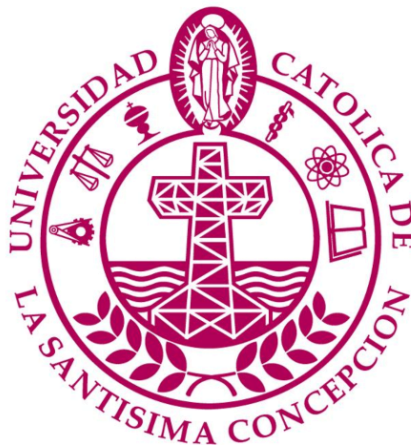


**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN DIFERENCIAL**



**CORRELACIÓN ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO POR  
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LA SINTOMATOLOGÍA  
DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DISRUPTIVA**

**Seminario de Investigación para optar al título de Prof. de Educación Diferencial  
con mención en Trastornos del Aprendizaje o Trastornos del Lenguaje y al grado  
académico de Licenciatura en Educación**

**PROFESOR GUÍA: DR. SERGIO ANDRÉS GATICA FERRERO  
ESTUDIANTES: ALEJANDRA JASMINE OÑATE SÁEZ  
JOHANA PATRICIA ORTEGA MANRÍQUEZ  
GRACIELA DEL PILAR PARRA BARRERA  
KAREN MONSERRAT SAGREDO FERNÁNDEZ  
CAMILA ESTEFANÍA SEPÚLVEDA ALARCÓN  
CONSTANZA ESTEFANÍA VALLEJOS SANHUEZA**

**Septiembre 2021  
Concepción, Chile**

## **AGRADECIMIENTOS**

Expresamos nuestra gratitud como equipo de trabajo a nuestras familias y amistades por ser permanentes agentes de apoyo y motivación en nuestro desarrollo personal y académico. A la Universidad Católica de la Santísima Concepción y su Facultad de Educación por haber forjado continuamente el sendero de nuestro proceso de aprendizaje a lo largo de estos cinco años. A nuestros profesores y profesoras por su arduo trabajo y la educación brindada, en cuanto a los conocimientos teórico-prácticos de la especialidad y saberes requeridos para ser excelentes profesionales; reconocemos su permanente entrega de valores y consejos brindados, para enfrentar nuestra vida diariamente desde la mirada del optimismo, la resiliencia y la inclusión. De la misma forma, distinguimos la amabilidad y disposición de otros agentes de la universidad, como psicólogos, administrativos, auxiliares de aseo y trabajadores que contribuyeron a nuestro desarrollo personal y profesional, brindándonos comprensión y palabras de aliento frente a momentos difíciles. Finalmente, agradecemos enormemente al Profesor Don Sergio Gatica por guiar este proyecto en base a su experiencia y sabiduría y direccionar nuestros conocimientos con dedicación para la formación de esta tesis. A todos gracias por creer en nosotras y mantener siempre altas expectativas a lo largo de nuestro camino para convertirnos en Profesoras de Educación Diferencial.

## Resumen

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una alteración del neurodesarrollo caracterizado por un nivel de inatención y/o hiperactividad/impulsividad no acorde a la edad de desarrollo del individuo y que afecta los diversos contextos en que se desenvuelve. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad presenta una alta prevalencia en la población infanto-juvenil y manifiesta una elevada comorbilidad con los trastornos de conducta disruptiva, como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de la conducta. **Objetivo:** Determinar la existencia de correlación entre la sintomatología de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la sintomatología de trastornos de conducta disruptiva. **Método:** Se aplicó la Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale a 242 estudiantes de 1° de EGB a 4° de EM pertenecientes a dos escuelas de la provincia de Concepción. La Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale es una escala para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastornos de conducta disruptiva. Todos los participantes contaban con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad realizado con la Escala de Conners; 153 participantes eran hombres y 89 eran mujeres. Se aplicaron estadísticos descriptivos, pruebas de normalidad y de correlación. **Resultados:** Los resultados mostraron que la sintomatología de inatención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se correlaciona moderada y significativamente con los síntomas de los trastornos de conducta disruptiva. De igual manera, existe una correlación fuerte y significativa entre los síntomas hiperactivos/impulsivos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de los

trastornos de conducta disruptiva. **Conclusión:** El estudio permitió concluir que existe una semejanza en la sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de los trastornos de conducta disruptiva; la comorbilidad de estos trastornos aumenta la gravedad de los síntomas, afectando considerablemente la vida social, familiar y académica del individuo. Es necesario validar escalas que permitan detectar los síntomas habitualmente comórbidos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos de conducta disruptiva.

*Palabras claves:* TDAH, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de la Conducta, VADTRS, Comorbilidad.

### **Abstract**

**Introduction:** Attention deficit hyperactivity disorder is a neurodevelopmental disorder characterized by a level of inattention and/or hyperactivity/impulsivity that is not in accordance with the developmental age of the individual and affects the various contexts in which he/she develops. Attention deficit hyperactivity disorder has a high prevalence in the infantile-juvenile population and shows high comorbidity with disruptive behavior disorders such as oppositional defiant disorder and conduct disorder. **Objective:** To determine the existence of a correlation between attention deficit hyperactivity disorder symptomatology and disruptive behavior disorders symptomatology. **Methods:** The Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale was applied to 242 students, from 1st grade of elementary school to 4th grade of high school, belonging to two schools in the province of Concepción. The Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale is a

scale for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorders. All participants had a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder made with the Conners Scale; 153 participants were male and 89 were female. Descriptive statistics, normality and correlation tests were applied. **Results:** The results showed that attention deficit hyperactivity disorder inattention symptomatology moderately and significantly correlates with disruptive behavior disorders symptoms. Similarly, there is a strong and significant correlation between hyperactive/impulsive symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorders. **Conclusion:** The study allowed us to conclude that there is a similarity in the symptomatology of attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorders; the comorbidity of these disorders increases the severity of the symptoms, considerably affecting the social, family, and academic life of the individual. It is necessary to validate scales that allow the detection of symptoms usually comorbid with attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorders.

*Keywords:* ADHD, Oppositional Defiant Disorder (ODD), Conduct Disorder (CD), VADTRS, Comorbidity.

## Tabla de contenido

Resumen .....	3
Abstract .....	4
Introducción .....	9
Capítulo 1 .....	12
Marco teórico .....	12
1. Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	13
1.1 Conceptualización.....	13
1.2 Prevalencia.....	14
1.3 Manifestaciones .....	15
1.4 Evolución .....	17
1.5 Diagnóstico .....	18
2. Trastorno Negativista Desafiante.....	20
2.1 Conceptualización.....	20
2.2 Prevalencia.....	21
2.3 Manifestaciones .....	22
2.4 Evolución .....	25
2.5 Diagnóstico .....	26
3. Trastorno de la Conducta .....	28
3.1 Conceptualización.....	28
3.2 Prevalencia.....	29
3.3 Manifestaciones .....	30

3.4	Evolución .....	32
3.5	Diagnóstico .....	33
4.	Comorbilidad entre TDAH y TCD .....	36
4.1	TDAH y comorbilidad .....	36
4.2	TDAH y comorbilidad con TND .....	37
4.3	TDAH y comorbilidad con TC .....	39
4.4	TDAH y comorbilidad con TCD .....	40
Capítulo 2	.....	42
Justificación del problema	.....	42
Problematización	.....	43
Objetivos	.....	47
<i>Objetivo general</i>	.....	47
<i>Objetivos específicos</i>	.....	47
Hipótesis	.....	48
Variables	.....	49
Capítulo 3	.....	51
Método	.....	51
Método	.....	52
Muestra	.....	53
Instrumento	.....	55
Criterios de validez y fiabilidad del instrumento	.....	56
Procedimiento	.....	57
Capítulo 4	.....	59

Resultados .....	59
Capítulo 5 .....	65
Discusión.....	65
Conclusiones .....	71
Limitaciones .....	75
Proyecciones.....	75
Referencias.....	77
Anexos .....	105
Anexo 1 .....	106
VADTRS .....	106
Anexo 2 .....	111
Cuestionario de conducta Conners para profesores.....	111

## **Introducción**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como una alteración del neurodesarrollo y se considera como una psicopatología crónica que afecta diferentes áreas comportamentales como familiar, social y educativa. Además, se caracteriza por presentar una alta prevalencia en la población infanto-juvenil y manifestar una elevada comorbilidad con el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de la conducta (TC); estos trastornos forman parte de los trastornos de conducta disruptiva (TCD). Los TCD se clasifican dentro de los problemas de conductas externalizantes y afectan de manera significativa en el funcionamiento psicosocial y adaptativo del niño y/o adolescentes. El TND es una alteración que predomina en la infancia y se caracteriza porque el individuo desacata normas de los adultos y presenta conductas de oposición, mientras que el TC se presenta prevalentemente en adolescentes y se caracteriza por un patrón sistemático en que el individuo transgrede las reglas sociales y la integridad de otras personas.

Algunos autores como Ramos et al. (2011), Rints et al. (2015), Rubiales et al. (2016), Mateu & Sanahuja (2020), se han interesado en abordar la coexistencia del TDAH y TND/TC, debido a que esta comorbilidad aumenta considerablemente la gravedad en la sintomatología y afecta aspectos como la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad cognitiva y la inhibición, generando manifestaciones conductuales de carácter severo, que conllevan a un pronóstico más desfavorable respecto a la evolución de los trastornos comórbidos del TDAH. Además, la evidencia sostiene que las primeras

manifestaciones tanto del TDAH, como del TND y TC se producen en edad escolarizada, afectando el rendimiento académico, la trayectoria escolar y el desenvolvimiento social de los niños y adolescentes dentro de la comunidad educativa.

Se observa que las conductas de acoso y bullying están relacionadas a nivel neurofisiológico con el TDAH y los TCD, debido a un factor común en el déficit del funcionamiento ejecutivo y sus elementos cognitivos-emocionales (Booker et al., 2019; Sánchez et al., 2020; Kleine et al., 2020; Rusca & Cortez, 2020; Vázquez-Miraz et al., 2020). El déficit del funcionamiento ejecutivo afecta significativamente el comportamiento de las personas y su funcionalidad social (Ramos et al., 2011). Esto conforma una problemática dentro del contexto escolar; si estos patrones conductuales no son detectados e intervenidos de forma oportuna, se avanza hacia una problemática social, debido a que las características y manifestaciones propias de la sintomatología del TDAH y los TCD configuran una serie de factores de riesgos para la delincuencia juvenil y el desarrollo posterior de trastornos psiquiátricos de mayor gravedad tales como, trastorno de la personalidad antisocial y trastorno por abuso de sustancias (Torales, 2018; Gnanavel et al., 2019; Rubin, 2020); esto provoca una disfunción significativa en el desenvolvimiento e interacción social del sujeto en todos los contextos y un gran deterioro en su calidad de vida.

Durante la elaboración de este estudio se revisaron alrededor de 60 artículos científicos referidos a la correlación existente entre la sintomatología del TDAH y la sintomatología de los TCD; no se encontraron investigaciones que aborden esta

problemática en el ámbito nacional. Por esta razón, el propósito del presente estudio cuantitativo es establecer la relación entre la sintomatología del TDAH y la sintomatología de los TCD, a través de la aplicación de la escala de observación conductual Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale (VADTRS) a una muestra constituida por estudiantes de educación básica y media pertenecientes a dos escuelas de la provincia de Concepción.

**Capítulo 1**  
Marco teórico

## **1. Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad**

### **1.1 Conceptualización**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del desarrollo neurológico caracterizado por un nivel de atención e hiperactividad no acorde a la edad de desarrollo del individuo (APA, 2013; Puddu et al., 2017). La nomenclatura de este trastorno fue otorgada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV (APA, 1994; Rusca & Cortez, 2020).

Es posible encontrar diversas alteraciones en las funciones ejecutivas del individuo con TDAH, como reflexionar, organizar o planificar alguna acción (Rusca & Cortez, 2020). La sintomatología de inatención y/o hiperactividad e impulsividad interfiere notablemente en el funcionamiento de la persona (APA, 2013) y puede persistir en la adultez, afectando su desarrollo personal, social, familiar y escolar (Crisol & Campos, 2019). Los niños que presentan sintomatología de TDAH tienen un deterioro similar, independiente de la edad de aparición del trastorno; por este motivo, el DSM-V decidió ampliar el criterio de edad de aparición a los doce años (Kieling et al., 2010; APA, 2013).

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más recurrente en las consultas de psiquiatría infantil; tiene origen en factores neurobiológicos y genéticos, y en cuanto a los factores ambientales, éstos contribuyen considerablemente en el desarrollo y evolución de este trastorno (Soutullo & Mardomingo, 2010). Es fundamental considerar el TDAH como un trastorno a tratar en la salud pública, debido a la aparición temprana de los síntomas en

los individuos, su alta prevalencia en niños y adolescentes, la manera de afectar la sintomatología en los diversos ambientes y la alta comorbilidad con el trastorno negativista desafiante y el trastorno de la conducta (Hidalgo & Soutullo, 2014).

## **1.2 Prevalencia**

Al menos el 50% de las derivaciones a consultas psiquiátricas, es por un diagnóstico de TDAH (Soutullo & Mardomingo, 2010), sin embargo, no existen antecedentes exactos en relación con la prevalencia de esta patología; se estima que entre el 2% y el 12% de los niños padecen TDAH (Parker & Corkum, 2013; Huang et al., 2016) siendo en los adultos entre el 2.5% y el 5% (Smalley et al., 2009; Wolraich et al., 2014). En cuanto a la proporción por sexo, la correspondencia de TDAH en niños y niñas es de 4:1 (Soutullo & Mardomingo, 2010). Dicha información está respaldada actualmente, se observa que el TDAH es dos a tres veces mayor en hombres (Vasiliadis et al., 2017; Wolraich et al., 2019).

Respecto a la prevalencia por rango etario, investigaciones efectuadas en Chile muestran una tasa de incidencia de un 10% de niños entre 4 a 18 años (De la Barra et al., 2013). A nivel mundial, los índices de prevalencia varían considerablemente en países como (1) Canadá, la prevalencia oscila entre el 2% y el 6% (Brault & Lacourse, 2012), pero algunas llegan hasta el 15% (Comeau et al., 2019) (2) Estados Unidos, se ha notificado una prevalencia entre 7 a 11% (Katragadda & Schubiner, 2007; Felt et al., 2014); en definitiva es difícil conocer la prevalencia exacta del trastorno, ya que en él

ejercen influencias de diversos factores como el tipo de clasificación usada, métodos de evaluación diagnóstica, fuente de información, tipo de muestra y características socioculturales propias de cada país (Hidalgo & Soutullo, 2008).

### **1.3 Manifestaciones**

Los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad o combinado están presentes en todos los individuos, pero en personas diagnosticadas con TDAH este comportamiento es manifestado con mayor intensidad y de manera frecuente. El DSM-V establece tres criterios de diagnósticos que posee el TDAH, que se denominan; inatención, hiperactividad e impulsividad (APA,2013). Las principales características que posee cada uno de ellos son:

1) La inatención, se manifiesta por medio de la incapacidad de sostener la atención de manera continua, caracterizada por descuidos, extravío de objetos, dificultad para seguir instrucciones, órdenes y/o finalizar tareas, pérdida del tópico de la conversación, no prestar atención a enunciados y/o signos matemáticos, dificultades en la organización y planificación de una acción (Parellada, 2009; Soutullo & Mardomingo, 2010).

