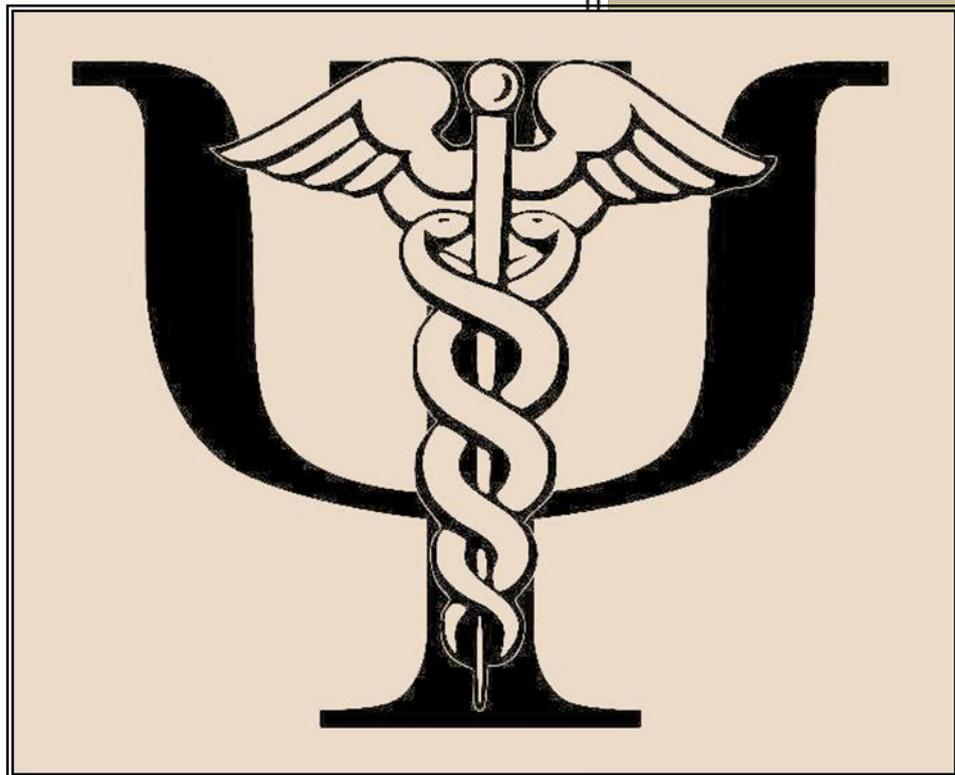


ISSN: 2171-2069

Volumen 1
Número 1
Enero de 2010

**REVISTA IBEROAMERICANA
DE
PSICOLOGÍA Y SALUD**



Revista oficial de la
SOCIEDAD UNIVERSITARIA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y SALUD

REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Director

Ramón González Cabanach, Universidad de A Coruña. rgc@udc.es

Directores Asociados

Ramón Arce, Univ. de Santiago de Compostela. Coord. del Área de Psicología Social. ramon.arce@usc.es

Gualberto Buela-Casal, Univ. de Granada. Coordinador del Área de Salud. gbuela@ugr.es

Francisca Fariña, Univ. de Vigo. Coordinadora del Área de Intervención. francisca@uvigo.es

José Carlos Núñez, Univ. de Oviedo. Coordinador del Área de Evaluación. jcarlosn@uniovi.es

Antonio Valle, Univ. de A Coruña. Coordinador del Área de Educación. vallar@udc.es

Consejo Editorial

Rui Abrunhosa, Univ. de Minho (Portugal).

Leandro Almeida, Univ. de Minho (Portugal).

Luis Álvarez, Univ. de Oviedo.

Constantino Arce, Univ. de Santiago de Compostela.

Jorge L. Arias, Univ. de Oviedo.

Jesús Beltrán, Univ. Complutense de Madrid.

María Paz Bermúdez, Univ. de Granada.

Miguel Angel Carbonero, Univ. de Valladolid.

Juan Luis Castejón, Univ. de Alicante.

José Antonio Corraliza, Univ. Autónoma de Madrid.

Francisco Cruz, Univ. de Granada.

Fernando Chacón, Univ. Complutense de Madrid.

Jesús de la Fuente, Univ. de Almería.

Alejandro Díaz Mújica, Univ. de Concepción (Chile).

Francisca Expósito, Univ. de Granada.

Ramón Fernández Cervantes, Univ. de A Coruña.

Jorge Fernández del Valle, Univ. de Oviedo.

Manuel Fernández-Ríos, Univ. Autónoma de Madrid.

José Jesús Gázquez, Univ. de Almería.

Antonia Gómez Conesa, Univ. de Murcia.

Luz González Doniz, Univ. de A Coruña.

Julio A. González-Pienda, Univ. de Oviedo.

Alfredo Goñi, Univ. del País Vasco.

María Adelina Guisande, Univ. de Santiago de Compostela.

Silvia Helena Koller, Univ. Federal de Rio Grande do Sul (Brasil).

Pedro Hernández, Univ. de La Laguna.

Juan E. Jiménez, Univ. de La Laguna.

Serafín Lemos, Univ. de Oviedo.

Matías López, Univ. de Oviedo.

María Ángeles Luengo, Univ. de Santiago de Compostela.

José I. Navarro, Univ. de Cádiz.

Miguel Moya, Univ. de Granada.

José Muñiz, Univ. de Oviedo.

Mercedes Novo, Univ. de Santiago de Compostela.

Eduardo Osuna, Univ. de Murcia.

Darío Páez, Univ. del País Vasco.

Wenceslao Peñate, Univ. de La Laguna.

Antonieta Pepe-Nakamura, Univ. Luterana do Brasil.

Luz F. Pérez, Univ. Complutense de Madrid.

María Victoria Pérez-Villalobos, Univ. de Concepción (Chile).

Isabel Piñeiro, Univ. de A Coruña.

Antonio Andrés-Pueyo, Univ. de Barcelona.

Luisa Ramírez, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Revuelta, Univ. de Huelva.

Susana Rodríguez, Univ. de A Coruña.

Francisco J. Rodríguez, Univ. de Oviedo.

José María Román, Univ. de Valladolid.

Manuel Romero, Univ. de A Coruña

Pedro Rosário, Univ. de Minho (Portugal).

Ramona Rubio, Univ. de Granada.

Marithza Sandoval, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Santolaya, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Dolores Seijo, Univ. de Santiago de Compostela.

Juan Carlos Sierra, Univ. de Granada.

Jorge Sobral, Univ. de Santiago de Compostela.

Francisco Tortosa, Univ. de Valencia.

María Victoria Trianes, Univ. de Málaga.

Revista Oficial de la *Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud* (www.usc.es/suiips)

Publicado por: SUIPS.

Volumen 1, Número, 1.

Suscripciones: ver www.usc.es/suiips

Frecuencia: 2 números al año (semestral).

