Y., Ransone, M. L. y Calhoun, C. D. (2011). Influence of anxiety on the social functioning of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15, 473-484.
- Molina, S., Smith, B. H. y Pelham, W. (2001). Factor structure and criterion validity of secondary school teacher rating of ADHD and ODD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 71-82.
- Moreno, I. (2007). *Hiperactividad infantil: guía de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Newcorn, J. H., Miller, S. R., Ivanova, I., Schulz, K. P., Kalmar, J., Marks, D. J. y Halperin, J. M. (2004). Adolescent outcome of ADHD: impact of childhood conduct and anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 9, 668-678.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 172-179.
- Oosterlaan, J., Logan, G. D. y Sergeant, J. A. (1998). Response inhibition in ADHD, CD, comorbid ADHD+CD, anxious, and control children: a meta-analysis of studies with the stop task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 411-425.
- Ota, K.R. y DuPaul, G.J. (2002). Task engagement and mathematics performance in children with attention deficit hyperactivity disorder: effects of supplemental computer instruction. *School Psychology Quarterly*, 17, 242-257.
- Papadopoulos, T. C., Panayiotou, G., Spanoudis, G. y Natsopoulos. (2005). Correlates of poor cognitive performance among children with attention difficulties. *Journal of Child Abnormal Psychology*, 33, 611-23.
- Pons, G., Frias, D. y del Barrio, M. V. (1994). Estudio psicométrico del State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). *Psicológica*, 15, 45-53.
- Power, T. J., Costigan, T. E., Eiraldi, R. B. y Leff, S. S. (2004). Variations in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by DSM-IV: do subtype differences exist or not? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 27-37.
- Reynolds, R. C. y Richmond, O. B. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Sarason, S. B., Davidson, K. S., Lighthall, F. F., Waite, R. R. y Ruebush, B. (1960). *Anxiety in elementary school children*. Nueva York, NY: John Wiley.
- Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 401-433). Madrid: Pirámide.
- Servera, M. y Moreno-García, I. (2015). Presentación del monográfico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2, 93-94.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (2001). *BAS. Bateria de socialización 1,2 y 3*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. C., Montuori, J. y Platzek, D. (1989). *Cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado-rasgo en niños*. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Tannock, R. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos de ansiedad. En T. E. Brown (dir.), *Trastorno por déficit de atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos* (pp. 125-170). Barcelona: Masson.
- Tannock, R., Ickowicz, A. y Schachar, R. (1995). Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 886-896.

- Turgeon, L. y Chartrand, E. (2003). Psychometric properties of the French Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement*, 63, 174-185.
- Vance, A., Ferrin, M., Winther, J. y Gomez, R. (2013). Examination of spatial working memory performance in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder, combined type (ADHD-CT) and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 891-900.
- Verduzco, M. A., Cantu, M. A. L., Acevedo, M. C. y Cortes, J. (1994). Validation of the Coopersmith Self-esteem Inventory in Mexican children. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7, 55-64.
- Wiener, J., Malone, M., Varma, A., Markel, C., Biondic, D., Tannock, R. y Humpries, T. (2012). Children's perceptions of their ADHD symptoms: positive illusions, attributions, and stigma. *Canadian Journal of School Psychology*, 27, 201-217.

RECIBIDO: 9 de julio de 2015

ACEPTADO: 9 de noviembre de 2015