2) La hiperactividad se expresa a través de movimientos continuos del cuerpo, manos y piernas, correr, ponerse de pie en momentos inoportunos, hablar de manera rápida, excesiva y con un tono de voz alto. Estas conductas se pueden presentar con más intensidad en la sala de clases (Hidalgo, 2014).

3) La impulsividad, se presenta por medio del actuar sin pensar y medir las consecuencias que pueden generar su conducta, responder a las preguntas antes que hayan sido formuladas por completo e interrupción de conversaciones. También expresa dificultad para seguir instrucciones complejas y respeto de turno (Parellada, 2009; Soutullo & Mardomingo, 2010).

La serie de características y manifestaciones que presenta el TDAH ocurren de manera frecuente, interfiriendo y reduciendo considerablemente la calidad de vida del individuo (Barkley et al., 2011). Estas sintomatologías producen una alteración en las funciones del área ejecutiva del individuo, que se proyecta en impedimentos al momento de responder apropiadamente a un estímulo en concreto. Además, se ve afectada la motivación y recompensa, a causa de la disfunción en las redes neuronales vinculadas a la dificultad de tener conciencia de sí mismo y sus diversos estados (Parellada, 2009; Soutullo & Mardomingo, 2010).

Las formas de expresión de la sintomatología del trastorno están determinadas por las características propias de cada sexo; los niños suelen exhibir una mayor hiperactividad, inatención, impulsividad y problemas externalizantes. Por el contrario, las niñas regularmente presentan depresión, inatención, problemas internalizantes y compromiso cognitivo, generando un menor diagnóstico, ya que no presentan síntomas que produzcan perturbaciones notoriamente visibles en diversos contextos, ocasionando que el trastorno pase de forma inadvertida (Parellada, 2009; Soutullo & Mardomingo, 2010).

Es importante diferenciar la sintomatología del TDAH del comportamiento normal esperado a la etapa evolutiva y nivel de desarrollo del niño; es fundamental reconocer que el comportamiento e intensidad de los síntomas de este trastorno están determinados por el contexto social y educativo, es decir, que disminuyen en situaciones organizadas, estructuradas o en ambientes de su agrado (Soutullo, 2011).

#### **1.4 Evolución**

La evolución de este trastorno depende en gran medida de los factores ambientales en los que se encuentre inserto el individuo, al ser un trastorno en el que las manifestaciones se presentan en la primera infancia es posible que genere a futuro un desarrollo inadecuado que impida realizar diferentes actividades, socializar e interactuar de manera adecuada con los demás; es fundamental realizar una intervención temprana de TDAH con el fin de reducir ciertos aspectos en la adultez como la desorganización, bajo rendimiento académico y laboral, comportamientos arriesgados e impulsivos y riesgo de consumo de drogas (Llanos et al., 2019).

Se debe considerar que con el paso del tiempo las manifestaciones de los niños van cambiando, las que pueden disminuir o aumentar, comprendiendo también que el contexto en el que se encuentren influye considerablemente en la presentación de estas manifestaciones (Soutullo, 2011; Rusca & Cortez, 2020). Durante la pre-escolaridad es posible detectar síntomas prevalentes relacionados con la hiperactividad y características de oposición en algunas actividades, recurriendo a algunos arrebatos que conlleven una

desregulación emocional. En la etapa escolar aumentan los diagnósticos de TDAH, en cuanto a la sintomatología dominante es la inatención, lo que conlleva un bajo rendimiento académico, mientras que la hiperactividad e impulsividad generan conflictos sociales, tanto en contextos escolares, como familiares. Posteriormente en la adolescencia, mencionan la posibilidad de que los niños diagnosticados permanezcan con este trastorno, sin embargo, el grado de hiperactividad disminuye mientras que la impulsividad aumenta, provocando dificultades para relacionarse con los demás y una distorsión del autoconcepto, incrementando el riesgo de conductas suicidas (Thapar et al., 2015).

El oportuno diagnóstico y tratamiento del TDAH es fundamental para una evolución favorable del individuo; los niños y adolescentes que no son tratados de manera pertinente presentan mayor riesgo de desarrollar comorbilidad con otros trastornos, como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de la conducta (Barkley, 2006).

### **1.5 Diagnóstico**

Los profesionales de atención médica utilizan en su estudio clínico las pautas del DSM-V para diagnosticar el TDAH (APA, 2013), sin embargo, se presentan considerables dificultades al momento de detectar el TDAH, debido a desacuerdos en su identificación y clasificación (Winders & Williams, 2011); esto conlleva a la creación de múltiples instrumentos, como cuestionarios y autoinformes, para utilizar en el proceso de diagnóstico del TDAH (Forbes, 2001). En los últimos años se ha observado un aumento de la aplicación de instrumentos de medición computarizados, denominados “Continuous

Performance Test” (CPT), dichas pruebas permiten una ejecución y resultados más objetivos (Salas et al. 2017). Entre los CPT más frecuentes destacan:

1) Gordon Diagnostic System (GDS) es una prueba informática realizada en un pequeño dispositivo con un solo botón, tiene una duración de 20 minutos donde se mide el control de los impulsos, la capacidad de mantener la atención en diferentes periodos de tiempo, el control de la autorregulación y la capacidad de desarrollar estrategias y respuestas (Gordon, 1983; El-Sayed et al., 1999).

2) Test of Variables of Attention (TOVA); consiste en medir la atención y la impulsividad a través del computador de manera visual y auditiva, la duración de la prueba es de 21 minutos, en la que se requiere una atención sostenida (Greenberg & Waldman 1993; Wu et al., 2007). Sin embargo, se ha determinado que TOVA no es lo suficientemente confiable para detectar el TDAH (Zelnik et al., 2012).

3) Conners’ Continuous Performance Test II (CPT-II) es un test digitalizado que evalúa la atención sostenida, por medio de estímulos visuales los que están exhibidos en la pantalla del computador, estos se presentarán en seis bloques con veinte letras dada, con intervalos de 1, 2 y 4 segundos; el individuo debe oprimir la barra espaciadora del teclado ante la serie de letras a excepción de un distractor (letra X). El test tiene una duración de 14 minutos y está estandarizada para individuos de 6 años en adelante (Conners, 2004).

Uno de los grandes beneficios que brinda la utilización de este tipo de instrumentos es su bajo costo, ya que es de fácil aplicación y su ejecución puede ser en diversos ambientes (Nichols & Waschbusch, 2004). Además, se han elaborado instrumentos que posibilitan una medición de síntomas comórbidos del TDAH, como lo es la escala Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale (VADTRS), (Wolraich et al. 2003).

## **2. Trastorno Negativista Desafiante**

### **2.1 Conceptualización**

El trastorno negativista desafiante (TND) se clasifica dentro de los problemas de conductas externalizantes y es considerado una de las alteraciones más habituales en la etapa de la niñez y adolescencia (Del Giudice et al., 2020). Se señala que el TND afecta el funcionamiento psicosocial y adaptativo del niño, provocando en etapas posteriores un mayor riesgo de presentar alteraciones más complejas como el trastorno de conducta y trastorno del estado de ánimo (Burke et al., 2014).

El DSM-V incluye al TND dentro del grupo de trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta. Se define como un patrón persistente de comportamientos problemáticos, donde predominan actitudes argumentativas, desafiantes y hostiles; conductas que deben persistir por lo menos 6 meses (APA, 2013). Estos sujetos se niegan constantemente a cumplir con las normas sociales, desobedecen órdenes de figuras de autoridad tales como, padres, docentes o adulto cuidador y demuestran continuamente un estado de enojo y resentimiento (Ogundele, 2018).

Los individuos que presentan este trastorno manifiestan una amplia heterogeneidad en relación con el tipo y nivel de conductas desadaptativas y/o agresión, al igual que en su funcionamiento social, emocional y cognitivo (Evans et al., 2017). El TND se conceptualiza como un trastorno bidimensional, pues presenta una dimensión afectiva y conductual; el primero hace referencia a las características de enojo/irritable y el segundo alude a los comportamientos argumentativos/desafiantes (Ollendick et al., 2018). El origen del TND no se explica por un único factor etiológico, sino que está determinado por un conjunto de factores de riesgos tales como genéticos, ambientales y psicológicos (Monsalve et al., 2017).

## **2.2 Prevalencia**

El TND está presente en 10 de cada 100 niños de Estados Unidos, lo que indica que el 10% de los infantes presentan dicha alteración (Nock et al., 2007). El DSM-V señala que el TND afecta aproximadamente a 3,3% de individuos que se encuentran en etapa de infancia y adolescencia (APA, 2013).

Este trastorno se posiciona como un diagnóstico común, tanto en la niñez, como en la adolescencia, puesto que la estimación global de niños que presentan esta psicopatología es de un 3,6% (Karwatowska et al., 2020). Otros estudios indican que la prevalencia del TND varía entre el 3,9% - 4,9% (Vasileva et al., 2021). La probabilidad de aparición del TND depende del rango etario del sujeto; las edades con mayor riesgo de presentar dicho trastorno son durante el periodo preescolar (4 a 5 años) con una posibilidad

de 2,7% a 4,4%, seguido de etapas previas a la pubertad (8 a 9 años) con una estimación del 2,9% a 3,6%. Esta tasa disminuye en la etapa inicial de la infancia (6 a 7 años) a 1,9% (Ezpeleta et al., 2019).

Estudios relacionados a las diferencias de sexo entre las personas diagnosticadas con TND han demostrado que esta psicopatología posee una mayor incidencia en hombres que en mujeres, con una prevalencia de 1,75: 1 (Demmer et al., 2017). No obstante, surge una crítica hacia los criterios de diagnósticos, debido a que no se consideran las diferentes formas de manifestación del TND según el sexo del individuo; esto explicaría la menor tasa de prevalencia en niñas, provocando un posible infradiagnóstico (Waschbusch & King, 2006).

### **2.3 Manifestaciones**

El comportamiento de niños con TND muchas veces tiende a ser normalizado por los adultos como conductas esperables para su edad, cuando estos síntomas se presentan en mayor intensidad constituye una alteración severa (McNeilis et al., 2018). Se debe considerar el carácter heterogéneo de ese trastorno, debido a que su manifestación incluye, tanto componentes conductuales, como de desregulación emocional y estado de ánimo, lo que conlleva a una alta comorbilidad con trastornos externalizantes e internalizantes (Evans et al., 2015).

Se considera que un individuo presenta el TND cuando su comportamiento disruptivo es la única manera de expresarse frente a distintas situaciones de la vida

cotidiana y sus respuestas ante el entorno no son coherentes con su edad, sexo y cultura (APA, 2013). El TND se manifiesta por medio de conductas nocivas y oposicionistas, pero no violentas (Burke et al., 2021); estos comportamientos aparecen antes de los 8 años de edad, por lo cual el diagnóstico debe ser establecido antes de la adolescencia (Torales et al., 2018).

El TND se caracteriza por presentar un conjunto de dimensiones las que permiten explicar y comprender las particularidades de este trastorno (Stringaris & Goodman, 2009). El DSM-V establece que esta patología psiquiátrica se puede manifestar mediante diversas características conductuales, las que se categorizan en tres dimensiones:

1) Enfado/irritabilidad; frecuentemente pierde la calma, se enoja con mayor facilidad y se encuentra en un estado de molestia y resentimiento.

2) Discusiones/actitud desafiante; generalmente discute, desafía y rechaza las normas establecidas por las figuras de autoridad o adultos, fastidia intencionalmente a los demás y culpa al resto de sus errores o mal comportamiento.

3) Hiriente/vengativo; presenta conductas de rencor o venganza por lo menos dos veces en los últimos seis meses (APA, 2013).

La forma de manifestación de las conductas antisociales sigue un camino diferente de acuerdo con el sexo del individuo; en el caso de los niños pueden comenzar en la fase de la infancia ya sea temprana/media o en la adolescencia, mientras que, las niñas

demuestran este comportamiento en el periodo de juventud. Esto podría incidir significativamente en el porcentaje de prevalencia entre hombres y mujeres en la niñez (Demmer et al., 2017).

El DSM-V destaca la persistencia y frecuencia del comportamiento como un indicador para el diagnóstico de TND (APA, 2013). Respecto a los individuos menores de cinco años, estos deben presentar este comportamiento casi todos los días durante un periodo de seis meses, mientras que las personas de cinco años o más la conducta debe aparecer por lo menos una vez a la semana durante al menos seis meses (Torales et al., 2018). Se evalúa la gravedad de este trastorno por medio de la omnipresencia de la sintomatología, pues se considera un TND leve cuando estas manifestaciones se presentan en un solo entorno, TND moderado si los síntomas se evidencian en al menos dos ambientes y TND grave cuando los signos permanecen en tres o más contextos (Ghosh et al., 2017).

Los individuos que poseen TND presentan habilidades descendidas en distintas áreas, por ejemplo en el funcionamiento ejecutivo, el procesamiento del lenguaje, las destrezas comunicativas y sociales, y la regulación de las emociones; estas dificultades interfieren significativamente en la vida de las personas, especialmente en la relación que estos establecen con sus pares, docentes y núcleo familiar, debido a la limitada capacidad para el manejo de frustración, adaptación e interacción social en distintos contextos (Booker et al., 2019).

Las principales características de los niños con TND tales como, conductas de oposición, irritabilidad, enfado y rencor, y la forma en que estos se desenvuelven en su entorno, repercuten de manera negativa en sus relaciones interpersonales (Burke et al., 2014); al enfrentar problemas, tanto con sus pares como con docentes, estos responden agresivamente y se niegan a la posibilidad de mantener un diálogo (Tseng et al., 2011). De igual manera, la relación entre padres e hijos se ve quebrada debido a los constantes conflictos que ocurren dentro del contexto familiar (Munkvold et al., 2011; Thuele et al., 2016). Existe una serie de consecuencias secundarias que pudiese presentar un sujeto con TND, entre las que se destaca una baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y estallidos de enojo (Torales et al., 2018).

## **2.4 Evolución**

La presencia del TND en edades tempranas se considera como un signo de alerta, debido a que las características propias de este trastorno, tales como, las conductas disfuncionales y la desregulación emocional, conllevan a una psicopatología más severa (Stringaris & Goodman, 2009; Rowe et al., 2010). Los jóvenes diagnosticados con TND presentan un mayor riesgo para desarrollar un amplio espectro de psicopatologías en etapas posteriores como la adolescencia y adultez (Burke et al., 2014). Se considera que el TND es un predictor para el desarrollo de otros trastornos externalizantes, tales como TDAH, trastorno de la conducta y trastorno de la personalidad antisocial; estas dos últimas son consideradas como una alteración de conducta de mayor grado de complejidad. (Torales et al., 2018).

La sintomatología de los niños y jóvenes diagnosticados con TND, permanecen hasta la etapa de adultez (Nock et al., 2007; Orri et al., 2019). En hombres jóvenes no existe una variación en cuanto a la manifestación e intensidad del TND, mientras que en mujeres jóvenes el TND se presenta de manera inestable, pues la sintomatología se intensifica al término de la adolescencia y desciende en la edad de adulto joven (Leadbeater et al., 2012).