ISSN: 2171-2069

D.L.: C 13-2010

ÍNDICE

Artículos

Presentación	1
 Estrous cycle and sex as regulating factors of baseline brain oxidative metabolism and behavior <i>Natalia Arias, Camino Álvarez, Nélica Conejo, Héctor González-Pardo, and Jorge L. Arias</i>	 3
 Manejo de contingencias para el tratamiento de la adicción a la cocaína en un contexto sanitario público <i>Emilio Sánchez-Hervás, Francisco Zacarés, Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, Gloria Garcia-Fernández y Francisco José Santonja</i>	 17
 Función y utilidad de los cuestionarios en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad <i>Celestino Rodríguez, Jesús N. García-Sánchez, Paloma González-Castro, David Álvarez, Ana Bernardo, Rebeca Cerezo, y Luis Álvarez</i>	 29
 Escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA) <i>Ramón G. Cabanach, Antonio Valle, Susana Rodríguez, Isabel Piñeiro, y Carlos Freire</i>	 51
 ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? <i>Francisca Fariña, Ramón Arce, y Andrea Sotelo</i>	 65
 The portacaval sham operation in rats affects acquisition but not memory of an active avoidance task <i>Laudino López, Marta Méndez, Magdalena Méndez-López, María Ángeles Aller, Jaime Arias, Fernando Díaz, and Jorge L. Arias</i>	 81
 Socialización e historia penitenciaria <i>Carolina Bringas; Francisco Javier Rodríguez, Eduardo Gutiérrez y Beatriz Pérez-Sánchez</i>	 101

INDEX

Articles

Presentation	1
Estrous cycle and sex as regulating factors of baseline brain oxidative metabolism and behavior <i>Natalia Arias, Camino Álvarez, Nélica Conejo, Héctor González-Pardo, and Jorge L. Arias</i>	3
Contingency management for the treatment of cocaine addiction in a public health setting <i>Emilio Sánchez-Hervás, Francisco Zacarés, Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, Gloria Garcia-Fernández, and Francisco José Santonja</i>	17
Function and utility of questionnaires in the diagnostic of the attention-deficit hyperactivity disorder <i>Celestino Rodríguez, Jesús N. García-Sánchez, Paloma González-Castro, David Álvarez, Ana Bernardo, Rebeca Cerezo, and Luis Álvarez</i>	29
The Academic Stress Coping Scale (A-SCS) <i>Ramón G. Cabanach, Antonio Valle, Susana Rodríguez, Isabel Piñeiro, and Carlos Freire</i>	51
Is effective the standard psychometric study of the clinical assessment of parents in dispute by children's custody? <i>Francisca Fariña, Ramón Arce, and Andrea Sotelo</i>	65
The portacaval sham operation in rats affects acquisition but not memory of an active avoidance task <i>Laudino López, Marta Méndez, Magdalena Méndez-López, María Ángeles Aller, Jaime Arias, Fernando Díaz, and Jorge L. Arias</i>	81
Socialization and penitentiary history <i>Carolina Bringas; Francisco Javier Rodríguez, Eduardo Gutiérrez, and Beatriz Pérez-Sánchez</i>	101

Función y utilidad de los cuestionarios en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Celestino Rodríguez*, Jesús N. García-Sánchez**, Paloma González-Castro*, David Álvarez*, Ana Bernardo*, Rebeca Cerezo*, y Luis Álvarez*

* Universidad de Oviedo

** Universidad de León

(Received 8 January 2009; revised 23 March 2009; accepted 27 March 2009)

Abstract

ADHD is a complex disorder, which worse moreover with big overlap or the link this diagnosis presents with other problems or difficulties. It is stated that the overlap of the ADHD might be up to 80 per cent with two or three or even more development disorders. In this study we present an empirical study with 339 students from 3rd year of Primary school to 4th year of Secondary School and consisted of four groups: 59 students diagnosed with ADHD and LD, 40 with ADHD without LD, 115 with LD and/or low achievement (LA), and 124 normally achieving students formed the control group. All of the students ranged between eight and sixteen years old. We have scanned the ADHD participant's problems by mean of DSM-IV questionnaire from parents and teachers. Moreover analyzed problems added to the ADHD and to do that we have used a questionnaire which was recently created, named Five to Fifteen (FTF), and translating to Spanish. The results indicate that application of questionnaires to parents and teachers agree with the diagnoses of their ADHD children/students. However, there are some limitations to consider with regard to diagnosis, which can be solved with the FTF questionnaire FTF. We discuss the implications about diagnosis, explicating the shortcoming and the perspectives in the future.

Keywords: ADHD, diagnosis, DSM-I criteria, FTF questionnaire, learning disabilities, parents

Resumen

El TDAH es un trastorno del desarrollo complejo y difícil de diagnosticar, que se agrava aún más cuando tenemos en cuenta sus problemas solapados y comórbidos. Problemas que, la investigación internacional está demostrando sobradamente. Se ha descrito el 80% de solapamiento con 2, 3 o más trastornos del desarrollo, u otros como las dificultades de aprendizaje DA. En este estudio participaron un total de 339 alumnos y alumnas entre los 8 y 16 años de edad, que cursaban estudios desde 3º EP a 4º ESO, divididos en 4 grupos, el grupo TDAH con DA en escritura (TDAHDA) formado por 59 alumnos; el grupo TDAH sin DA en escritura (TDAHsDA) con 40; DA en Escritura (DA) con 115, y un grupo control sin DA ni TDAH (SDA) con 124. Los participantes fueron evaluados mediante la cumplimentación de sus profesores y padres de un cuestionario DSM-IV sobre TDAH, además del cuestionario Five to Fifteen (FTF) a padres, de reciente creación y que por primera vez se usaba traducido al castellano. Los resultados de su aplicación indican que, los cuestionarios a padres y profesores coinciden con los diagnósticos de sus hijos/alumnos. Sin embargo, existen ciertas limitaciones a considerar con respecto al diagnóstico, y que se pueden solventar con el cuestionario FTF. Se discuten las implicaciones y conclusiones psicoeducativas, en torno al diagnóstico, y las limitaciones del estudio.

Palabras clave: TDAH, diagnóstico, criterios DSM-IV, cuestionario FTF, dificultades de aprendizaje, padres, profesores.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDAH), formado básicamente por los constructos de inatención, hiperactividad e impulsividad, ha avanzado y redefinido con diferentes conceptualizaciones a lo largo de la historia (Barkley, 2001; Collings, 2003). En la actualidad, es uno de los trastornos del desarrollo que presenta mayor prevalencia en la niñez y la adolescencia. Los datos al respecto son claros y coincidentes entre las diferentes investigaciones, ocurriendo entre el 3% y el 6% de niños en edad escolar (American Psychological Association, 2002). Asimismo, es un trastorno que permanece a lo largo de la vida del sujeto, persistiendo en adultos en el 40 % de los casos (Barkley, Fischer, Smallish, y Fletcher 2006; Biederman et al., 2003). Centrándose en la ratio por sexos, partimos que su incidencia es mayor en el sexo masculino que en el femenino siendo la proporción varón/mujer de al menos 4 a 1 (American Psychiatric Association, 1995, 2002). Debido a la frecuencia de este problema, la sociedad debe preocuparse y atender a las personas con estas dificultades, a través de la creación de servicios educativos, sociales, etc. (Gregg, Coleman, Stennett, y Davis, 2002).

Por otro lado, de cara a la práctica aplicada en el TDAH, todos estos aspectos hacen que la investigación dirija sus esfuerzos a desarrollar y comprender la complejidad del proceso de diagnóstico de este trastorno. Esta preocupación, viene precedida de una base teórica que lo aborda dentro de un continuo de gravedad, en el cual cada caso y cada diagnóstico es único y deberemos situarlo en un punto concreto de ese continuo. Existiendo raramente dos casos iguales, y por lo tanto dos diagnósticos idénticos (Crespo-Eguílaz, Narbona, Peralta, y Repáraz, 2006).