El TND es considerado un factor de riesgo en el desarrollo de un gran número de problemas de salud mental en la edad adulta, como la esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno de personalidad antisocial, abuso de sustancias ilícitas, comportamiento suicida y muerte por suicidio. Los individuos diagnosticados con este trastorno están más expuestos a adquirir otras dificultades psicosociales, conductas delictivas, mayor deterioro en la salud física y mental, bajo rendimiento académico y problemas en el ámbito laboral, lo que afecta en la calidad y esperanza de vida de estas personas (Ayano et al., 2021).

## **2.5 Diagnóstico**

El proceso de evaluación de las estructuras psicológicas de un sujeto con sospecha de TND no puede basarse únicamente en los criterios de diagnóstico del DSM-V u otra medida individual; es fundamental la utilización de distintos métodos y medidas que permitan obtener un diagnóstico certero y fiable (Hunsley & Mash, 2007). Los instrumentos estandarizados, válidos y basados en el DSM-V para la evaluación del TND

en la población infantil (1 a 6 años) son escasos (Torales et al., 2018). En Estados Unidos se implementó la escala de evaluación denominada Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA); entrevista semiestructurada aplicada a tutores legales de niños pertenecientes a este grupo etario, sin embargo, el manual permite ampliar su uso hasta los 7 u 8 años. Esta prueba posee un alto nivel de confiabilidad y validez para diagnosticar a un individuo con TND (Gigengack et al., 2021).

Otro instrumento útil es el Test de Conners 3 cuestionario para padres, caracterizado por ser una evaluación que recoge información de niños y adolescentes de entre 6 y 18 años, considerando el entorno familiar, los requisitos mínimos de síntomas para el diagnóstico de TDAH y sus subtipos; si bien esta evaluación está pensada principalmente para la detección del TDAH, también se incluyen síntomas del diagnóstico del TND (Chaudhury et al., 2020).

Por último, se encuentra el instrumento Diagnostic Interview for Children and Adolescents for Parents of Preschool and Young Children (DICA-PPYC); prueba diagnóstica semiestructurada, basada en el DSM-V, que permite evaluar aquellas psicopatologías más comunes en la población infantil, tales como TDAH, TND y trastorno de ansiedad (Ezpeleta et al., 2020).

### **3. Trastorno de la Conducta**

#### **3.1 Conceptualización**

El trastorno de la conducta (TC), denominado previamente trastorno disocial en el DSM-IV (APA, 1994). Es definido en el DSM-V como un comportamiento reiterativo y constante en el cual no se respetan los derechos básicos e integridad de otras personas y las reglas sociales acordes a la edad y contexto cultural del individuo; se encuentra incluido en el apartado de trastornos destructivos del control de impulsos y de conducta (APA, 2013).

Los individuos con TC normalizan la transgresión de normas sociales, exhiben comportamientos impulsivos (Meléndez et al., 2017), manifiestan falta de sensibilidad frente a las emociones de otras personas y presentan gran dificultad en el reconocimiento y autorregulación emocional (Kleine et al., 2020). Esto genera un malestar clínicamente significativo en diversos contextos en los que se desenvuelve el individuo, afectando diferentes aristas de su vida social, académica y familiar (APA, 2013). La sintomatología del TC se explica debido a condiciones multifactoriales; existiendo una convergencia entre variantes ambientales (Wootton et al., 1997; Pasalich et al., 2011; Rolon et al., 2018), genéticas (Lahey et. al, 2011) y neurocognitivas (Budhiraja et al., 2017; Kleine et al., 2020).

### **3.2 Prevalencia**

El TC presenta una alta frecuencia en la población general, siendo la prevalencia de diagnóstico dentro de un mismo año entre el 2% y el 10%, con un promedio del 4% (APA, 2013; Sagar et al., 2019). El TC durante la infancia se presenta en niños y niñas con una proporción de 4:1 y durante la adolescencia con una proporción de 2:1 en hombres y mujeres. En ambas etapas de la vida se observa una prevalencia mayor en hombres (Budhiraja et al., 2017; Sagar et al., 2019; Rubin, 2020), siendo esta proporción 5:2 (APA, 2013). Por esta razón, la mayoría de las investigaciones que abordan el TC se han enfocado a estudiar hombres (Rolon et al., 2018; Rubin, 2020). Pese a esto, se observa que el TC afecta entre el 0,8% y 9,2% de las mujeres antes de los 15 años (Budhiraja et al., 2017).

Este trastorno se presenta en la población infantil entre un 2% y 10% (Canino et al., 2010; Aguilar, 2019; Fairchild et al., 2019); la sintomatología del TC habitualmente se manifiesta después de los 10 años, evidenciando un predominio mayor sobre los 14 años de edad (Greenfield et al., 2017; Padrós et al., 2018) y alcanzando la prevalencia más alta en hombres de 13 a 17 años, (Vera et al., 2013). La incidencia del TC durante la adolescencia es del 5,1% en hombres y 4,6% en mujeres (Moore et al., 2017).

La alta prevalencia de TC entre niños y jóvenes provoca que este trastorno sea una de las principales causas de derivación a los servicios de salud mental (Fairchild et al., 2019; Sagar et al., 2019), conformando un 57% de las consultas infanto-juveniles en

Estados Unidos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2010).

### **3.3 Manifestaciones**

Las personas que presentan TC lo manifiestan mediante actos repetitivos en contra de los derechos de los demás, agresión, destrucción, robo y violación a las normas de su grupo etario de referencia (Peña y Palacios, 2011; Sagar et al., 2019). Se caracterizan por presentar una gran cantidad de emociones de valencia negativa, baja conciencia y remordimiento respecto a sus actos y conductas irresponsables, habitualmente se involucran en relaciones interpersonales inestables e incluso sintiendo desprecio por los sentimientos de otras personas (Meléndez et al., 2017).

El DSM-V señala que para que el individuo presente TC debe manifestar al menos tres de las quince conductas características del trastorno dentro del último año o por lo menos una de ellas en los últimos seis meses, distribuidas en cuatro categorías:

1) Agresión a personas y animales; acosa, amenaza o intimida, comienzan peleas, usa armas pudiendo dañar a otros, ejerce crueldad física contra personas, ejerce crueldad física contra animales, ha robado enfrentándose a una víctima, ha violado sexualmente.

2) Destrucción de la propiedad; ha prendido fuego con intención de provocar daños, ha destruido una propiedad.

3) Engaño o robo; ha invadido una casa, departamento o auto, habitualmente para obtener objetos, favores o para evitar responsabilidades, ha robado objetos de valor sin enfrentarse a la víctima.

4) Incumplimiento grave de normas; habitualmente sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres (empezando antes de los 13 años), ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus cuidadores (por lo menos dos veces o una vez ausentándose durante un tiempo extenso), a menudo falta en la escuela empezando antes de los 13 años (APA, 2013).

El DSM-V indica que se debe precisar la edad de aparición de la sintomatología del TC, considerando el TC de inicio infantil cuando se presenta al menos un síntoma característico de este trastorno antes de cumplir los 10 años y TC de inicio adolescente cuando se observan síntomas del trastorno después de los 10 años; se considera el TC de inicio no especificado cuando no existen datos suficientes para establecer en qué edad se comenzaron a manifestar los síntomas, pero se cumplen los criterios vinculados a este trastorno (APA 2013).

Es fundamental especificar si el sujeto presenta TC con manifestación de emociones prosociales limitadas, en el cual se deben observar al menos dos de estas características por un periodo mínimo de 12 meses: falta de remordimientos o culpabilidad, insensibilidad-carencia de empatía, despreocupación por su rendimiento o afecto superficial-deficiente (APA, 2013). Respecto al nivel de gravedad de las

manifestaciones del TC; se considera leve al presentar problemas de comportamiento que generan consecuencias menores a otras personas (mentir, baja asistencia en la escuela, no cumplir algunas normas sociales), TC moderado cuando los problemas de comportamiento y las consecuencias hacia otras personas son significativas (vandalismo, hurto) y TC grave cuando el comportamiento genera daños muy relevantes a otros individuos (uso de armas, violación, crueldad física y robo con intimidación), (APA, 2013).

La manifestación del TC es diferente en hombres y mujeres; en hombres el trastorno está mayormente vinculado a la agresión física (Budhiraja et al., 2017), mientras que en mujeres el TC está caracterizado por un retraso en la edad de aparición (Sagar et al., 2019), la presencia de una conducta menos violenta y una tendencia a participar de agresión relacional (Budhiraja et al., 2017). En ambos sexos, las manifestaciones y la sintomatología del TC generan diversos obstáculos en el funcionamiento diario de las personas que lo presentan, afectando su vida a nivel emocional, social, educativo y familiar (Vera et al., 2013; Meléndez et al., 2017).

### **3.4 Evolución**

El niño con TC manifiesta problemas de comportamiento leves, los cuales habitualmente se vuelven más persistentes y significativos con el pasar del tiempo, llegando a ser graves en la adolescencia e incluso provocando que el joven ejecute conductas delictivas (Frick & Vinding, 2009; Baker, 2016). Este trastorno es considerado

un factor de riesgo debido a que está vinculado a la disminución de la calidad de vida a largo plazo y presenta una alta comorbilidad con otros trastornos como el TDAH, el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por uso de sustancias y el trastorno bipolar (Budhiraja et al., 2017; Szentivány & Bálaz, 2018; Sagar et al, 2019). Además, el TC puede desembocar en el joven problemas de salud mental considerables, tales como; depresión, ansiedad, abuso de drogas, alcoholismo e incluso llevar al suicidio (Odgers et al., 2008).

El panorama evolutivo del TC no es muy favorable, pues se precisa que en alrededor del 50% de los niños que presentaron TC de inicio en la infancia, la sintomatología del trastorno se mantuvo durante toda su vida (Moffitt et al., 2008). Un 25% de adolescentes con TC desarrollan un trastorno de personalidad antisocial al avanzar a la edad adulta (Rubin, 2020) y un 60% de los adultos con trastornos psiquiátricos, presentaron un TND y/o TC previo (Fairchild et al., 2019).

### **3.5 Diagnóstico**

No existe un método evaluativo o prueba de detección única y universalmente empleada para diagnosticar el TC; el diagnóstico se lleva a cabo mediante la recopilación del historial de antecedentes sobre el comportamiento del niño, niña o adolescente y el uso de diferentes cuestionarios que cumplan con la lista de criterios establecidos por el DSM-V o la CIE-11 (Padrós et al., 2018). Para un correcto diagnóstico es necesario

considerar que el TC se presenta durante el desarrollo del individuo, por lo que se deben distinguir las conductas normales para su edad, de las patológicas (Sagar et al, 2019).

Entre los instrumentos que concuerdan con los criterios diagnósticos del TC se encuentran el Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) y el Youth Self Report (YSR/11-18), ambos pertenecientes al sistema de evaluación multiaxial Achenbach System of Empirically Based Assessment: ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001). Estos cuestionarios permiten valorar comportamientos referidos a habilidades sociales, agresividad, ruptura de normas y conductas externalizantes. El CBCL es un cuestionario para padres, tutores o docentes que permite valorar la conducta de niños y adolescentes de 6 a 18 años, este cuenta con 120 preguntas y un apartado de antecedentes relevantes de los últimos 6 meses sobre el sujeto evaluado (Ramírez et al., 2020). El YSR/11-18 es un cuestionario de autoaplicación dirigido a niños de 11 a 18 años, en el que se incluyen 105 preguntas del CBCL y 14 ítems referente a habilidades sociales, considerando también un apartado de datos relevantes a considerar sobre el joven (Vázquez & Samaniego, 2017; Neo et al., 2020). El cuestionario YSR/11-18 ha sido objeto de estudio y validación en Chile; esto permitió demostrar su valor y consistencia para evaluar de forma multidimensional las competencias sociales, emocionales y conductuales. El YSR/11-18 es una herramienta útil para la detección de conductas problemáticas en jóvenes del país (Leiva & Rojas 2018).

Otro instrumento utilizado en países como Estados Unidos, China, Colombia y España es el Behavioral Assessment System for Children-Third Edition (BASC-3) o el

Sistema de Evaluación Multidimensional de la Conducta (EMC), en español (Kamphaus & Reynolds, 2015). Esta escala evalúa diferentes aspectos de la conducta, personalidad, habilidades sociales, fortalezas y debilidades a nivel emocional y conductual en niños/as y adolescentes, desde 3 a 18 años 11 meses de edad. BASC-3 consta de cuestionarios para padres, profesores y autoinformes, que contemplan la periodicidad en la que la persona evaluada presenta conductas específicas abordadas mediante un conjunto de preguntas que recaban información útil y válida para ejercer un diagnóstico, debido a que la escala se encuentra vinculada a la sintomatología del TC expuesta en el DSM-V (Pineda et al., 1999; Edyburn et al., 2020; Tan et al., 2020; Wang, 2021). Pese a la utilidad del BASC-3, no existe una versión validada y estandarizada para Chile.

Para confirmar o descartar el TC es necesario recabar rigurosamente información mediante instrumentos y distintos agentes relacionados al sujeto, desde familia o tutores legales, docentes, hasta el mismo niño/a o adolescente e incluso datos provenientes de registros hospitalarios o instituciones jurídicas; debido a que en algunos casos son personas que se encuentran involucrados en procesos legislativos y/o acusados de ejecutar delitos (Padrós et. al 2018; Arribas et al. 2020). Se puede considerar la realización de exámenes físicos que permitan un diagnóstico diferencial de otros trastornos o enfermedades que puedan tener sintomatología semejante al TC (Aguilar, 2019).

Se distingue que el TC continúa siendo una condición infradiagnosticada y cuyo estudio ha sido poco profundizado a nivel social y neuropsiquiátrico, pese a que las

personas que padecen de este trastorno sufren graves repercusiones que afectan significativamente su vida y la de los demás (Fairchild et al., 2019; Rubin, 2020).

#### **4. Comorbilidad entre TDAH y TCD**

##### **4.1 TDAH y comorbilidad**

La comorbilidad se entiende como la presencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo sujeto de tipo afectivo-comportamental (Zuluaga & Fandiño, 2017). El TDAH frecuentemente presenta coexistencia con otros trastornos psiquiátricos; el 85% de los sujetos que presentan un diagnóstico de TDAH tienen asociada una comorbilidad y aproximadamente el 60% de las personas con TDAH presentan dos comorbilidades (González et al., 2014). Se observa una mayor prevalencia de comorbilidades asociadas al TDAH en niños de 8 a 11 años (Zuluaga & Fandiño, 2017).

Debido a que este trastorno del neurodesarrollo es ampliamente diagnosticado, los trastornos comórbidos tienden a pasar desapercibidos en el proceso diagnóstico; esto genera que el trastorno coexistente quede sin la intervención necesaria y empeore la sintomatología del TDAH (Mateu & Sanahuja, 2020).