Consecuentemente, en toda proceso de diagnóstico del TDAH se deben tener en cuenta multitud de posibilidades para elegir la correcta y estar en disposición de adaptarse en cada caso. Se debe tener en cuenta, sujetos implicados, edad de los sujetos, disposición de padres y profesores, etc. Para conseguir una perfecta descripción del caso en concreto, será imprescindible conocer la opinión de los padres, la opinión de los profesores y finalmente una evaluación contrastada basada en el sujeto. Todo ello hará que tengamos una visión completa y más fiable, que basándonos en uno de los agentes exclusivamente, ya que con ello podremos

triangular la información y los resultados (Jonsdottir, Bouma, Segeant, y Scherder, 2006).

Actualmente, el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) describe el *trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH)*, como aquél que se caracteriza por presentar un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad – impulsividad, cuya presencia se detecta antes de los siete años de edad, las alteraciones provocadas por los síntomas se presentan como mínimo en dos ambientes, afectando la actividad social, académica y/o laboral, no pudiendo ser explicado por la presencia de un trastorno mental o en el transcurso de un trastorno del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Según nos especifica este manual, el TDAH se puede presentar mediante tres subtipos: con predominio del déficit de atención (subtipo combinado), con predominio de la hiperactividad-impulsividad (subtipo hiperactivo-impulsivo) y combinado (American Psychiatric Association, 1995, 2002).

Por otro lado, la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), enmarca la hiperactividad dentro de la sección F.98 denominada *Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia*” y la incluye dentro del epígrafe de *trastornos hipercinéticos* caracterizados por deficiencias para mantener la atención e hiperactividad motriz (Organización Mundial de la Salud, 1995). El déficit de atención se manifiesta en una interrupción prematura de la ejecución de tareas y dejar actividades sin terminar. La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Y dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la incapacidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. Todos estos criterios son tenidos en cuenta, únicamente, si los síntomas de déficit de atención e hiperactividad se dan de manera excesiva según el contexto y lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el cociente intelectual del individuo. Con todo esto, el diagnóstico no se realiza si los síntomas están presentes durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno de ansiedad, un trastorno del humor (trastornos afectivos) o una esquizofrenia.

En general, el sistema DSM de la American Psychiatric Association, ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS, tanto en el diagnóstico clínico como en la investigación y en la docencia universitaria. Sin embargo, como se puede apreciar, existen diferencias significativas. Puesto que, según el DSM-IV-TR a diferencia de la CIE-10, el TDAH se caracterizaría por “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en niños de un nivel de desarrollo similar” que, de hecho, puede coexistir con otros trastornos de manera comórbida (v.g., trastornos afectivos o de ansiedad...), a excepción de que los síntomas aparezcan en el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia y otro trastorno psicótico, o cuando pueda ser explicado por la presencia de otro trastorno mental (v.g., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que, el TDAH como trastorno del desarrollo, se agrava aún más cuando tenemos en cuenta, los problemas solapados y comórbidos al mismo. Problemas que por otra parte, la investigación internacional está demostrando sobradamente (Berthiaume, 2006). Por ejemplo, se ha descrito el 80% de solapamiento con 2, 3 o más trastornos del desarrollo (Kaplan, Dewey, Crawford, y Wilson, 2001), u otros problemas como las dificultades de aprendizaje DA (Reid y Lieneman, 2006).

En base a esto, recientemente creado, el *Five to Fifteen (FTF) questionnaire* (Kadesjö et al., 2004) (denominado así porque comprende una evaluación desde los 5 a los 15 años del sujeto) ofrece la posibilidad de descubrir mediante un cuestionario a padres, todos los problemas de un niño con TDAH, tanto los propios de este trastorno como todos aquellos que se pueden asociar. Debido a esta pluralidad, también se puede aplicar a profesores y a todos que conozcan en profundidad los problemas del niño. Este nuevo cuestionario a padres, evalúa los síntomas y problemas típicos de un niño con TDAH e intenta mostrar todas las comorbilidades y el solapamiento de este trastorno (Gillbert et al., 2004). Este cuestionario, ha sido utilizado y validado en lengua inglesa, con una gran validez de constructo. Sin embargo en castellano necesita un mayor desarrollo, basándose en su utilidad y necesidad, por lo que en este trabajo presentamos algunos datos al respecto significativamente interesantes. Además, basándonos en objetivos

psicoeducativos, intentaremos conocer las diferencias en función de las dificultades de aprendizaje de los niños con TDAH.

En función de estos precedentes, el objetivo de este estudio lo situamos en conocer la capacidad potencial de diagnóstico de los cuestionarios derivados de los criterios DSM-IV sobre TDAH aplicados a profesores y padres. Todo ello, enfocando el diagnóstico desde la perspectiva psicoeducativa y de las DA. La hipótesis parte de que estos dos agentes (padres y profesores), deben participar en este proceso de diagnóstico del TDAH, pero con serias limitaciones que algunas veces no se tienen en cuenta, no siendo una forma de diagnóstico única.

Por otra parte y en segundo lugar, buscamos demostrar la validez de nuevas tendencias en diagnóstico en el TDAH, y ponerlas en relación con las dificultades añadidas de este problema. Para ello, analizaremos la utilidad del cuestionario *Five to Fifteen FTF* (Kadesjö et al., 2004), intentando ejemplificar las limitaciones de los cuestionarios derivados de los criterios DSM-IV desde el punto de vista psicoeducativo. Partiendo de la hipótesis de que el diagnóstico actual muchas veces no se ajusta al desarrollo conceptual e investigador del TDAH.

Método

Participantes

En el presente estudio empírico, participaron un total de 339 alumnos y alumnas entre los 8 y los 16 años de edad y que cursaban estudios desde 3º de Educación Primaria a 4º de Educación Secundaria Obligatoria. Estos alumnos pertenecían a cuatro colegios representativos de la provincia de León, asimismo gran parte del grupo con TDAH pertenecían a la Asociación Leonesa de afectados por el Déficit de Atención e Hiperactividad (ALENHI).

En base a su diagnóstico y sus características, los alumnos fueron distribuidos primeramente en 4 grupos, atendiendo a su tipología y problemas escolares y a un diagnóstico psiquiátrico o neuropsiquiátrico previo (TDAH con Dificultades de Aprendizaje TDAHDA; TDAH sin Dificultades de Aprendizaje TDAHsDA; Dificultades de Aprendizaje DA, y el grupo control sin Dificultades de Aprendizaje SDA). Quedando distribuidos por género y curso como indica la Tabla 1.

Tabla 1. Características y distribución de los participantes.

	Tipología				Total género
	DA	SDA	TDAHDA	TDAHsDA	
Hombre	63	73	50	30	216
Mujer	52	51	9	10	123
Media edad por tipología	11,36	10,89	11,13	11,37	
Total tipología	115	124	59	40	339

En segundo lugar, dentro de los grupos con TDAH, se estableció una submuestra constituida por 50 alumnos y alumnas entre los 8 y los 16 años de edad, con diagnóstico clínico en TDAH, y que cursaban estudios desde 3° de Educación Primaria a 4° de Educación Secundaria Obligatoria. Desde el punto de vista educativo, nos interesaba conocer las diferencias en función de las dificultades de aprendizaje, ya que la comorbilidad entre éstas y el TDAH es alta. Además interesaba ver la diferencia que se desprenden de la heterogeneidad del TDAH, con lo que se formaron dos grupos atendiendo a que existía un retraso escolar de 2 o más años en el aprendizaje, y que este retraso no fuera debido a dificultades en el Cociente Intelectual (menor de 85) o que presentaran necesidades educativas especiales, quedando por lo tanto dos grupos diferentes TDAH con dificultades de aprendizaje (TDAHDA con $N=24$), y TDAH sin dificultades (TDAHsDA con $N=26$)

Instrumentos de evaluación

Cuestionario DSM-IV sobre TDAH a padres y profesores

Se utilizó una adaptación del cuestionario DSM-IV sobre TDAH a padres y otra a profesores para confirmar los diagnósticos clínicos previos. La *fiabilidad* de este cuestionario mediante análisis de ítems de los enunciados y subtotales proporciona un alfa de Cronbach de ,9126, y un alfa estandarizado de ,9142, junto con una intercorrelación de los ítems de ,3833 (García et al., 2007). Ello ha permitido conocer los subtipos inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado.