Los sujetos que presentan un diagnóstico de TDAH con comorbilidad se ven más afectados en los distintos ámbitos de su vida y tienen un mayor deterioro en la evolución del trastorno, en comparación a personas que presentan TDAH sin comorbilidad asociada (Rubiales et al., 2016). Es fundamental realizar una evaluación completa al individuo con TDAH, con el fin de determinar oportunamente la presencia de trastornos comórbidos

habituales, como los trastornos del aprendizaje, los trastornos de tics, el TND y el TC (Zuluaga & Fandiño, 2017).

#### **4.2 TDAH y comorbilidad con TND**

Los individuos diagnosticados con TDAH presentan una gran comorbilidad con el TND (Loeber et al., 2000; Burke et al., 2002; Connor & Doerfler, 2008), la existencia de ambos trastornos de manera simultánea va desde 35% a 36,1% (Joselevich et al., 2003; Holguín et al., 2007; Navarro, 2009; Álvarez et al., 2013; Bolat et al., 2017). Esta incluso puede alcanzar desde un 50% (Stringaris et al., 2021) hasta un 60% (Maughan et al., 2004; APA, 2013). El TDAH comórbido con el TND se presenta en mayor frecuencia en un rango etario de 9 a 10 años (Sosa et al., 2017).

El TDAH de subtipo combinado es el que presenta mayores índices de comorbilidad con el TND (Zuluaga & Fandiño, 2017) con una estimación del 67.4% (Pascual-Castroviejo, 2002; González, 2006; Rodríguez et al., 2009; Navarro, 2009; Calderón et al., 2010). Las personas con TDAH combinado presentan niveles más altos de agresividad, oposición y conductas asociadas al TND (Grau-Sevilla, 2007; Navarro, 2009; Calderón et al., 2010; Zuluaga & Fandiño, 2017). Contrario a esto, Eskander (2020) sostiene que el subtipo predominante de TDAH en el TND es el hiperactivo-impulsivo y los subtipos minoritarios son inatención y combinado.

Las personas que presentan un diagnóstico de TDAH comórbido con TND expresan su sintomatología de forma anticipada, están más propensos a desarrollar

conductas agresivas y/o delictivas y presentan dificultades en las funciones ejecutivas; esto conlleva un pronóstico notoriamente desfavorable en comparación a aquellos que solo tienen TDAH o TND (Loeber et al., 2000; Connor & Doerfler, 2008; Anderson & Kiehl, 2012).

Los individuos con TDAH y TND comórbido manifiestan una serie de conductas osadas, prefieren actividades nuevas y/o riesgosas (Bai & Lee, 2017), presentan un alto nivel de labilidad emocional (Liu et al., 2020) y muestran déficits neurocognitivos en procesos de atención, memoria de trabajo, control inhibitorio y toma de decisiones (Burke et al., 2002; Vaidya, 2012; Faraone et al., 2015). Estas alteraciones a nivel neurocognitivo empeoran cuando se presentan ambos trastornos, lo que conlleva a una doble carga de problemas en la vida del individuo (Noordermeer et al., 2017).

El TDAH y el TND se caracterizan por presentar patrones similares en cuanto al desarrollo del temperamento, lo que en consecuencia produce un escaso nivel de autorregulación esforzada y un elevado nivel de emocionalidad de valencia negativa (Sánchez et al., 2020). Las características que se consideran un indicio de desregulación emocional se explican por la presencia de déficit en las funciones ejecutivas en ambos trastornos (Hobson et al., 2011). La presencia de TDAH comórbido con TND constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad, depresión y TC (Anderson & Kiehl, 2012).

### **4.3 TDAH y comorbilidad con TC**

Existe una alta probabilidad de presentar comorbilidad entre el TDAH y el TC; en niños y adolescentes se reconoce que esta puede oscilar entre 10% y 16,3% (Díaz-Atienda, 2006; Sosa et al., 2017). Hallazgos recientes muestran que alrededor del 30% al 50% de los individuos presentan TDAH y TC comórbidos (Eskander, 2020); la coexistencia de ambos trastornos predomina significativamente en hombres, con valores que alcanzan un 79,7%. La edad predominante en la que se observa TDAH y TC comórbidos fluctúa entre 14 a 18 años (Sosa et al., 2017). El TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo es el predominante en comorbilidad con TC (Eskander, 2020).

En personas que presentan ambos trastornos comórbidos se distingue un menor desempeño en las tareas que evalúan las funciones ejecutivas (Rints et al., 2015); los procesos neurocognitivos mayormente afectados son la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad cognitiva y la inhibición (Meltzer, 2018); se observan déficits implicados en el desarrollo social y la comprensión y expresión comunicativa (Rints et al., 2015). La comorbilidad entre TDAH y TC afecta el funcionamiento personal, comportamental, académico, social y familiar de la persona (APA, 2013; Ramos et al., 2011) y está asociada a un mayor porcentaje de deserción escolar y abuso de sustancias (Gnanavel et al., 2019).

#### **4.4 TDAH y comorbilidad con TCD**

El TND y el TC son alteraciones psiquiátricas clasificadas dentro de los trastornos de la conducta disruptiva (TCD), (Karwatowska et al., 2020). Se distingue que los TCD son aquellos trastornos que presentan la mayor tasa de comorbilidad con TDAH (Bolat et al., 2017), con una estimación de un 31% (Zarafshan et al., 2019), pudiendo alcanzar un 35% (Kleine et al., 2020). El TDAH de subtipo combinado es el que manifiesta una mayor coexistencia con los TCD (González, 2006; Pascual-Castroviejo, 2008; Rodríguez et al., 2009; Navarro, 2009; Calderón et al., 2010).

El TDAH y los TCD tienen en común una serie de características fenotípicas como la desinhibición conductual, el incumplimiento y ruptura de las reglas, la oposición e impulsividad (Souroulla et al., 2019). Existe un espectro psicopatológico común entre estos trastornos, pues presentan semejanzas en sus factores de riesgo, componentes genéticos y sintomatología, además, de un patrón de desarrollo similar y continuo, donde la primera psicopatología en manifestarse es el TDAH, luego se presenta el TND y finalmente se muestra la sintomatología del TC; la presencia de comorbilidad aumenta el riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos (Beauchaine et al., 2010; Harvey et al., 2016; Eskander, 2020). En adolescentes, la comorbilidad de estos trastornos se relaciona a una sintomatología de mayor gravedad y a la presencia de otras alteraciones psiquiátricas (Lin & Shur-Fen, 2017).

En el contexto educativo, cuando un individuo ha sido diagnosticado con una alteración psiquiátrica durante el periodo preescolar, se puede considerar como un factor de riesgo para el desarrollo de otras psicopatologías en edades posteriores (Gigengack et al., 2021). Un estudiante diagnosticado con TDAH comórbido con TCD presenta un mayor desajuste social en comparación a quienes solo poseen TDAH, sin embargo, no se observa que esto influya negativamente en sus resultados académicos, pese a que su conducta disruptiva dificulta el desarrollo normal de una clase (Liu et al.,2020).

La comorbilidad del TDAH y los TCD es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de la personalidad antisocial en la adultez (Anderson & Kiehl, 2012; Gnanavel et al., 2019); esta coexistencia repercute de forma significativa la calidad de vida de las personas que presentan estos trastornos, afectando la forma en que ellos se relacionan con los demás en todos los contextos (Burke et al., 2014; Meléndez, 2017; Booker et al., 2019; Llanos et al., 2019).

**Capítulo 2**  
Justificación del problema

## **Problematización**

¿Existe relación entre la sintomatología del TDAH y la sintomatología de los TCD medidos a través del VADTRS?

El TDAH y los TCD se presentan durante edad escolarizada, siendo trastornos muy frecuentes en niños y jóvenes, con una prevalencia entre 7 y 11% para TDAH (Brault & Lacourse, 2012), 3,3% para TND y entre 2 y 10% para TC (APA, 2013). Además, estos trastornos interfieren significativamente en la vida de los sujetos que lo padecen, pues afecta la forma en que ellos se desenvuelven en su entorno y repercute de manera negativa en sus relaciones interpersonales, especialmente en la relación que estos establecen con sus pares, docentes y núcleo familiar (Burke et al., 2014; Meléndez, 2017; Booker et al., 2019; Llanos et al., 2019).

La coexistencia de TDAH con otras patologías presenta una evolución más perjudicial que el TDAH sin comorbilidad, pues afecta en mayor medida las áreas familiar, social y académica (Rubiales et al., 2016). Dentro de la escuela, niños y adolescentes diagnosticados con TDAH comórbido con TCD presentan un mayor desajuste social en comparación a quienes solo poseen TDAH, presentando conductas disruptivas que dificultan el desarrollo normal de una clase (Liu et al., 2020). Considerando que la comorbilidad que presenta el TDAH y los TCD oscila entre un 31 y 35% (Zarafshan et al., 2019; Kleine et al., 2020), esta debiera conformar un punto de convergencia para variadas investigaciones a nivel educativo, debido a que las conductas

disruptivas, intimidación y hostigamiento pudiesen explicarse por la relación entre TDAH y/o TCD.

En el contexto escolar se observan situaciones de acoso o bullying en las que se ven involucrados estudiantes que ejercen violencia a otros, quienes presentan una deficiencia global en el funcionamiento ejecutivo y sus aspectos cognitivo-emocionales, pues los sujetos que ejercen conductas de intimidación poseen una menor capacidad de inhibición, dificultad para controlar sus impulsos, regular su comportamiento y un bajo control emocional (Vázquez-Miraz et al., 2020). Aspectos que a nivel neurofisiológico se encuentran relacionados al TDAH y los TCD, pues los individuos con estos trastornos también presentan habilidades descendidas en el funcionamiento ejecutivo (Booker et al., 2019; Sánchez et al., 2020; Kleine et al., 2020; Rusca & Cortez, 2020), siendo la inhibición y la desregulación emocional los procesos más afectados (Hobson et al., 2011; Meltzer, 2018); estas dificultades ocasionan un deterioro en la funcionalidad social y comportamiento de la persona (Ramos et al., 2011).

Estas conductas en las que no se respetan los derechos básicos de otras personas, se ejerce violencia, acoso físico y psicológico e intimidación hacia otros estudiantes dentro del aula de clases se pueden manifestar en diversos contextos e incluso perdurar en el tiempo y evolucionar a conductas más graves como transgredir las normas establecidas por la sociedad y cometer delitos (Loeber et al., 2000; Frick & Vinding, 2009; Baker, 2016).

El Poder Judicial entrega datos consistentes referidos a la delincuencia en la población juvenil chilena; desde el año 2017 hasta marzo de 2021, se han condenado a más de 49 mil menores de edad por diferentes delitos, como hurto, robo, tráfico de sustancias ilícitas, porte de armas, violaciones e incluso homicidio. Entre las regiones con mayor índice de delincuencia juvenil se destaca la Región Metropolitana con un 39,8% de las causas, seguido por la Región del Bío Bío con un 10,3% y la Región de Valparaíso con un 9,9%. Respecto a estas cifras, se observa que las conductas delictivas inician desde edades tempranas, distinguiendo que un 10% de los delitos fueron efectuados por menores de 12 años, un 15% por jóvenes de 15 años y un 75% por adolescentes entre 16 y 17 años, siendo 32.172 jóvenes sancionados. Además, la Defensoría Penal Juvenil muestra diferencias significativas en relación con el sexo de los infractores, indicando que un 82,2% de los delitos son cometidos por hombres y un 17,8% por mujeres.

Existen una serie de factores de riesgo relacionados a la delincuencia juvenil, tales como la deserción escolar, disfunción y/o abandono familiar, consumo de sustancias ilícitas, uso de armas, influencia de pares y vulneración de los derechos durante la infancia. Sin embargo, en Chile no se considera la problemática social y el factor de riesgo que conlleva presentar TCD, pese a que estos trastornos están vinculados a la disminución de la calidad de vida a largo plazo y presenta una alta comorbilidad con otros trastornos como el TDAH (Szentivány & Bálaz, 2018; Budhiraja et al., 2017; Zarafshan et al., 2019; Kleine et al., 2020; Stringaris et al., 2021)

No existen investigaciones a nivel nacional o regional que estudien la relación que tiene la sintomatología del TDAH y los TCD, pese a que los individuos con estos trastornos tienen un mayor factor de riesgo de desarrollar comportamientos antisociales en la adultez, junto a la deserción escolar y el abuso de sustancias (Gnanavel et al. 2019). Asimismo, estos trastornos son considerados predictores para el desarrollo de otras patologías psiquiátricas, entre las que se destaca el trastorno antisocial de la personalidad, la que se considera como una alteración de conducta de mayor grado de complejidad (Rubin, 2020; Torales, 2018).

Es fundamental reconocer la importancia a nivel educativo y social que posee la coexistencia del TDAH y los TCD y estudiar esta temática a profundidad, debido a que los individuos con estos trastornos presentan un pronóstico muy desfavorable y se ve afectada su calidad de vida. Si no existe una diagnóstico e intervención oportuna a los problemas de comportamiento, estos habitualmente se vuelven más persistentes y significativos, llegando a ser graves en la adolescencia, provocando que el joven manifieste conductas agresivas y cometa delitos (Connor & Doerfler, 2008; Anderson & Kiehl, 2012; Ayano et al., 2021). Por esta razón, el propósito de este estudio es a) estudiar síntomas de TCD en una muestra de población escolar chilena y b) estudiar la relación entre estas sintomatologías y la propia del TDAH.

## **Objetivos**

### *Objetivo general*

Estudiar la correlación entre los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas de los trastornos de conducta disruptiva.

### *Objetivos específicos*

- (1) Identificar a estudiantes con TDAH y TCD en una muestra de escolares.
- (2) Determinar normalidad y fiabilidad estadística de la VADTRS aplicada en una muestra de escolares.
- (3) Estudiar la correlación estadística entre los síntomas de inatención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas de los trastornos de conducta disruptiva.
- (4) Estudiar la correlación estadística entre los síntomas de hiperactividad/impulsividad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas de los trastornos de conducta disruptiva.

## **Hipótesis**

(1) Existe una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de síntomas de inatención del TDAH y la puntuación de síntomas de los TCD en el VADTRS.

(2) Existe una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de síntomas de hiperactividad/impulsividad del TDAH y la puntuación de síntomas de los TCD en el VADTRS.

## **Variables**

Variables conceptuales:

- 1) **Inatención:** Incapacidad de sostener la atención de manera continua, caracterizada por descuidos, extravío de objetos, dificultad para seguir instrucciones, órdenes y/o finalizar tareas, pérdida del tópico de la conversación, no prestar atención a enunciados y/o signos matemáticos, dificultades en la organización y planificación de una acción (Parellada, 2009; Soutullo & Mardomingo, 2010).
- 2) **Hiperactividad/impulsividad:** Se define como un tipo de comportamiento que se expresa a través de movimientos continuos del cuerpo, manos y piernas, hablar de manera rápida, excesiva, con un tono de voz alto provocando constantes interrupciones en conversaciones (Hidalgo, 2014) respondiendo a las preguntas antes que hayan sido formuladas por completo y dificultades para respetar el turno. Estas conductas se pueden presentar con más intensidad en la sala de clases (Parellada, 2009; Soutullo & Mardomingo, 2010).
- 3) **Trastornos de la conducta disruptiva (TCD):** TCD es una clasificación que incluye el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de la conducta (TC), (Karwatowska et al., 2020). Estas alteraciones psiquiátricas se caracterizan por presentar patrones de desinhibición conductual, incumplimiento y ruptura de las reglas, oposición e impulsividad (Souroulla et al., 2019). Los TCD también se

conocen como problemas o padecimientos conductuales externalizantes (Peña & Palacios, 2011).