La adaptación de los criterios DSM-IV en forma de cuestionario escalar, se ha realizado en 18 enunciados apreciativos a los que hay que responder sobre la frecuencia con que el alumno presenta tales conductas (cada ítem se puntuaba de 1 si nunca se daba la conducta, 2 si casi nunca se daba y 4 si se daba muy frecuentemente, siendo a partir de 3 –frecuentemente- que se considera indicador de presencia de problema en ese ítem) ha resultado todo un éxito según evidencian los datos que ahora comentamos. La escala recoge enunciados de tres tipos. Los nueve primeros referidos a la desatención (A) (mínimo 9 puntos, máximo 36 puntos, con 24 como punto de corte para dicotomizar como problema). Los seis siguientes, a la hiperactividad (H). Y los tres últimos a la impulsividad (I). De forma conjunta, la HI puntuaba desde 9 hasta 36 puntos, con el corte en 24 para considerar como problema. El aplicarlo a padres y profesores permitió triangular la información y obtener datos desde diferentes fuentes, así como examinar la conducta en diferentes contextos.

Five to Fifteen questionnaire (FTF)

El objetivo de este cuestionario es dotar a la comunidad psicoeducativa internacional de un instrumento que pueda ser cumplimentado por los padres; y que sirva de referencia para una posible evaluación posterior del TDAH, similar al actual diagnóstico clínico (Kadesjö et al., 2004). Por ejemplo este cuestionario, podrá usarse para reconocer los problemas sustituyendo una entrevista con los padres. El FTF comprende 179 enunciados que expresan problemas del desarrollo y del comportamiento, que pueden contestarse según aparezcan: Nunca=0; Alguna vez=1; Siempre=2. Los ítems se encuentran agrupados en ocho dominios, los cuales están divididos a su vez en subdominios. Los tipos de respuesta son “Does not apply” (Nunca)=0; “Applies sometimes or to some extent” (Alguna vez)=1; “definitely applies” (Siempre)=2.

Tabla 2. Aspectos evaluados e instrumentos utilizados en la evaluación.

Aspecto Evaluado	Instrumento	Tareas	Parámetros
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Cuestionario DSM-IV a padres (TDAH)	Cuestionario (18 ítems)	Puntuación subtipo inatento. Puntuación subtipo hiperactivo-impulsivo Puntuación subtipo combinado Puntuación subtipo inatento.
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Cuestionario DSM-IV a profesores (TDAH)	Cuestionario (18 ítems)	Puntuación subtipo hiperactivo-impulsivo Puntuación subtipo combinado
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y problemas relacionados	Cuestionario Five to Fifteen para padres	Cuestionario (179 ítems)	Puntuación en 9 dominios o problemas del TDAH

Resultados

En primer lugar se realizó un análisis univariado de la varianza de los grupos en función de la edad, no apareciendo diferencias estadísticamente significativas, lo que nos indica que los grupos son homogéneos para este factor. Posteriormente se realizaron dos tipos diferentes de análisis. Los primeros sobre la base de la primera muestra y basándose en el cuestionario DSM-IV, con los cuatro grupos antes mencionados. Los segundos, en base a la submuestra del grupo con TDAH, diferenciando un grupo con DA y otro sin DA, comentando los resultados en base al cuestionario FTF a padres.

Cuestionario DSM-IV a profesores y padres

En referencia al primero de los objetivos, se contrastaron los cuatro grupos con un análisis multivariado de la varianza, atendiendo al cuestionario DSM-IV para padres y profesores. Ello con el propósito de conocer estos cuatro grupos en función de los criterios diagnósticos sobre TDAH, y resultó que existen diferencias estadísticamente significativas atendiendo a la referenciada Tipología, $\lambda = 0,634$; $F(3,608) = 6,113$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,108$, y parece que las medias de cada uno de los subtipos confirma los diagnósticos previos sobre los que partíamos (psiquiátrico o neuro-psiquiátrico) como se puede apreciar en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultados del análisis multivariado de la varianza (MANOVAS) en medidas del cuestionario DSM-IV a padres y profesores dependiendo de la tipología.

Variables	DA	SDA	TDAHDA	TDAHsDA	Diferencias entre grupos		
	M(Sx)	M(Sx)	M(Sx)	M(Sx)	F _(3,608)	p	η^2
Cuestionario DSM-IV sobre TDAH profesores							
Subtipo inatento	17,73(6,65)	14,84(5,19)	24,71(6,83)	22,8(8,26)	15,765	0,000	0,238
Subtipo hiperactivo-impulsivo	13,15(5,58)	12,49(4,58)	19,42(7,68)	16,91(8,89)	8,299	0,000	0,141
Subtipo combinado	30,89(11,19)	27,34(8,80)	44,13(13,74)	39,73(15,95)	13,820	0,000	0,215
Cuestionario DSM- IV sobre TDAH padres							
Subtipo inatento	18,14(4,77)	16,43(4,33)	22,13(6,81)	24,82(6,53)	15,452	0,000	0,234
Subtipo hiperactivo-impulsivo	15,94(4,89)	14,78(4,04)	16,58(6,22)	19,64(8,58)	3,931	0,004	0,072
Subtipo combinado	34,08(8,45)	31,20(7,31)	38,71(11,81)	44,45(13,82)	10,751	0,000	0,176

Nota: Se considera TDAH con más de 21 puntos aproximadamente en cada uno de los 2 subtipos inatento e hiperactivo-impulsivo y 42 en el combinado. Sólo se presentan datos estadísticamente significativos ($p < 0,05$) o próximos a la significatividad estadística.

η^2 (estadístico eta-cuadrado)=estima el tamaño del efecto. La regla de Cohen (1988) asigna= 0,01 -0,06 (efecto pequeño); >0,06-0,14 (efecto medio); >0,14 (gran efecto).

Resultados dependiendo del sexo en el cuestionario DSM-IV en función de la tipología

Llegados a este momento parece interesante conocer las diferencias por sexo, y cómo influye esta variable en las diferentes medidas aportadas por el cuestionario DSM-IV sobre TDAH, sobre todo teniendo en cuenta que en la DSM-IV esta distinción no aparece. Por todo esto, hemos realizado un análisis multivariado de la varianza teniendo en cuenta la tipología, y observando los estadísticos descriptivos por sexo. Los contrastes multivariados presentan diferencias estadísticamente significativas en función de la tipología y el sexo, $\lambda = 0,198$; $F(3,423) = 2,734$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,417$, y los efectos intersujetos presentan diferencias estadísticamente significativas en un gran número de variables como puede apreciarse en la Tabla 4.

Tabla 4. Resultados y medias del análisis multivariado de la varianza (MANOVAS) de los cuestionarios DSM-IV a padres y profesores dependiendo del sexo y en función de la tipología.

Variables	DA		SDA		TDAHDA		TDAHsDA	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Cuestionario DSM-IV TDAH profesores								
Inatento	20,64	15,74	14,76	14,49	24,65	25,00	22,80	22,86***
Hiperactivo-impulsivo	15,29	1,74	12,90	11,33	19,30	20,00	18,40	13,71***
Combinado	35,93	27,48	27,66	25,82	43,95	45,00	41,20	36,57***
Cuestionario DSM-IV TDAH padres								
Inatento	18,93	17,84	17,12	15,77	21,60	24,75	25,13	24,14***
Hiperactivo-impulsivo	15,89	16,23	16,00	13,26	15,90	20,00	17,87	23,43***
Combinado	34,82	34,06	33,12	29,03	37,50	44,75	43,00	47,57***

Nota: *** $p < 0,001$.

Cuestionario Five to Fifteen FTF a padres

Validez y Fiabilidad

En primer lugar, los datos aportados por los autores del cuestionario FTF, destacan que, en inglés, ha demostrado poseer buena validez criterial (creado por expertos en el campo del TDAH). Con una buena fiabilidad test-retest, entre ,74 – ,91, y un alfa de Cronbach desde 0,86 a 0,96 para los dominios y desde 0,69 a 0,94 para los sub-dominios. Por otra parte, en la traducción realizada en castellano resultó con una fiabilidad alta partiendo de su alfa de Cronbach, $\alpha = ,979$. Además si se elimina cualquiera de los ítems del cuestionario esta fiabilidad no se modifica, por lo tanto todos los ítems tienen el mismo peso y son válidos. Con lo que representa una buena consistencia interna.

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas alcanzadas por las dos tipologías TDAH y TDAHsDA en los dominios y subdominios del FTF.

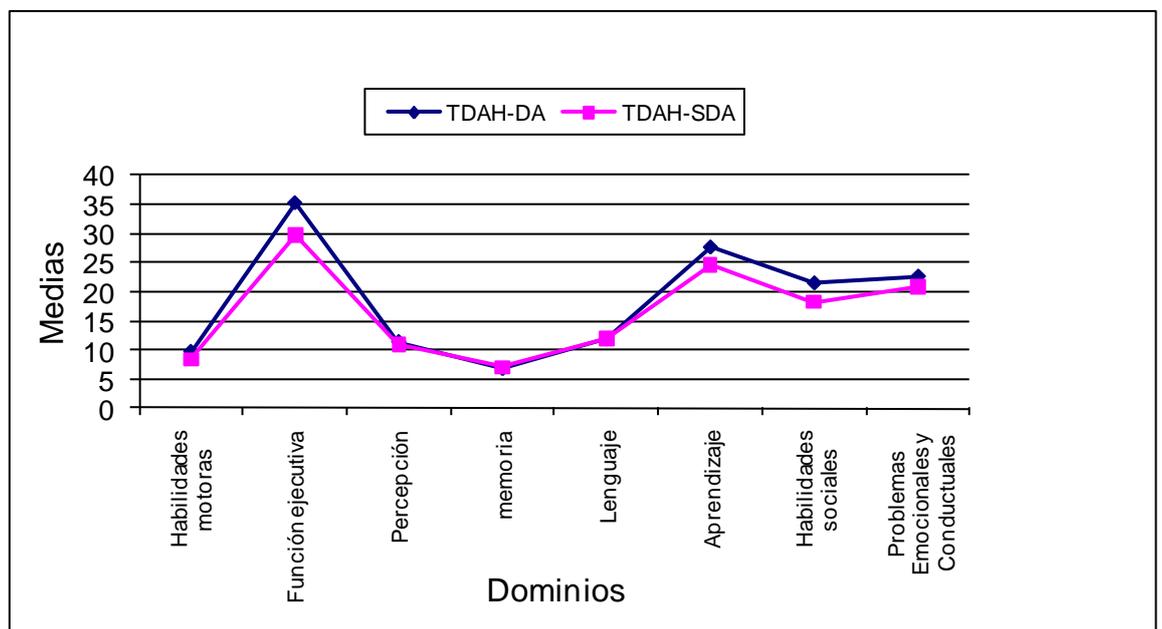
Variables	TDAHDA	TDAHsDA
	M(Sx)	M(Sx)
Subdominio habilidades motoras gruesas	3,40(3,37)	3,17(3,74)
Subdominio habilidades motoras finas	6,48(4,14)	5,46(4,72)
Dominio habilidades motoras	9,68(9,59)	8,42(7,09)
Subdominio Atención	15,60(6,56)	13,83(7,23)
Subdominio hiperactividad-impulsividad	12,00(4,23)	9,58(4,50)
Subdominio hipoactividad	4,20(1,29)	3,33(1,47)
Subdominio planificación-organización	4,44(1,15)	4,25(1,67)
Dominio Función ejecutiva	35,20(7,67)	29,63(9,70)
Subdominio Percepción espacial	3,12(2,28)	3,17(2,31)
Subdominio concepto temporal	2,60(2,27)	2,83(2,24)
Subdominio percepción del cuerpo	3,32(2,42)	3,00(1,81)
Subdominio Percepción visual	2,52(1,58)	2,25(1,96)
Dominio Percepción	11,36(6,04)	10,92(5,46)
Dominio memoria	6,72(3,75)	7,04(3,64)
Subdominio comprensión del lenguaje	4,60(3,42)	4,25(2,96)
Subdominio habilidad de lenguaje expresivo	5,24(2,91)	6,33(4,33)
Subdominio comunicación	2,32(1,52)	1,75(1,67)
Dominio Lenguaje	11,80(5,77)	12,00(7,48)
Subdominio lectura/escritura	7,96(7,36)	6,75(6,58)
Subdominio matemáticas	4,72(3,03)	4,29(3,29)
Subdominio aprendizaje general	2,64(1,77)	2,79(2,00)
Subdominio enfrentarse al aprendizaje	13,44(3,04)	12,08(4,67)
Dominio Aprendizaje	27,60(7,00)	24,53(10,80)
Dominio habilidades sociales	21,44(11,71)	18,25(11,76)
Subdominio problemas internos (emocionales y conductuales)	6,80(3,78)	7,67(3,79)
Subdominio problemas externos (emocionales y conductuales)	10,04(4,75)	9,04(4,64)
Subdominio obsesivo-compulsivo	5,76(3,71)	4,13(3,49)
Dominio Problemas Emocionales y Conductuales	22,60(10,80)	20,83(9,27)

Nota: TDAHDA (grupo TDAH con dificultades de aprendizaje) y TDAHsDA (grupo TDAH sin dificultades de aprendizaje).

Análisis de diferencias entre tipologías TDAH-DA y TDAH-SDA.

En base a un diseño factorial 2×1 , los resultados obtenidos en los contrastes multivariados no indicaron diferencias significativas por tipología, es decir TDAH con y sin DA, $\lambda = ,456$; $F(1,27) = 0,841$; ns ; $\eta^2 = ,054$. Aunque por otro lado, si que resultan significativas las diferencias por sexo, $\lambda = ,251$; $F(1,27) = 2,097$; $p < 0,001$; $\eta^2 = ,749$; en función de ésta las pruebas de los efectos intersujetos mostraron diferencias significativas en dos únicas variables, en concreto el subdominio planificación-organización ($p < 0,05$) y el subdominio comunicación ($p < 0,05$).

Figura 1. Resultados de los dominios en el FTF questionnaire.