VARIABLES OPERACIONALES:

- 1) Inatención: Se determina a través de la Escala VADTRS mediante 9 indicadores de inatención, graduados en escala Likert de 0 a 3, donde 0 es ausencia de síntoma y 3 su expresión más intensa. Para determinar la presencia de dificultades atencionales, el participante debe tener 6 de los 9 síntomas con valores de 2 o 3 en la escala Likert.
- 2) Hiperactividad/impulsividad: Se determina a través de la escala VADTRS mediante 9 indicadores de hiperactividad/impulsividad, graduados en escala Likert de 0 a 3, donde 0 es ausencia de síntoma y 3 su expresión más intensa. Para determinar la presencia de dificultades de hiperactividad/impulsividad, el participante debe tener 6 de los 9 síntomas con valores de 2 o 3 en la escala Likert.
- 3) Trastornos de la conducta disruptiva: Se determina a través de la escala VADTRS, mediante 10 indicadores (del 19 al 28) de trastorno de la conducta disruptiva, graduados en escala Likert de 0 a 3, donde 0 es ausencia de síntoma y 3 su expresión más intensa. Para determinar la presencia de dificultades de conducta, el participante debe tener 3 de los 10 ítems con valores de 2 o 3.

**Capítulo 3**  
Método

## **Método**

La presente investigación se enmarca en una metodología cuantitativa, puesto que tiene como propósito comprobar o refutar las hipótesis planteadas a través de un análisis estadístico, caracterizado por mediciones objetivas y racionales. El diseño de este estudio es de tipo no experimental, ya que las escuelas que participaron fueron seleccionadas intencionalmente y no al azar. Asimismo, la muestra no es intervenida, ni manipulada por las investigadoras. Este diseño es de tipo transversal, puesto que se realiza una única evaluación de las variables estudiadas, esto quiere decir que la escala VADTRS fue aplicada en una sola instancia y no se realizó un seguimiento a los participantes.

## Muestra

La muestra de este estudio estuvo compuesta por un total de  $N = 242$  estudiantes de primer año de educación básica hasta cuarto año de educación media, de los cuales 89 participantes eran mujeres (36,7%) y 153 eran hombres (63,2%) con un rango de edad entre los 6 a 18 años (ver Tabla 1).

Tabla 1.  
Número de participantes por curso y sexo

Curso	Mujeres	Hombres	Total
1° básico	1	2	3
2° básico	3	6	9
3° básico	13	24	37
4° básico	17	30	47
5° básico	5	14	19
6° básico	5	12	17
7° básico	8	8	16
8° básico	19	27	46
1° medio	6	13	19
2° medio	6	6	12
3° medio	4	8	12
4° medio	2	3	5
Total	89	153	242

Los datos de los participantes fueron recogidos a partir de dos centros educativos, correspondientes a administración municipal (Escuela A) y particular-subsuencionado (Escuela B) de la provincia de Concepción de la Región del Biobío. La Escuela A aportó 167 estudiantes (111 hombres y 56 mujeres); la Escuela B aportó 75 estudiantes (42 hombres y 33 mujeres). A partir de los objetivos planteados en esta investigación se utilizó

la técnica de selección de muestra no probabilística por conveniencia, seleccionando a los estudiantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Como criterios de inclusión se consideraron 1) alumnos de ambos establecimientos con diagnóstico de TDAH avalado por profesor de educación diferencial y neurólogo y 2) estudiantes con asistencia regular a las instituciones educativas participantes. El Test de Conners fue el instrumento utilizado por los establecimientos educacionales para realizar el proceso de evaluación de los estudiantes diagnosticados con TDAH.

Los criterios de exclusión fueron 1) diagnóstico de discapacidad intelectual (2) diagnóstico de funcionamiento intelectual limítrofe (3) diagnóstico de trastorno del espectro autista (4) limitaciones sensorceptivas y motoras.

Este estudio resguarda los principios éticos de acuerdo con la declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos y la Ley N° 20.120 sobre la Investigación científica en el ser humano (Ministerio de Salud, 2006). Los padres y/o tutores legales firmaron el consentimiento informado escrito para la participación voluntaria de los sujetos dentro del estudio. Las investigadoras del presente estudio consultaron a cada uno de los participantes sobre su voluntad de participación.

## **Instrumento**

La escala de evaluación utilizada consta de dos versiones; Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale (VADTRS) y Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale (VADPRS). Ambos instrumentos psicométricos del área clínica están dirigidos a la población infanto-juvenil (6 a 12 años), que permite evaluar y detectar la sintomatología del TDAH, además de valorar posibles comorbilidades con los trastornos de conducta disruptiva y trastorno de ansiedad-depresión.

En este estudio se utiliza la escala VADTRS; la escala para docentes está compuestas por 43 indicadores y posee dos componentes; la evaluación de los síntomas y el deterioro del rendimiento. Está organizada en ítems según las manifestaciones de cada psicopatología, y se distribuyen de la siguiente manera; del ítem 1 al 9 corresponde a síntomas de inatención; del ítem 10 al 18 se evalúan síntomas de hiperactividad; del ítem 19 al 28 síntomas de los trastornos de conducta disruptiva, del ítem 29 al 35 síntomas de trastorno de ansiedad-depresión, del ítem 36 al 38 rendimiento y comportamiento académico y del ítem 39 al 43 conducta escolar.

En cuanto a la aplicación del instrumento, los docentes deben observar de manera precisa y objetiva el comportamiento que han manifestado los alumnos desde el inicio del año escolar, contestando la escala de acuerdo con lo establecido como una conducta apropiada y esperada para la edad del niño. Así mismo, los profesores deben seleccionar la frecuencia del comportamiento, donde cada enunciado posee un rango de puntuación: nunca (0 puntos), a veces (1 punto), seguido (2 puntos), muy seguido (3 puntos). Los

resultados obtenidos de este instrumento deben ser interpretados por un especialista, quien definirá la presencia o no de los trastornos psiquiátricos mencionados con anterioridad; los criterios de esta escala de evaluación se basan en el DSM-5, no obstante, se indica que estas escalas no deben ser utilizada por sí sola para confirmar o descartar un diagnóstico, por lo tanto, es relevante realizar una entrevista en profundidad con los padres y el alumno, y ser complementado con otras pruebas.

La estructura factorial del instrumento permite aplicar las subescalas por separado, tanto para TDAH, como para TCD y trastorno de ansiedad-depresión.

### **Criterios de validez y fiabilidad del instrumento**

En estudios realizados en Estados Unidos, para determinar la prevalencia del TDAH, se utilizaron datos de 12.626 estudiantes de nivel prebásico y básico, con edades entre 4 y 12 años, pertenecientes a 41 escuelas de la ciudad de Oklahoma. Los resultados permitieron observar la fiabilidad del instrumento VADTRS por subescalas, obteniendo en los indicadores de TDAH, TCD y rendimiento/adaptación, una puntuación Alfa 0.87 (Wolraich et al., 2013).

## **Procedimiento**

Para el desarrollo de este estudio se contactó con el equipo directivo de ambos establecimientos, por medio de una carta de presentación, que señalaba la relevancia e impacto que podría generar esta investigación. Una vez establecido el vínculo entre el establecimiento y el equipo de estudiantes tesistas, se llevó a cabo una reunión a fin de informar las características centrales del proyecto (rango etario de los sujetos de estudio y cuestionario utilizado para la evaluación); se solicitó una autorización para la revisión de las fichas de los estudiantes diagnosticados con TDAH pertenecientes al Programa de Integración Escolar y se presentó un comunicado destinado a los apoderados, solicitando su consentimiento sobre la participación de los escolares y estableciendo acuerdos de confidencialidad de los datos y resguardos éticos. Una vez recepcionados los consentimientos enviados, se realizó el conteo total de la recopilación, cuyos resultados arrojaron que 242 apoderados autorizaron la participación del alumnado en el proyecto. Posteriormente se realizó una reunión con docentes diferenciales y apoderados para dar a conocer la explicación y capacitación de la utilización del cuestionario.

Se aplicó a cada estudiante la escala de evaluación Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale (VADTRS), esta fue aplicada por los docentes capacitados en cada institución educativa. Los datos recopilados se clasificaron en función del curso, sexo y sintomatología de los estudiantes asociada a TDAH y TCD. Los resultados obtenidos por el estudio fueron analizados por medio de los programas estadísticos Statistical Package for Social Sciences (SPSS) y Jeffrey's Amazing Statistics Program (JASP). Estos

programas fueron utilizados para calcular los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, puntaje mínimo, puntaje máximo, asimetría y curtosis), prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), prueba de confiabilidad (Alpha Cronbach) y prueba de correlación (Rho Spearman).

**Capítulo 4**  
Resultados

Del total de participantes (N=242), el 84,29% presentaba problemas de rendimiento y adaptación escolar, tal como muestra la Tabla 2.

Tabla 2.

<u>Muestra total y estudiantes con dificultades de rendimiento y adaptación</u>	
N	242
Ren	204

Nota. Ren=Rendimiento y adaptación

La aplicación de la VADTRS permitió categorizar a los estudiantes con y sin TDAH que presentaban problemas de adaptación y rendimiento escolar. Dos aspectos por notar respecto a la categorización por subtipo elaborada; en primer lugar, se observa un 25,61% de los participantes que no pertenecería al grupo con TDAH; en segundo lugar, es destacable la baja cantidad de estudiantes con TDAH-HI detectados por la VADTRS (16,6%), tal como se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3.

<u>Estudiantes con dificultades de rendimiento/adaptación</u>	
SUBTIPO	N
NO-TDAH	62
TDAH-I	85
TDAH-HI	4
TDAH-C	53
Total	204

El criterio del manual DSM-V para la diagnosis de TDAH, incluyen la presencia de dificultades significativas, en la adaptación escolar, familiar y/o social. La aplicación del VADTRS mostró que 38 participantes, no presentaron estos problemas. No obstante, 6 de ellos presentaron sintomatología de TDAH, tal como muestra la Tabla 4.

Tabla 4.  
Estudiantes sin dificultades de rendimiento/adaptación

SUBTIPO		N
NO-TDAH		38
TDAH-I	(*)	5
TDAH-HI	(*)	1
TDAH-C		0
Total		38

Nota. (\*) Estudiantes con síntomas de TDAH, pero sin dificultades de rendimiento/adaptación

Los estudiantes con dificultades de rendimiento y adaptación que presentan conductas coincidentes con TCD corresponden al 21,07%, tal como muestra la Tabla 5.

Tabla 5.  
Estudiantes con dificultades de rendimiento/adaptación y trastornos de conducta disruptiva

SUBTIPO	N
NO-TDAH	2
TDAH-I	11
TDAH-HI	3
TDAH-C	27
Total	43
Total Ren	204

Nota. Ren = dificultades de rendimiento y adaptación escolar

Los resultados muestran que los estudiantes que manifiestan la sintomatología de los TCD se agrupan con mayor incidencia en los cursos que arrojaron un porcentaje superior al 20%. De acuerdo con esto, los niveles que se encuentran en esta estimación son los de primero y octavo básico, así como también primero y cuarto medio, este último con un 100%, tal como muestra la Tabla 6.

Tabla 6.  
Distribución de estudiantes con síntomas TCD por curso.

CURSO	N	TCD	%	H	M
1°	3	2	66.6	1	1
2°	9	1	11.1	1	0
3°	37	4	10.8	4	0
4°	47	9	19.1	7	2
5°	19	0	0	0	0
6°	17	1	5.8	0	1
7°	16	2	12.5	2	0
8°	46	11	21.7	9	1
I°	19	6	31.5	3	3
II°	12	0	0	0	0
III°	12	2	16.6	2	0
IV°	5	5	100	3	2
Total	242	43	17.3	32	10

Nota. TCD = trastornos de conductas disruptivas; H = hombre; M = mujer

Los resultados muestran una asimetría y curtosis para sintomatología I e HI del TDAH dentro de los parámetros aceptables de normalidad (-1 a 1). Sin embargo, no se observa normalidad en los datos de sintomatología de los TCD, tal como muestra la Tabla 7.

Tabla 7.  
Estadísticos descriptivos

	I	HI	TCD
Valid	242	242	242
Missing	0	0	0
Mean	15.698	10.017	4.760
Std. Deviation	7.168	7.047	5.751
Skewness	-0.336	0.363	<b>1.696</b>
Std. Error of Skewness	0.156	0.156	0.156
Kurtosis	-0.755	-0.589	<b>3.203</b>
Std. Error of Kurtosis	0.312	0.312	0.312
Minimum	0.000	0.000	0.000
Maximum	27.000	27.000	30.000

El análisis de Kolmogorov-Smirnov corrobora los resultados mostrados por el análisis de asimetría y curtosis, tal como muestra la Tabla 8.

Tabla 8.  
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		PTE_I	PTE_HI	PTE_TCD
N		242	242	242
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	15,69	10,016	4,76
	Desviación típica	7,16	7,04	5,75
Diferencias más extremas	Absoluta	,08	,07	,20
	Positiva	,05	,07	,17
	Negativa	-,08	-,07	-,20
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,28	1,20	3,17
Sig. asintót. (bilateral)		,07	,10	,00

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

El análisis de confiabilidad ha arrojado un alto grado de consistencia para el VADTRS, tal como muestra la Tabla 9.

Tabla 9.  
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,766	3

Los resultados señalan que existe correlación significativa entre los síntomas del TDAH-Hiperactivo con Inatento, sumado a esto, los TCD se correlacionan con síntomas Inatento, pero en mayor medida con sintomatología Hiperactivo, demostrando que los TCD si poseen una correlación altamente directa con TDAH, tal como lo muestra la Tabla 10.

Tabla 10.  
Tabla de correlación

Variable		I		HI		TCD
I	Spearman's rho	—				
	p-value	—				
	Upper 95% CI	—				
	Lower 95% CI	—				
HI	Spearman's rho	0.610	***	—		
	p-value	< .001		—		
	Upper 95% CI			—		
	Lower 95% CI			—		
TCD	Spearman's rho	0.439	***	0.629	***	—
	p-value	< .001		< .001		—
	Upper 95% CI					—
	Lower 95% CI					—

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

**Capítulo 5**  
Discusión

Se generan cinco campos de discusión en relación con el tema estudiado. En primer lugar, se destaca el punto referido a la proporción de diagnóstico TDAH por sexo; los resultados del presente estudio muestran que la proporción de hombres y mujeres diagnosticados con TDAH es de 3:1. La revisión bibliográfica coincide con estas observaciones; variados autores a lo largo de los años reconocen una mayor proporción de TDAH en hombres (Parellada, 2009; Soutullo & Mardomingo, 2010; Barrios et al., 2016), determinando que el TDAH se presenta entre dos a tres veces más en niños que en niñas (Vasiliadis., et al, 2017; Wolraich., et al, 2019). Respecto a la comorbilidad TDAH y TCD, esta investigación indica que el 76,1% de los participantes que presentaban esta comorbilidad eran hombres y un 23,9% mujeres. Estos resultados concuerdan con estudios que abordan el TDAH y su comorbilidad con los TCD, en los que se confirma esta proporción, existiendo una mayor prevalencia en hombres, siendo esta un 79,7% en comparación a las mujeres con un 20,3% (Sosa et al. 2017). En cuanto a personas diagnosticadas con TND, se ha observado una mayor incidencia en hombres que en mujeres con una proporción de 1,75: 1 (Demmer et al., 2017). De igual manera, en el TC se observa una mayor prevalencia en hombres, con una proporción de 5:2 (APA, 2013).