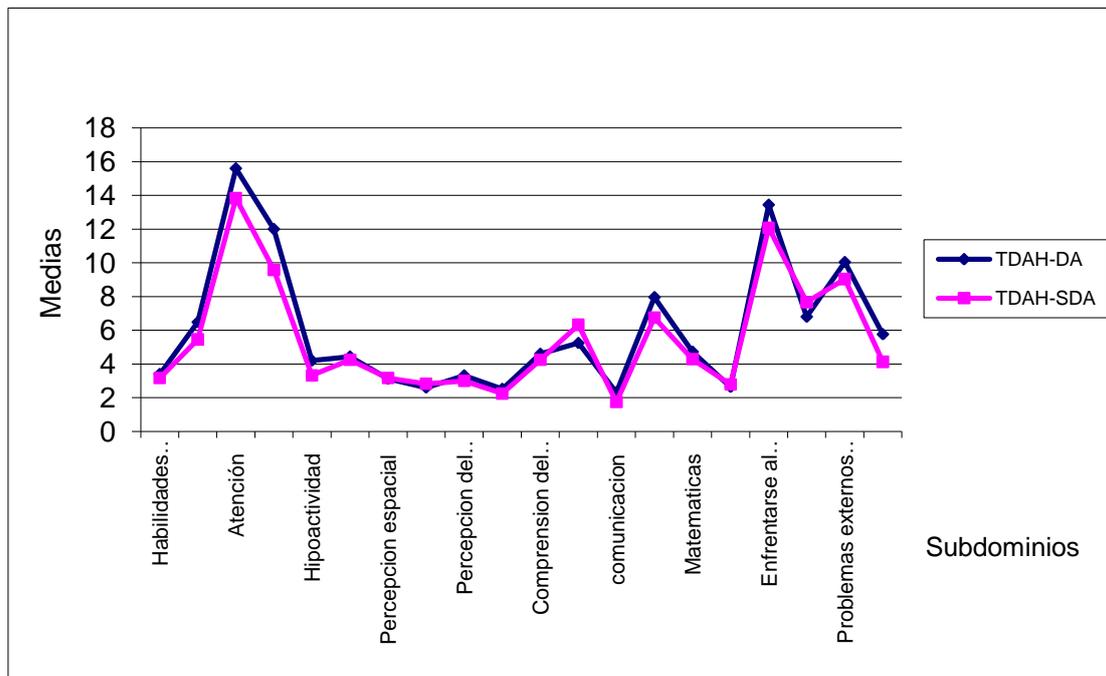
De todas formas, las diferencias en cuanto a tipologías resulta interesante conocerlas, y debido al carácter experimental del estudio, de las medias se pueden extraer interesantes conclusiones. Por esto se muestran de los diferentes dominios y subdominios en la Tabla 5, teniendo en cuenta que la muestra estudiada no es muy amplia y se trata de un estudio aproximativo.

Si nos fijamos en los resultados de los dominios y analizamos las medias de los dos grupos, las mayores diferencias (aunque no estadísticamente significativas) las encontramos en la función ejecutiva, el aprendizaje, las habilidades sociales y los problemas emocionales y conductuales, aunque en todos los dominios los problemas son mayores en el grupo con TDAH y DA. El análisis de los dominios nos parece indicar donde están los problemas de las dificultades de aprendizaje, aspecto que se

corroborar con el dominio referido a ese problema. Conviene destacar unas diferencias considerables en el dominio función ejecutiva, un aspecto destacable cuando hablamos de diagnóstico en niños con TDAH, como podemos ver en la figura 1.

Por otro lado, los resultados por subdominios, afinan con mayor precisión los resultados del cuestionario, y podemos ver en la línea de la tendencia en la figura 2, como en prácticamente todos ellos, el grupo con DA y TDAH, presenta mayores problemas que el grupo exclusivamente con TDAH, según la percepción de sus padres. Lo subdominios problemas internos (emocionales y conductuales), aprendizaje general, habilidad de lenguaje expresivo, percepción espacial, y concepto temporal, son aquellos en los que el grupo TDAH sin DA presenta unas medias más bajas, lo que puede indicar que son problemas más propios de las características del TDAH.

Figura 2. Resultados del cuestionario FTF en los diferentes subdominios



Discusión y Conclusiones

Como hemos comprobado en la introducción de este estudio, el TDAH presenta una gran complejidad y numerosas complicaciones para su conceptualización y definición, principalmente por ser en la actualidad un trastorno compuesto, y además por ser un constructo relativamente joven en nuestro país. Estas complicaciones se

extienden en el momento de evaluarlo y diagnosticarlo; y es por esto que, por ejemplo, un niño puede presentar cualquier síntoma del trastorno aislado, necesita intervención y ayuda personalizada y puede no presentar estados patológicos. Situación muy habitual en el ámbito educativo y que muy pocas veces recibe atención (Miranda, García, y Soriano, 2005).

Por otro lado, una complejidad añadida parte de que las manifestaciones del TDAH cambian con la edad, y durante la adolescencia, por ejemplo, el trastorno llega a ser menos visible y más difícil de diagnosticar. Incluso la etapa educativa que coincide en la adolescencia hace más complejo si cabe, este proceso de diagnóstico, ya que los profesores y los padres conocen menos la conducta de los adolescentes que la que tienen en edades tempranas (Wolraich et al., 2005).

Esta complejidad de diagnóstico, basada principalmente en la cantidad de factores que toman parte de este proceso, debería considerar previamente el objetivo a conseguir con la evaluación, adaptando nuestra forma de evaluar a las necesidades que se plantean. No obstante, una evaluación que considere varias formas de realizarla, adaptándose a cada momento del proceso sería la más completa, ya que las diferencias interindividuales en esta problemática pueden ser muy grandes y no existen dos casos iguales del TDAH.

Consecuentemente, en toda proceso de diagnóstico psicoeducativo se deben tener en cuenta multitud de posibilidades para elegir la correcta y estar en disposición de adaptarse. Se debe tener en cuenta para conseguir una perfecta descripción del caso en concreto, conocer la opinión de los padres, la opinión de los profesores y finalmente una evaluación basada en el sujeto. Todo ello, hará que tengamos una visión completa y más fiable que basándonos en uno de los agentes exclusivamente, ya que podremos triangular la información y los resultados.

Es cierto que, en investigación, la evaluación a través de profesores es una de las más usadas, y a su vez una de las más criticadas. Los que lo hacen, argumentan que la situación de clase con el profesor no es una situación natural, y el profesor no puede tener una visión general de la conducta del alumno. También puede ser que su relación con los alumnos este deteriorada y su evaluación no sea completamente objetiva; por otra parte los padres nos son del todo objetivos en sus cuestionarios, de aquí la necesidad de otro tipo de evaluación (Wolraich et al., 2005). Por ejemplo, los psicólogos clínicos necesitan explorar los síntomas presentes, la historia de esos síntomas, el funcionamiento del sujeto en diferentes situaciones, la presencia de otras

dificultades o trastornos que pueden existir comórbidos que pueden afectar al niño (Chu, 2003), esta puede considerarse una evaluación completa, siempre que se realice con la rigurosidad que se merece. Al respecto, podemos concluir que en este estudio, las opiniones de los profesores con respecto a las conductas de sus alumnos diagnosticados con TDAH, coinciden plenamente con el diagnóstico, lo que indica la conveniencia de su participación en el proceso de diagnóstico.

Sin embargo, diversos autores consideran que las manifestaciones de hiperactividad, impulsividad e inatención no implican necesariamente la existencia de TDAH (García y Rodríguez, 2007). Cuestión que necesita de mayor atención, de forma que puede simplificarse la tarea del docente en aula, intentando mostrar diversos aspectos de evaluación y diagnóstico a considerar. Desde este punto de vista, debemos recordar que este trastorno se encuentra frecuentemente solapado con DA (Tabassam y Grainger, 2002), diversos estudios muestran que chicos que tienen este problema y no son TDAH, pueden tener simplemente un problema de atención o un déficit en la memoria operativa como indican varias investigaciones (Mayes, Calhoun, y Crowell, 2000). Por lo tanto es necesario discriminar ambos problemas, y esto no se puede realizar exclusivamente con los criterios DSM-IV sino que necesitamos otras pruebas específicas y más concretas. A su vez, los problemas detectados en este estudio con los cuestionarios derivados de los criterios DSM-IV residen en las siguientes apreciaciones.

En primer lugar, el término inatención es probablemente confuso, siendo mucho mejor el sustituirlo por el término función ejecutiva, por ejemplo, incluyendo un déficit en el funcionamiento de la memoria de trabajo, como nos indican los estudios actuales (Harder, 2007; Narbona, y Crespo-Eguílaz, 2005).

En segundo lugar, en los síntomas actuales no se hace referencia en ningún momento a las edades, dando por supuesto que son apropiados a todas las edades, y esto no parece del todo preciso. Todos sabemos de las características evolutivas del trastorno y de su desarrollo dentro del ciclo vital (Geurts, Verté, Oosterlaan, Roeyers, y Segeant, 2005). El ejemplo más claro del desfase, lo tenemos en un creciente diagnóstico en adultos con TDAH y que, por otro lado, no haya criterios específicos para este diagnóstico en edades avanzadas. Se desconoce el límite de los síntomas en relación con la edad en la que concluyen, ni tampoco en la edad de comienzo. Se suelen ajustar entre los cuatro y los dieciséis años de edad, pero serían necesarios unos criterios más precisos y adaptados a la edad.

Las diferencias en torno al género parecen evidentes, y más si nos fijamos en la ratio de 4 hombres por cada mujer en el TDAH (Willcutt y Pennington, 2000). Sin embargo, en los síntomas y los criterios diagnósticos del TDAH no se hace referencia al sexo y no se limitan las diferencias al respecto. Todo ello puede traer consigo imprecisiones en el diagnóstico en razón al género del alumno, ya que hay diferencias evidentes como hemos visto. Por ejemplo, estos síntomas, por razones culturales, pueden ser más bajos para las chicas, ya que muchas de ellas sufren actualmente las dificultades propias del TDAH y pasan desapercibidas para su diagnóstico y para los beneficios de su tratamiento e intervención.

Otro de los problemas reside en la detección temprana del trastorno, se busca una intervención precoz como base para un mejor pronóstico, y existe gran dificultad en el diagnóstico en educación infantil, ya que los criterios no son adecuados. Por ejemplo, la duración de los mismos puede ser demasiado corta, lo que se evitaría con un año de duración como criterio. Por todo esto, a su vez, la edad de comienzo de siete años no es muy acertada y se podría usar la niñez, en general (Egger, Kondo, y Angold, 2006).

Finalmente, no existe un consenso en torno a la referencia al desarrollo. Se estipula, por ejemplo, que debe existir un retraso con respecto al desarrollo normal del niño en los síntomas, pero por otro lado esa desviación del desarrollo no se precisa. Esta falta de patrones o modelos, produce que cuando un profesional se sitúe en la tesitura del diagnóstico, tenga una apreciación totalmente variable de dicha desviación, no comparable con la de otro profesional, lo que podría evitarse con pericia y entrenamiento (Frazier, Youngstrom, Glutting, y Watkins, 2007).

Por último, la información de los síntomas debe proceder de diversos contextos, y debe existir un acuerdo de padres y profesores con el fin de poder contrastar los criterios diagnósticos, y triangular la información obtenida, basándose en el niño y los contextos en los que se desarrolla, ya que puede haber algunos contrastes entre ellos como hemos podido comprobar. Con todo este proceso, lo que realizaríamos sería una armonización de informes, que se completaría con la historia de problema en los diferentes entornos, corroborando informaciones desde diferentes puntos de vista.

Estamos ante una situación de reconceptualización mundial, un cambio en los criterios diagnósticos del TDAH, una sintomatología nueva y pasos importantes en la comorbilidad (Barkley, 2009). Un ejemplo, la tenemos en algunos casos próximos al TDAH, que es muy difícil de diagnosticar con el sistema actual, y sin embargo tienen problemas relacionados, es el caso del futuro subtipo *tempo cognitivo lento* con un

procesamiento cognitivo lento e incluso hipoactividad. Sin embargo, existen aspectos positivos en lo que se refiere a los modelos teóricos actuales, los cuales están bien contruidos y dan líneas esenciales para la futura conceptualización, y también en lo que más nos interesa, como es el diagnóstico y la intervención psicoeducativa.

En el TDAH, en el momento del diagnóstico, es importante evaluar otros posibles factores presentes en el patrón de comportamiento, con el fin de aportar más información en el difícil constructo que investigamos. Además se pueden encontrar solapados otros problemas, y todo en conjunto puede ser la clave, que nos puede aportar la información necesaria para dar la respuesta educativa necesaria, por ejemplo el cuestionario FTF, precisamente desarrollado, puede ayudar a este propósito (Kadesjö et al, 2004).

Por otro lado, las diferentes formas de la evaluar en TDAH (entrevista, cuestionario, test, observación...), y los diferentes agentes implicados que nos pueden suministrar la información como hemos comprobado, hacen que el diagnóstico en TDAH sea un proceso activo y modificable a cada paso, dependiendo constantemente de los diferentes resultados que vamos obteniendo. Es cierto que existen de forma estandarizada una gran cantidad de pruebas diagnósticas y test relacionados con el TDAH. La clave está en seleccionar las adecuadas y comprobar todos los posibles déficits del trastorno (Scahill y Schwab-Stone, 2000).

En este contexto, el plano psico-educativo, debemos concienciarnos de la importancia del proceso de evaluación en TDAH como paso previo e inicial para paliar las dificultades del niño. Cosa que se consigue con la intervención psicoeducativa educativa (DeShazo, Lyman, y Grofer, 2002; Trout, Lienemann, Reid, y Epstein, 2007). A partir de una evaluación basada en los aspectos, por ejemplo reflejados en el FTF, y seleccionando apropiadamente las pruebas de evaluación, podremos ajustar mejor el entrenamiento educativo, puesto que conocemos dónde se concentra el déficit y cuál es la intensidad del mismo (Chu, 2003).

En resumen, la tarea de diagnóstico en atención, no es una tarea sencilla y debe hacerse con una planificación selectiva, eligiendo aquellos test o pruebas que mejor se adapten a nuestro objetivo. Considerando todas las posibilidades y realizándola tan completa y productiva como nos sea posible, cosa que debe cambiar ya que a veces el diagnóstico se realiza exclusivamente con el uso de cuestionarios, que como hemos visto no refleja la realidad. Entendiéndose que la información que nos aporte será suficiente para intervenir adecuadamente atendiendo a las necesidades reales del TDAH

(Wolraich et al., 2005). Queda mucho camino por recorrer, pero es cierto que se están asentando unas bases sólidas al respecto del diagnóstico en el TDAH, incluso en el plano científico y de la investigación.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (2001). Treatment inattentive type of ADHD as a distinct disorder: What remains to be done? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 8, 489-501.
- 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(Supl. 2), 101-106.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish L., y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hiperactive children adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Plunkett, E. A., Gifford J., y Spencer, T. (2003). Growth deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder revisited: Impact of gender, development, and treatment. *Pediatrics*, 111, 952-960.
- Chu S. (2003). ADHD part two: Evaluation and intervention. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10(6), 254-263.
- Collings, R. D. (2003). Differences between ADHD inattentive and combined types on the CPT. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 25(3), 177-189.
- Crespo-Eguílaz, R., Narbona, J., Peralta, F., y Reparaz, R. (2006). Medida de atención sostenida y del control de la impulsividad en niños: Nueva modalidad de aplicación del Test de Percepción de Diferencias "Caras". *Infancia y Aprendizaje*, 29(2), 219-232.
- DeShazo T., Lyman R. D., y Grofer L. (2002). Academic Underachievement and ADHD: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology*, 40(3), 259-283.