En segundo lugar, respecto al porcentaje de estudiantes que presentan sintomatología de TDAH comórbido con TCD, el presente estudio utilizó 242 participantes diagnosticados con TDAH por los establecimientos; este diagnóstico se realizó en base a las indicaciones contenidas en el Decreto 170/2009, que sugiere la aplicación del Cuestionario de Conducta Conners para Profesores. El estudio contempló

la aplicación de la escala VADTRS a los 242 sujetos diagnosticados. Los resultados de esta aplicación mostraron que 142 estudiantes presentaban sintomatología de TDAH, de los cuales 41 presentaron además síntomas de TCD. Los resultados obtenidos muestran una comorbilidad entre el TDAH y los TCD de 28,8%. Esta observación es concordante con las expresadas por otros autores, quienes sostienen que la comorbilidad entre el TDAH y los TCD es de 31% (Zarafshanet al., 2019); de manera semejante otro estudio menciona la coexistencia entre TDAH y TCD, y la estima en un 35% (Kleine et al., 2020).

Los porcentajes de comorbilidad entre TDAH y TCD varían dependiendo de diferentes autores. En relación con esto, Mateu & Sanahuja (2020) establecen que el porcentaje de comorbilidad con el TDAH y TND está entre un 40-60%. Del mismo modo, Eskander (2020) menciona que aproximadamente el 47% de los sujetos con TDAH posee TND. Con respecto a la comorbilidad entre el TDAH con el TC, Sosa et al. (2017) postula que al 10% de los individuos presentaban ambas patologías, mientras que Diaz-Atienda (2006) establece que el porcentaje de comorbilidad es 16,3%. Finalmente, Gnanavel et al. (2019) sostienen que entre el 30% y 50% de los diagnosticados con TDAH presentan comorbilidad con TC. Sea como fuere, existe un fuerte consenso entre los distintos investigadores respecto a considerar a los TDC como uno de los trastornos psiquiátricos más habituales en individuos con TDAH.

En tercer lugar, los resultados de este estudio muestran que la variable de adaptación/rendimiento es una condición básica para el diagnóstico de TDAH. Al momento de aplicar la escala VADTRS a la muestra de 242 individuos, se observan a 204

estudiantes con dificultades de rendimiento y adaptación, de los cuales sólo 142 presentaban síntomas clínicos de TDAH. Cabe destacar, que, de la totalidad de participantes diagnosticados con TDAH por las escuelas, un 25,6% presenta dificultades de rendimiento y adaptación en ausencia de síntomas de TDAH verificados por la escala VADTRS. Por otro lado, de los 242 individuos que forman parte de la muestra total, sólo 38 participantes no presentan dificultades de rendimiento y adaptación. No obstante, seis de ellos presentan sintomatología de TDAH, pero según los criterios del DSM-V y la CIE-11, no pueden ser diagnosticados con TDAH en ninguno de sus subtipos. Esto está descrito en el DSM-V y en la CIE-11, quienes mencionan que al momento de realizar un diagnóstico es imprescindible que los diversos síntomas dificultan el funcionamiento social, académico o familiar del individuo, disminuyendo notablemente la calidad de estos (APA, 2013; WHO, 2018).

En cuarto lugar, los resultados del presente estudio muestran que la sintomatología de inatención se correlaciona moderada y significativamente con los síntomas de TCD. Por su parte, se observó una correlación fuerte y significativa entre los síntomas hiperactivos/impulsivos de TDAH y los TCD; la presencia de ambas sintomatologías pudiese ser considerada como un factor determinante, provocando una mayor probabilidad de presentar comorbilidad con los TCD. Estas observaciones son coincidentes con Bolat et al. (2017), quienes sostienen que un 57% de la población diagnosticada con TDAH presenta comorbilidad con algún trastorno psiquiátrico, en los que predominan los TCD. De igual manera Zuluaga & Fandiño (2017) sostienen que el

TDAH coexiste frecuentemente con otras psicopatologías, como los TCD. Adicionalmente, Eskander (2020) observa semejanzas en la sintomatología del TDAH y los TCD; esto se explicaría por la posible existencia de un espectro psicopatológico común.

El presente estudio coincide parcialmente con lo señalado por Zuluaga & Fandiño (2017) quienes mencionan que el TND es la comorbilidad que predomina en el TDAH combinado, considerando la sintomatología inatenta e hiperactiva. Su postura es sostenida gracias a los estudios de Pascual-Castroviejo (2002), Rodríguez et al. (2009), Navarro (2009), González (2006) y Calderón et al. (2010), quienes señalan que la sintomatología combinada con comorbilidades asociadas al TND es más prevalente con un 67.4%. Así mismo, Zuluaga & Fandiño (2017) concuerdan con los estudios de Navarro (2009), Grau-Sevilla (2007) y Calderón et al. (2010) en que las personas con TDAH combinado presentan niveles más altos de agresividad y oposición, conductas asociadas al TND. Sin embargo, en la actualidad, Eskander (2020) plantea que tanto el TND como el TC están mayormente relacionados con la sintomatología hiperactiva/impulsiva, que con síntomas inatentos y combinados del TDAH.

En quinto lugar, se observa que la evaluación y diagnóstico del TDAH requiere de instrumentos y cuestionarios estandarizados a la realidad nacional que satisfaga los criterios de validez y confiabilidad. No se ha encontrado evidencia que indique que el cuestionario Conners utilizado ampliamente en las escuelas y descargado directamente de internet, cumpla con estos criterios. El presente estudio incluyó un análisis de fiabilidad

en el que se calculó el Alfa de Cronbach para una muestra de 242 estudiantes. El Alfa obtenido fue de 0.76 lo que indica que VADTRS (escala para profesores) posee un alto nivel de fiabilidad. Esto sugiere que el instrumento presenta una consistencia interna de los tres elementos (I - HI - TCD) que están correlacionados. Este dato se acerca a la estimación de confiabilidad de 0.87 que indica la escala de VADTRS (Wolraich et al., 2013).

## Conclusiones

En las últimas décadas, el TDAH ha sido objeto de estudio debido a su alto índice de prevalencia en niños y adolescentes y su gran comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Esta coexistencia conlleva una mayor gravedad de la sintomatología y genera múltiples repercusiones en la vida de los jóvenes, afectando diferentes áreas de su vida, tales como social, emocional, familiar y educativa. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como propósito determinar la existencia de la correlación entre la sintomatología del TDAH y la de los TCD; para demostrar esto se utilizó la escala de evaluación VADTRS en estudiantes diagnosticados con TDAH, de primer año básico hasta cuarto año medio, pertenecientes a dos colegios de la provincia de Concepción.

La primera hipótesis de este estudio planteaba que existe una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de inatención y la puntuación de TCD en el VADTRS; los resultados mostraron que existe una correlación significativa y moderada entre ambas variables. La segunda hipótesis planteaba que existe una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de hiperactividad/impulsividad y la puntuación de TCD en el VADTRS; los resultados mostraron que existe una correlación fuerte y significativa entre las variables estudiadas. Ambos resultados corroboran lo observado por las investigaciones precedentes respecto a la relación entre la sintomatología del TDAH y la sintomatología de los TCD. Si bien la correlación más intensa y esperada correspondía a la planteada por la hipótesis dos, no es

desdeñable la relación existente entre la inatención y los síntomas conductuales de los TCD. En base a estas observaciones, se consideran ambas hipótesis comprobadas.

La pregunta de investigación fue ¿Existe relación entre la sintomatología del TDAH y la sintomatología de los TCD medidos a través del VADTRS? En respuesta a esta pregunta, los resultados obtenidos mostraron, mediante la escala VADTRS, que existe una correlación estadísticamente significativa entre los síntomas de TDAH y los síntomas TCD. La muestra constituida por 242 participantes se comportó de una manera que ya había sido anticipada por la literatura al respecto, es decir, reveló una relación intensa entre la sintomatología de ambos trastornos psiquiátricos.

El TDAH presenta una alta probabilidad de coexistir junto a otras psicopatologías, mostrando una coexistencia significativa con los TCD; la similitud entre la sintomatología de estos trastornos puede ocasionar que no se diferencien y provocar que pasen desapercibidos durante el diagnóstico. Es importante tener en consideración que la presencia de TDAH comórbido con TCD conlleva una peor evolución de los síntomas y mayor deterioro en la calidad de vida. Esta relación no es meramente casual; la alta comorbilidad entre el TDAH y los TCD permite descartar que ambos trastornos sean independientes entre sí. Restan dos alternativas.

La primera opción, es que tanto el TDAH como los TCD compartan estrechamente un conjunto de síntomas no claramente determinados por la investigación actual. Estos síntomas compartidos podrían explicar suficientemente la fuerte correlación encontrada en el presente estudio entre la sintomatología TDAH y la sintomatología TCD; variados

autores comparten esta apreciación en la cual el TDAH y los TCD siendo entidades diferentes confluyen en un conjunto de síntomas limitados (Booker et al., 2019; Sánchez et al., 2020; Kleine et al., 2020; Rusca & Cortez, 2020).

La segunda opción, es que la totalidad de los síntomas del TDAH y de los TCD formen parte de un continuo psicopatológico, en el cual las manifestaciones más leves formarán parte del inicio del desarrollo de un trastorno en espectro y las manifestaciones más graves y desadaptativas formarían parte de la categoría patológica final del espectro. Esta idea sugiere que los síntomas de TDAH constituyen el punto de inicio de un conjunto de conductas cada vez más extremas, y que podría finalizar en un trastorno de la personalidad antisocial. Esta posición, como es esperable es apoyada también por variados autores (Connor & Doerfler, 2008; Gnanavel et al. 2019; Rubin, 2020; Torales, 2018; Anderson & Kiehl, 2012; Ayano et al., 2021).

En las versiones previas al DSM-V, el autismo y el síndrome Asperger, eran dos categorías patológicas diferentes con un conjunto de síntomas comunes. Las investigaciones de los últimos 20 años han mostrado, que tanto el autismo como el síndrome de Asperger son estadios de desarrollos patológicos en un espectro continuo. De hecho, en la actualidad la investigación sostiene que estas categorías pertenecen al Trastorno del Espectro Autista (TEA), espectro en el que están incluidas las categorías patologías mencionadas. La investigación de la relación entre el TDAH y los TCD se ha vuelto más habitual en los últimos cinco años y mantiene una estructura diagnóstica semejante a la del autismo y la del asperger en las versiones previas al DSM-V, es decir,

las visualiza como dos trastornos distintos con manifestaciones conductuales semejantes. Las investigaciones posteriores probablemente aporten la evidencia suficiente para considerar al TDAH y los TCD como un conjunto de manifestaciones conductuales y cognitivas organizadas a través de un espectro de desarrollo.

Por ende, el principal aporte de esta investigación consiste en el uso de la escala VADTRS que permitió detectar efectivamente la sintomatología coexistente entre TDAH y TCD; el estadígrafo Alfa de Cronbach indica que la escala VADTRS posee una puntuación de 0.76, lo que se traduce en un alto nivel de fiabilidad. Sin embargo, las pruebas sugeridas por la normativa nacional y utilizados para diagnosticar el TDAH no consideran la sintomatología de un probable TCD comórbido, se observa una escasa existencia de pruebas para reconocer y diagnosticar los TCD y los mecanismos para validar las escalas en el país son escasos; todos estos factores dificultan la diagnosis y la observación de los síntomas coexistentes entre el TDAH y los TCD. Es fundamental llevar a cabo la validación y estandarización chilena de pruebas confiables, como lo es la escala VADTRS, que contengan indicadores de los síntomas habitualmente comórbidos entre TDAH y TCD; este permitiría detectar efectivamente la presencia de sintomatología coexistente al momento de efectuar un diagnóstico oportuno de estos trastornos que frecuentemente afectan a niños y adolescentes. De esta manera, se podría prevenir la aparición de otros trastornos de mayor gravedad y evitar un deterioro en la calidad de vida.

## **Limitaciones**

Para la elaboración de esta investigación surgieron ciertos factores limitantes que se tuvieron en cuenta para interpretar los resultados de manera más eficaz. Uno de ellos fue que (1) la escala VADTRS utilizada en este proceso no está validada en Chile, por lo que pese a obtener puntajes, no se puede determinar con precisión si existe o no presencia de subtipos de trastornos. Por otro lado, (2) la escala VADTRS es aplicable para niños de 6 a 12 años, y en el estudio realizado se contemplaron estudiantes de entre 6 a 18 años aproximadamente (primero básico a cuarto medio). Una siguiente limitación que se puede evidenciar es que (3) los resultados exhibidos no son generalizables, puesto que el diseño muestral utilizado para este estudio es intencionado y no probabilístico, esto quiere decir que los sujetos de estudio fueron seleccionados por el criterio de las investigadoras y no al azar (dos establecimientos de la región del Bio-Bio).

## **Proyecciones**

A partir del presente estudio permite proyectar nuevas investigaciones a propósito de los resultados y la temática abordada. En primer lugar, la detección de TDAH se hace a través del cuestionario Connors para padres y profesores recomendado por el Decreto 170/2009. Este cuestionario no está alineado con los criterios diagnósticos recomendados por el DSM-V y la CIE-11, por lo tanto, una línea de investigación futura sería validar escalas de observación conductual para el TDAH basadas en los criterios de diagnóstico actuales. De modo semejante, no existe en Chile escala de observación conductual para la

observación de los TCD; parece necesario contar entonces con escalas de observación para estos trastornos validados en población escolar chilena.

En segundo lugar, considerando que la detección del TDAH y de los TCD depende de la aplicación de escalas de observación conductual aplicadas por profesores de educación diferencial, profesores de educación básica y profesores de media, parece relevante investigar las percepciones y conocimientos que los profesores tienen respecto a los trastornos mencionados.

En tercer lugar, las características del TDAH y los TCD traen consigo una serie de consecuencias negativas al sujeto, tales como problemas de adaptación e interacción social, bajo rendimiento escolar, entre otras. Estas consecuencias afectan de manera significativa el proceso educativo, mediante la manifestación de conductas disruptivas que no solo afectan el clima escolar, sino que también impacta directamente en el ambiente propicio para el aprendizaje. Por lo tanto, parece relevante investigar la relación existente entre el TDAH, los TCD y el fracaso y deserción escolar.

Por último, al tomar en consideración que la mayor prevalencia de estos trastornos se manifiesta en la etapa de niñez (TND) y adolescencia (TC) y que al no ser tratados siguen evolucionando en la edad adulta. Sería interesante realizar un estudio longitudinal sobre la evolución de los síntomas conductuales en los individuos diagnosticados con TDAH y con TCD.