- Egger, H. L., Kondo, D., y Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool ADHD. *Infants & Young Children, 19*(2), 109-122.
- Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Glutting, J.J., y Watkins, M.W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities, 40*(1), 49-65.
- García, J.N., Marbán, J.M., Rodríguez, C., de Caso, A.M., Fidalgo, R., Arias-Gundín, O., González, L., Martínez-Cocó, B., Pacheco, D.I., Robledo, P., Díez, C., y Álvarez, M.L. (2007). Problemas atencionales y de hiperactividad e impulsividad en alumnos con dificultades de aprendizaje en escritura. *Boletín de Psicología, 91*, 7-26.
- García, J.N., y Rodríguez, C. (2007). Influencia del intervalo de registro y del organizador gráfico en el proceso-producto de la escritura y en otras variables psicológicas. *Psicothema, 19*(2), 198-205.
- Geurts, H.M., Verté, S., Oosterlaan, Roeyers, H., y Segeant, J.A. (2005). ADHD sbtypes: do they differ in their executive functioning profile?. *Archives of Clinical Neuropsychology, 20*, 457-477.
- Gregg, N., Coleman, C., Stennett, R.B., y Davis, M. (2002). Discourse complexity of college writers with and without disabilities: A multidimensional analysis. *Journal of Learning Disabilities. 35*(1), 23-38.
- Gillbert, C., Gillbert, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Södeström, H., Rastam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., y Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(1), 80-92.
- Harder, L.L. (2007). The relation between executive functions and written expression in college students with attention deficit hyperactivity disorder. *Dissertation Abstract International Section A: Humanities and Social Sciences, 68*(1), 82-92.
- Jonsdottir, S., Bouma, A., Segeant, J.A., y Scherder, E.J.A. (2006). Relationships between neuropsychological measures of executive function and behavioural measures of ADHD symptoms and comorbid behaviour. *Archives of Clinical Neuropsychology, 21*, 383-394.
- Kadesjö, B., y Gillbert, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 42*(4), 487-493.

- Kadesjö, B., Janols, L. O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A., y Gillbert, C. (2004). The FTF (Five to Fifteen): The development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(3), 3-13.
- Kaplan, B.J., Dewey, D.M., Crawford, S.G., y Wilson, B.N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34(6), 555-565.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., y Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5).
- Miranda, A., García, R., y Soriano, M. (2005). Habilidad narrativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 17(2), 227-232.
- Narbona, J., y Crespo-Eguílaz, N. (2005). Trastornos de memoria y de atención en disfunciones cerebrales del niño. *Revista de Neurología*, 40(sup. 1), 33-36
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión (CIE-10). Volumen 1. Manual de instrucciones*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Reid, R., y Lienemann, T. O. (2006). Self-regulated strategy development for written expression with students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 73, 53-68.
- Scahill, L., y Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 501-555.
- Tabassam W., y Grainger J. (2002). Self-concept, attributional style and self-efficacy beliefs of students with learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Learning Disability Quarterly*, 25, 141-151.
- Trout, A.L., Lienemann, T.O., Reid, R., y Epstein, M. (2007). A review of non-medication interventions to improve the academic performance of children and youth with ADHD. *Remedial and Special Education*, 28(4), 207-226.
- Willcutt E G., Pennington B F., y DeFries, J.C. (2000). Etiology of inattention and hyperactivity in a community sample of twins with learning difficulties. *Journal of Abnormal Children Psychology*, 28, 149-159.

Wolraich M., Wibbelsman C.J., Brown T.E., Evans, S.W., Gotlieb E.M., Knight J.R., Ross E.C., Shubiner H. H., Wender E.H., y Wilens T., (2005). ADHD among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.

Normas de publicación

Envíos de artículos

La *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* publica artículos en español o inglés de carácter científico en cualquier temática de la Psicología y Salud. Es, por tanto, el objetivo de la revista la interdisciplinariedad. Los artículos han de ser originales (los autores se responsabilizan de que no han sido publicados ni total ni parcialmente) y no estar siendo sometidos para su evaluación o publicación a ninguna otra revista. Las propuestas de artículos han de ser enviadas por medio de correo electrónico al director o a los directores asociados acorde a la temática que coordinan. El envío por correo postal sólo se admitirá en casos debidamente justificados a la dirección de la revista (Ramón González Cabanach, Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, Universidad de A Coruña, Escuela Universitaria de Fisioterapia, Campus de Oza, 15006, A Coruña, España).

Revisión

Los trabajos serán revisados en formato de doble ciego, siendo los revisores anónimos para los autores y los autores para los revisores. Los revisores serán externos e independientes de la revista que los seleccionará por su experiencia académica, científica o investigadora en la temática objeto del artículo.

Copyright

El envío de trabajos a la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* lleva implícito que los autores ceden el copyright a la revista para su reproducción por cualquier medio, si éstos son aceptados para su publicación.

Permisos y responsabilidad

Las opiniones vertidas así como los contenidos de los artículos publicados en la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan la opinión ni la política de la revista. Asimismo, los autores se responsabilizan de la obtención del permiso correspondiente para incluir material ya publicado. Del mismo modo, los autores se responsabilizan de que los trabajos publicados estén realizados conforme a los criterios éticos que rigen la investigación o experimentación con humanos y animales, y sean acordes a la deontología profesional.

Estilo

Los trabajos deberán ajustarse a las instrucciones sobre las referencias, tablas, figuras, abstract, formato, estilo narrativo, etc. descritas en la 6ª edición del Publication Manual of the American Psychological Association (2009). Los manuscritos que no se ajusten al estilo APA no se considerarán para su publicación.

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud

CONTENIDOS

Artículos

- Presentación 1
- Estrous cycle and sex as regulating factors of baseline brain oxidative metabolism and behavior
Natalia Arias, Camino Álvarez, Nérida Conejo, Héctor González-Pardo, and Jorge L. Arias 3
- Manejo de contingencias para el tratamiento de la adicción a la cocaína en un contexto sanitario público
Emilio Sánchez-Hervás, Francisco Zacarés, Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, Gloria García-Fernández y Francisco José Santonja 17
- Función y utilidad de los cuestionarios en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Celestino Rodríguez, Jesús N. García-Sánchez, Paloma González-Castro, David Álvarez, Ana Bernardo, Rebeca Cerezo, y Luis Álvarez 29
- Escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA)
Ramón G. Cabanach, Antonio Valle, Susana Rodríguez, Isabel Piñeiro, y Carlos Freire 51
- ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores?
Francisca Fariña, Ramón Arce, y Andrea Sotelo 65
- The portacaval sham operation in rats affects acquisition but not memory of an active avoidance task
Laudino López, Marta Méndez, Magdalena Méndez-López, María Ángeles Aller, Jaime Arias, Fernando Díaz, and Jorge L. Arias 81
- Socialización e historia penitenciaria
Carolina Bringas; Francisco Javier Rodríguez, Eduardo Gutiérrez y Beatriz Pérez-Sánchez 101