## Referencias

- Achenbach, T & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families. ISBN: 9780176085896
- Aguilar, J. (2019). Evaluación y diagnóstico clínico-funcional de los trastornos de conducta en la población infantil: consideraciones conceptuales y metodológicas. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(2), 145-162. ISSN 0718-4123
- Álvarez, M., Soutullo, C., Díaz, A. & Figueroa, A. (2013). *TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. Todo sobre el TDAH*. Tarragona: Altaria Publicaciones.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington, DC. ISBN: 9780598568939
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition (DSM-V)*. American Psychiatric Association, Washington, DC. ISBN: 9789746522687
- Anderson, N., & Kiehl, K. (2012). The psychopath magnetized: insights from brain imaging. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 52–60.  
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.008>

- Arribas, P., Gómez, Y., Guillen, A. & Ramírez, C. (2020). El estudio de casos: método efectivo para el diagnóstico y manejo de trastornos de conducta. *Edumecentro*, 12(3), 53-66. ISSN 2077-2874
- Ayano, G., Lin, A., Betts, K., Tait, R., Assefa, B., & Alati, R. (2021). Risk of conduct and oppositional defiant disorder symptoms in offspring of parents with mental health problems: Findings from the Raine Study. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.054>
- Bai, S. & Lee, S. (2017). Early-Onset Conduct Problems: Predictions from Daring Temperament and Risk-Taking Behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 575–584. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9612-z>
- Baker, K. (2016). Conduct disorder in children and adolescents. *Symposium: Psychiatry*, 26(12), 534-539. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.009>
- Barkley, R. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment 3rd ed. *Editorial the Guilford Press*, 17(1), 31-33. PMID: PMC2247447
- Barkley, R., Knouse, L. & Murphy, K. (2011). Correspondence and disparity in the self- and other ratings of current and childhood ADHD symptoms and impairments in adults with ADHD. *Psychological Assessment*, 23(2), 437–446. <https://doi.org/10.1037/a0024001>

- Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 327–336. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x>
- Bolat, N., Eyuboglu, D., Eyuboglu, M., Sargin, E. & Eliacik, K. (2017). Emotion recognition and theory of mind deficits in children with ADHD. *Alpha Psychiatry Formerly Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(3), 250-256. <https://doi.org/10.5455/apd.237695>
- Booker, J., Capriola-Hall, N., Greene, R., & Ollendick, T. (2019). The Parent–Child Relationship and Posttreatment Child Outcomes Across Two Treatments for Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 405–419. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1555761>
- Brault, M. & Lacourse, E. (2012). Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactivity disorder medications and diagnosis among Canadian preschoolers and school-age children: 1994- 1997. *Revue canadienne de psychiatrie*, 57(2), 93-101. <https://doi.org/10.1177/070674371205700206>
- Budhiraja, M., Savic, I., Lindner, P., Jokinen, J., Tiihonen, J & Hodgins, S. (2017). Brain structure abnormalities in young women who presented conduct disorder in childhood/adolescence. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 17(4), 869–885. <http://doi.org/10.3758/s13415-017-0519-7>

- Burke, J., Boylan, K., Rowe, R., Duku, E., Stepp, S., Hipwell, A., & Waldman, I. (2014). Identifying the irritability dimension of ODD: application of a modified bifactor model across five large community samples of children. *Journal of Abnormal Psychology, 123*, 841-51. <https://doi.org/10.1037/a0037898>
- Burke, J., Johnston, O., & Butler, E. (2021). The Irritable and Oppositional Dimensions of Oppositional Defiant Disorder Integral Factors in the Explanation of Affective and Behavioral Psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 30*(3), 637–647. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.012>
- Burke, J., Loeber, R. & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1275–1293. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00009>
- Burke, J., Rowe, R., & Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 55*(3), 264– 272. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12150>
- Calderón, J., Castaño, M., Jiménez, D., Dussán, L. & Valderrama, A. (2010). *Trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias en el departamento de Caldas*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J., Rhode, L., Frick, P. (2010). Does the prevalence of conduct disorder and oppositional defiant disorder vary across

cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 695–704.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0242-y>

Chaudhury, P., Bhattacharya, B., & Saha, P. (2020). Parent–Child Relationship and Marital Quality of Parents of Conduct or Oppositional Defiant Disorder and Unaffected Individuals: A Comparative Study. *Psychological Studies*, 65, 124–136. <https://doi.org/10.1007/s12646-019-00543-w>

Comeau, J., Georgiades, K., Duncan, L., Wang, L. & Boyle, M. (2019). Ontario Child Health Study Team. Changes in the prevalence of child and youth mental disorders and perceived need for professional help between 1983 and 2014: evidence from the Ontario Child Health Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(4), 256–64. <https://doi.org/10.1177/0706743719830035>

Conners, C. (2004). *Conner’s Continuous Performance Test (CPT-II) V.5*. Editorial Multi Health Systems Inc.

Connor, D. & Doerfler, L. (2008): ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: Discrete or non-distinct disruptive behavior disorders? *Journal of Attention Disorders*, 12, 126–134. <https://doi.org/10.1177/1087054707308486>

Crisol, E. & Campos, M. (2019). Rehabilitación de las funciones ejecutivas en niños de 6 años con TDAH. Un estudio de caso. Profesorado. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 23(1), 285-306.  
<https://doi.org/10.30827/profesorado.v23i1.9155>

De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. & Melipillan, R. (2012). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Atten Def Hyp Disord. Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0090-6>

Decreto 170 de 2009 [Ministerio de Educación de Chile]. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial. 14 de mayo de 2009.

Del Giudice, T., Tervoort, J., Hautmann, C., Walter, D., & Döpfner, M. (2020). Cross-Cultural Validity of the Child and Adolescent Dispositions Model in a Clinical Sample of Children with Externalizing Behavior Problems. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00641>

Demmer, D., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J., & Lum, J. (2017). Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 313–325. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0170-8>

Díaz-Atienda, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 6(1), 44-55.

Edyburn, K., Dowdy, E., DiStefano, C., Bertone, A. & Greer, F. (2020). Measurement invariance of the English and Spanish BASC-3 behavioral and emotional

- screening system parent preschool forms. *Early Childhood Research Quarterly*, 51(1), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.12.002>
- El-Sayed, E., Van't Hooft, Y., Fried, M., Larsson, J., Malmberg, K. & Rydelius, P. (1999). Measurements of attention deficits and impulsivity: a Swedish study of the Gordon Diagnostic System. *Acta Paediatrica Nurturing the Child*, 88(11), 1262-8. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1999.tb01029.x>
- Eskander, N. (2020). The Psychosocial Outcome of Conduct and Oppositional Defiant Disorder in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Cureus Journal of Medical Science*, 12(8), 1-6. <https://doi.org/10.7759/cureus.9521>
- Evans, S., Pederson, C., Fite, P., Blossom, J., & Cooley, J. (2015). Teacher-reported irritable and defiant dimensions of oppositional defiant disorder: Social, behavioral, and academic correlates. *School Mental Health*, 8(2), 292-304. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9163-y>
- Evans, S., Burke, J., Roberts, M., Fite, P., Lochman, J., de la Peña, F., & Reed, G. (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clinical Psychology Review*, 53, 29–45. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.004>
- Ezpeleta, L., Navarro, J., de la Osa, N., Penelo, E., & Domènech, J. (2019). First incidence, age of onset outcomes and risk factors of onset of DSM-5 oppositional defiant

disorder: a cohort study of Spanish children from ages 3 to 9. *BMJ Open*, 9(3).

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022493>

Ezpeleta, L., Penelo, E., Navarro, J., de la Osa, N., & Trepato, E. (2020). Transdiagnostic trajectories of irritability and oppositional, depression and anxiety problems from preschool to early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 134.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103727>

Fairchild, G., Hawes, D., Frick, P., Copeland, W., Odgers, C., Franke, B., Freitag, C. & De Brito, S. (2019). Conduct Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(43), 1-

25. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0095-y>

Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., Rohde, L., Sonuga-Barje, E., de Romero, T., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15020.

<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>

Felt, B., Biermann, B., Christner, J., Kochhar, P. & Harrison, R. (2014). Diagnosis and management of ADHD in children. *American Family Physician*, 90(7), 456-64.

PMID: 25369623

Forbes, G. (2001). A comparison of the Conners' Parent & Teacher Rating Scales, the ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale, and the Child Behavior Checklist in the clinical diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(1), 25-40.

<https://doi.org/10.1177/108705470100500103>

- Frick, P. & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1111-1131.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990071>
- Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 353–367.  
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S120582>
- Gigengack, M., Hein, I., Meijel, E., Lindeboom, R., Goudoever, J., & Lindauer, R. (2021). Accuracy of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) in a Dutch sample. *Comprehensive Psychiatry*, 100.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152177>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: a review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7, 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- González, E. (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. ISBN 978-84-669-2914-1
- González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1217060413>
- Gordon, M. (1983). *The Gordon Diagnostic System*. DeWitt. NY: Gordon Systems.

- Grau-Sevilla M. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH* [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia.
- Greenberg, M. & Waldman, D. (1993). Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (T.O.V.A.). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 1019– 1030. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb01105.x>
- Greenfield, B., Sittner, K., Forbes, M., Walls, M. & Whitbeck, L. (2017). Conduct Disorder and Alcohol Use Disorder Trajectories, Predictors, and Outcomes for Indigenous Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 133-139. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.11.009>
- Harvey, E., Breaux, R., & Lugo-Candelas, C. (2016). Early development of comorbidity between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 154–167. <https://doi.org/10.1037/abn0000090>
- Hidalgo, M. (2014). Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. *Pediatría Integral*, 8(9), 609-622. ISSN 11354542
- Hidalgo, M. & Soutullo, C. (2008). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Editorial Pediatría Integral. ISSN 1135-4542
- Hobson, C., Scott, S. & Rubia, K. (2011). Investigation of cool and hot executive function in ODD/CD independently of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1035–1043. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02454.x>

- Holguín, J., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J. & Cornejo, J. (2007). Comorbilidad en el trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001. *IATREIA*, 20(2), 101-110. ISSN 0121-0793
- Huang, C., Weng, S. & Ho, C. (2016). Gender ratios of administrative prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) across the lifespan: a nationwide population-based study in Taiwan. *Psychiatry research*, 7, 244-382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.023>
- Hunsley, J., & Mash, E. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091419>
- Joselevich, E., Bernaldo de Quirós, G., Moyano, M. & Scandar, R. (2003). *A.D./H.D. Qué es, qué hacer: Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica.
- Kamphaus, R. & Reynolds, C. (2015). *Behavior Assessment System for Children—Third Edition (BASC-3): Behavioral and Emotional Screening System (BESS)*. Pearson, Bloomington, MN.
- Karwatowska, L., Russell, S., Solmi, F., de Stavola, B., Jaffee, S., Pingault, J., & Viding, E. (2020). Risk factors for disruptive behaviours: protocol for a systematic review and meta-analysis of quasi-experimental evidence. *BMJ Open*, 10(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038258>

- Katragadda, S. & Schubiner, H. (2007). ADHD in children, adolescents, and adults. *Primary Care*, 34(2), 317-41. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2007.04.012>
- Kieling, C., Kieling, R., Rohde, L., Frick, P.J., Moffitt, T., Nigg, J., Tannock, R. & Castellanos, F (2010). The Age at Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (1), 14-16. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060796>
- Kleine, R., Naaijen, J., Rosa, M., Aggensteiner, P., Banaschewski, T., Saam, M., Schulze, U., Sethi, A., Craig, M., Sagar-Ouriaghli, I., Santosh, P., Castro, J., Penzol, M., Arango, C., Werhahn, J., Brandeis, D., Franke, B., Glennon, J., Buitelaar, J.,... Dietrich, A. (2020). Executive functioning and emotion recognition in youth with oppositional defiant disorder and/or conduct disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 21(7), 529-551. <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1747114>
- Lahey, B., Van Hulle, C., Singh, A., Waldman, I. & Rathouz, P. (2011). Higher-Order Genetic and Environmental Structure of Prevalent Forms of Child and Adolescent Psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 181-189. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.192>
- Leadbeater, B., Thompson, K., & Gruppuso, V. (2012). Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to

- young adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 719–30. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.694608>
- Leiva, L., & Rojas, R. (2018). Validación de la Escala de Problemas Emocionales y del Comportamiento Youth Self Report (YSR/11-18) en una muestra de adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 36(1), 23-32. ISSN 0718-4808
- Ley 20120 de 2006. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. 07 de septiembre de 2006. D.O. No. 114
- Lin, Y. & Shur-Fen, S. (2017). Differential neuropsychological functioning between adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without conduct disorder. *Journal of the Formosan Medical Association*, 116(12), 946-955. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.02.009>
- Liu, C., Huang, W., Kao, W., & Gau, S. (2017). Influence of Disruptive Behavior Disorders on Academic Performance and School Functions of Youths with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 870–880. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0710-7>
- Liu, L., Chen, W., Sun, L., Cheng, J., & Rudaizky, D. (2020). The characteristics and age effects of emotional Lability in ADHD children with and without oppositional defiant disorder. *Journal of Attention Disorders*, 24(14). <https://doi.org/10.1177/1087054717745594>

- Llanos, L., García, D., González, H. & Puentes P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), 101-108. ISSN 1139-7632
- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484. <https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>
- Mateu, L. & Sanahuja, R. (2020). *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 52-58. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.7>
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(3), 609–621. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x>
- McNeilis, J., Maughan, B., Goodman, R., & Rowe, R. (2018). Comparing the characteristics and outcomes of parent- and teacher-reported oppositional defiant disorder: findings from a national sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 659–666. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12845>
- Meléndez, Y., Cabrera, N., Baldovino, J. & Díaz, P. (2017). Conducta disocial en niños y adolescentes de Santiago de Tolú–Colombia. *Orbis Scientific e-journal of Human Sciences*, 13(38), 73-85. ISSN-e 1856-1594

- Meltzer, L. (2018). *Executive function in education: From theory to practice (2a ed.)*. New York: Guilford Publications.
- Moffitt, T., Arseneault, L., Jaffee, S., Kim-Cohen, J., Koenen, K., Odgers, C., Slutske, W. & Viding, E. (2007). Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 3-33. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x>
- Monsalve, A., Mora, L., Ramírez, L., Rozo, V., & Rojas, D. (2017). Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(1), 105–127. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384>
- Moore, A., Silberg, J., Roberson-Nay, R. & Mezuk, B. (2017). Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: prevalence, predictors, and outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 435–443. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1337-5>
- Munkvold, L., Lundervold, A., & Manger, T. (2011). Oppositional defiant disorder—Gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 577–587. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9486-6>

- Navarro, M. (2009). *Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por Déficit de atención con hiperactividad: una investigación empírica*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. ISBN 978-84-692-8415-5
- Neo, W., Suzuki, T. & Kelleher, B. (2020). Structural validity of the Child Behavior Checklist (CBCL) for the preschoolers with neurogenetic syndromes. *Research in Developmental Disabilities, 109*(1), <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103834>
- Nichols, L. & Waschbusch, A. (2004). A review of the validity of laboratory cognitive tasks used to assess symptoms of ADHD. *Child Psychiatry and Human Development, 34*(4), 297–315. <https://doi.org/10.1023/B:CHUD.0000020681.06865.97>
- Nock, M., Kazdin, A., Hiripi, E., & Kessler, R. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(7), 703–713. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x>
- Noordermeer, S., Luman, M., Greven, C., Veroude, K., Faraone, S., Hartman, C., Hoekstra, P., Franke, B., Buitelaar, J., Heslenfeld, D. & Oosterlaan, J. (2017). Structural Brain Abnormalities of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Oppositional Defiant Disorder. *A Journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics, 82*(9), 642-650. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.07.008>

- Ogders, C., Moffitt, T., Broadbent, J., Dickson, N., Hancox, R., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M., Thomson, M & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20(2), 673-716. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000333>
- Ogundele, M. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9–26. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9>
- Ollendick, T., Booker, J., Ryan, S., & Greene, R. (2018). Testing Multiple Conceptualizations of Oppositional Defiant Disorder in Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), 620–633. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1286594>
- Orri, M., Galera, C., Turecki, G., Boivin, M., Tremblay, R., Geoffroy, M., & Coté, S. (2019). Pathways of association between childhood irritability and adolescent suicidality. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.034>
- Padrós, F., Olavarrieta, A., Martínez, M. & González, F. (2018). Estudio psicométrico del Cuestionario de Detección del Trastorno de Conducta (CDTC). *Psicodebate* 18(1), 7-20. <https://doi.org/10.18682/pd.v18i1.701>
- Parellada, M. (2009) *TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. Editorial Alianza Editorial. ISBN 978-84-206-8278-5

- Parker, A. & Corkum, P. (2013). ADHD Diagnosis: as simple as administering a questionnaire or a complex diagnostic process? *Journal of Attention Disorders*, 20(6), 478-86. <https://doi.org/10.1177/1087054713495736>
- Pasalich, D., Dadds, M., Hawes, D. & Brennan, J. (2011). Do callous-unemotional traits moderate the relative importance of parental coercion versus warmth in child conduct problems? An observational study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1308-1315. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02435.x>
- Pascual-Castroviejo, I. (2002). Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 35(1), 11-7. <https://doi.org/10.33588/rn.3501.2002150>
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. *Protocolos de Neurología*, 12, 140-150.
- Peña, F. & Palacios, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421-427. ISSN 0185-3325
- Pineda, D., Kamphaus, R., Mora, O., Restrepo, M., Puerta, I., Palacio, L. Jiménez, I., Mejía, S., García, M., Arango, J., Jiménez, M., Lopera, F., Adams, M., Arcos, M., Velásquez, J., López, L., Bartolino, N., Giraldo, M., García, A.,... Holguín, J.

(1999). Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de neurología*, 28(7), 672-681.

Poder Judicial. (2021). Ley No, 20084, responsabilidad penal en adolescentes. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Disponible en <https://www.pjud.cl/transparencia>

Puddu, G., Rothhammer, P., Carrasco, X., Aboitiz, F. & Rothhammer, F. (2017). Heritability and genetic comorbidity of attention deficit disorder with hyperactivity. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 368-372.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300011>

Ramírez, Y., Jiménez, R. & Bermúdez, B. (2020). Child Behavior Checklist: Cuestionario de conductas socio-afectivas en una población preescolar de Cienfuegos, Cuba. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 83(3), 138-147.  
<https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3793>

Ramos, J., Taracena, A., Sánchez-Loyo., Matute, E., & González, A. (2011). Relación entre el funcionamiento ejecutivo en pruebas neuropsicológicas y en el contexto social en niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 1-16. ISSN 0124-1265

Rints, A., McAuley, T., & Nilsen, E. (2015). Social Communication is predicted by inhibitory ability and ADHD traits in pre-school-aged children: A mediation

model. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 901-911.  
<https://doi.org/10.1177/1087054714558873>

Rodríguez, L., López-Villalobos, J., Garrido, M., Sacristán, A., Martínez, M. & Ruíz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), 251-268. ISSN 1139-7632

Rolon, B., Arnold, D., Breaux, R. & Harvet, E. (2018). Reciprocal Relations Between Parenting Behaviors and Conduct Disorder Symptoms in Preschool Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(5), 786–799.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-018-0794-8>

Rowe, R., Costello, E., Angold, A., Copeland, W., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726–38. <https://doi.org/10.1037/a0020798>

Rubiales, J., Bakker, L., Russo, D. & González, R. (2016). Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista CES Psicología*, 9(2), 99-113. ISSN 2011-3080

Rubin, D. (2020). Evolving Understanding of Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(2), 225-226.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.020>

- Rusca, F. & Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Sagar, R., Patra, B. & Patil, V. (2019). Clinical practice guidelines for the management of conduct disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(8), 270-276. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_539\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_539_18)
- Salas, S., Gonzalez, M., Araya, A., Valencia, M. & Oyarce, C. (2017). Uso del Test de Rendimiento Continuo de Conners para diferenciar niños normales y con TDAH en Chile. *Terapia psicológica*, 35(3), 283-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000300283>
- Sánchez, N., Putman, S., Gartstein, M. & González, C. (2020). ADHD and ODD Symptoms in Toddlers: Common and Specific Associations with Temperament Dimensions. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(5), 310-320. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00931-3>
- Smalley, S., Loo, S., Hale, T., Shrestha, A., McGough, J., Flook, L. & Reise, S. (2009). Mindfulness and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychology*, 65(10), 1087-98. <https://doi.org/10.1002/jclp.20618>
- Sosa, J., Hernández, T., Zaldívar, J. & Páez, Y. (2017). Trastorno disocial en niños con déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(5), 619-626. ISSN 1561-3194

- Souroulla, A., Panteli, M., Robinson, J. & Panayiotou, G. (2019). Valence, arousal or both? Shared emotional deficits associated with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Oppositional/Defiant-Conduct Disorder symptoms in school-aged youth. *Biological Psychology*, 140(1), 131-140.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.11.007>
- Soutullo, C. (2011). *Guía Esencial de Psicofarmacología Del Niño Y Del Adolescente*. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788491104940
- Soutullo, C. & Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y adolescente*. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 9788498352290
- Stringaris, A. & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of American Academic of Child Adolescent Psychiatry*, 48(4), 404–12.  
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f30>
- Stringaris, A. & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 216–23.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x>
- Stringaris, A., Vidal, P., Russi, M., Vilar, A., Fresno, C., Batlle, S., Matalí, J., Flores, E., Sintés, A., González, L., Mollá, L., Romero, S., Méndez, I., Tor, J., Serrano, E., Mairena, M., Mezzatesta, M., Elias, M. & Alda, J. (2021). *Una mirada a la salud*

*mental de los adolescentes: Claves para comprenderlos y acompañarlos.* Faros  
Sant Joan de Déu.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2010).  
*Comprehensive Community Mental Health Services for Children and Their  
Families Program: Evaluation Findings: Annual Report to Congress.*  
Washington, DC.

Szentivány, D. & Bálaz, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with  
symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder.  
*Mental Health & Prevention, 10(1), 1-8.*  
<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.02.001>

Tan, T., Yi, Z., Kamphaus, R., Wang, Y., Li, Z. & Cheng, K. (2020). Testing the  
Reliability and Construct Validity of a Chinese Translation of BASC-3-SRP for  
12- to 18-Year-Old Youth. *Journal of Psychoeducational Assessment, 38(5), 599-  
612.* <https://doi.org/10.1177/0734282919874257>

Thapar, A., Pine, D., Leckman, J., Scott, S., Snowling, M. & Taylor, E. (2015). Rutter's  
*Child and adolescent psychiatry. Sixth Edition.* Editorial Willey Blackwell. ISBN  
978-1-118-38196-0

Theule, J., Germain, S., Cheung, K., Hurl, K., & Markel, C. (2016). Conduct  
disorder/oppositional defiant disorder and attachment: A meta-analysis. *Journal*

of *Developmental and Life-Course Criminology*, 2(2), 232–255.

<https://doi.org/10.1007/s40865-016-0031-8>

Torales, J., Barrios, I., Arce, A., & Viola, L. (2018). Trastorno negativista desafiante: una propuesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. *Pediatría (Asunción)*, 45(1), 65–73. <https://doi.org/10.31698/ped.45012018009>

Tseng, W., Kawabata, Y., & Gau, S. (2011). Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(2), 134–151.

<https://doi.org/10.1007/s10578-010-0204-3>

Vaidya, C. (2012). Neurodevelopmental abnormalities in ADHD. *Current Topics in Behavior Neurosciences*, 9, 49–66. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2011\\_138](https://doi.org/10.1007/7854_2011_138)

Vasileva, M., Graf, R., Reinelt, T., Petermann, U., & Petermann, F. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372–381. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13261>

Vasiliadis, H., Diallo, F., Rochette, L., Smith, M., Langille, D., Lin, E., Kisely, S., Fombonne, E., Thompson, A., Renaud, J. & Lesage, A. (2017). Temporal trends in the prevalence and incidence of diagnosed ADHD in children and young adults between 1999 and 2012 in Canada: a data linkage study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(12), 2-818. <https://doi.org/10.1177/0706743717714468>

- Vázquez, N. & Samaniego, V. (2017). Estandarización del Child Behavior Checklist para preescolares de población urbana de Argentina. *Revista Evaluar*, 17(1), 65-79. ISSN 1667-4545
- Vázquez-Miraz, P., Gutiérrez, K., Fernández, J., Ramírez, P., Espinoza, P. Dominguez, E. (2020). Análisis de la relación entre la conducta de bullying y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes escolarizados. *Revista Complutense de Educación*, 32(3), 477-486. <https://doi.org/10.5209/rced.70652>
- Vera, J., Ezpeleta, L. & Granero, R. (2013). *Conducta antisocial: asociación con psicopatología en niños y adolescentes de México*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. ISBN 9788449033292
- Wang, J., Tan, T., Kamphaus, R., & Yi, Z. (2021). The BASC-3 Behavioral and Emotional Screening System Student Form: Evidence for a Unidimensional Interpretation Among Chinese Youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(2). <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09902-2>
- Waschbusch, D., & King, S. (2006). Should sex-specific norms be used to assess attention- deficit/hyperactivity disorder or opposition-al defiant disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 179–185. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.179>

- Winders, D., & Williams, P. (2011). Attention deficit/hyperactivity disorder in preschool-age children: issues and concerns. *Clinical Pediatrics*, 50(2), 144-52.  
<https://doi.org/10.1177/0009922810384722>
- Wolraich, M., Bard, D., Neas, B., Doffing, M., & Beck L. (2013). The psychometric properties of the Vanderbilt attention-deficit hyperactivity disorder diagnostic parent rating scale in a community population. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(2), 83-93.  
<http://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31827a3a22>
- Wolraich, M., Hagan, J., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S., Flinn, S., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J., Lehmann, C., Lessin, H., Okechukwu, K., Pierce, K., Winner, J. & Zurhellen, W. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- Wolraich, M., Lambert, W., Doffing, A., Bickman, L., Simmons, T. & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(8), 559–568.  
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg046>
- Wolraich, M., McKeown, R., Visser, S., Bard, D., Cuffe, S., Neas, B., Geryk, LL., Doffing, M., Bottai, M., Abramowitz, A., Beck, L., Holbrook, JR. & Danielson,

- M. (2014). The prevalence of ADHD: its diagnosis and treatment in four school districts across two states. *Journal of attention disorders*, 18(7), 563-75. <https://doi.org/10.1177/1087054712453169>
- Wootton, J., Frick, P., Shelton, K. & Silverthorn, P. (1997). Ineffective parenting and childhood conduct problems: the moderating role of callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 301–308. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.292.b>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics 11th Revision (ICD-11)*. WHO, Geneva.
- Wu, Y., Huang, Y., Chen, Y., Chen, C., Chang, T. & Chao, C. (2007). Psychometric study of the test of variables of attention: Preliminary findings on Taiwanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(3), 211-218. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01658.x>
- Zarafshan, H., Mohammadi, M., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S., Ahmadi, A., Alavi, S., Shakiba, A. & Salmanian, M. (2019). *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>
- Zelnik, N., Bennett-Back, O., Miari, W., Goetz, H., & Fattal-Valevski, A. (2012). Is the test of variables of attention reliable for the diagnosis of attention-deficit

hyperactivity disorder (ADHD)? *Journal of Child Neurology*, 27(6), 703-707.

<https://doi.org/10.1177/0883073811423821>

Zuluaga, B. & Fandiño. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 61-66.

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031>

## **Anexos**

**Anexo 1**  
VADTRS

**D4s1****Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Cuestionario del MAESTRO  
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant**Nombre del maestro(a) *Teacher's Name:* \_\_\_\_\_Hora de clase/*Class Time:* \_\_\_\_\_Materia/Periodo/*Class Name/Period:* \_\_\_\_\_Fecha actual/*Today's Date:* \_\_\_\_\_Nombre del alumno(a) *Child's Name:* \_\_\_\_\_Grado escolar/*Grade Level:* \_\_\_\_\_**Instrucciones:** Al evaluar a su alumno, conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Las respuestas deben reflejar su conducta desde el inicio del año escolar. Indique el número de semanas o meses que ha podido observar su conducta: \_\_\_\_\_.**Directions:** Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of the child you are rating and should reflect that child's behavior since the beginning of the school year. Please indicate the number of weeks or months you have been able to evaluate the behaviors: \_\_\_\_\_.Esta evaluación se refiere a un período en el que el niño(a)  
*Is this evaluation based on a time when the child* tomaba medicamentos  
*was on medication* no tomaba medicamentos  
*was not on medication* no lo sabe  
*not sure?*

Síntomas/ <i>Symptoms</i>	Nunca/ <i>Never</i>	A veces/ <i>Occasionally</i>	Seguido/ <i>Often</i>	Muy seguido/ <i>Very Often</i>
1. No pone atención a los detalles o comete errores en sus actividades escolares por descuido <i>Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus tareas o actividades <i>Has difficulty sustaining attention to tasks or activities</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades escolares (no porque se rehúse a seguirlas o porque no las comprenda) <i>Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o se niega a comenzar actividades que requieren un continuo esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con estímulos externos <i>Is easily distracted by extraneous stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) <i>Is forgetful in daily activities</i>				
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>				

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Este podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD. Revisión - 0303

American Academy  
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



**D4s2 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario del MAESTRO  
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant, continued**

Nombre del maestro(a) *Teacher's Name:* \_\_\_\_\_  
 Hora de clase/*Class Time:* \_\_\_\_\_  
 Materia/Período/*Class Name/Period:* \_\_\_\_\_  
 Fecha actual/*Today's Date:* \_\_\_\_\_  
 Nombre del alumno(a) *Child's Name:* \_\_\_\_\_  
 Grado escolar/*Grade Level:* \_\_\_\_\_

<b>Síntomas (continuación)</b> <b>Symptoms (continued)</b>				
11. Se pone de pie en el aula cuando debiera permanecer sentado <i>Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly</i>	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3
15. Habla excesivamente <i>Talks excessively</i>	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3
17. Tiene dificultad haciendo fila o cola <i>Has difficulty waiting in line</i>	0	1	2	3
18. Se entromete o interrumpe a otros (en conversaciones o juegos) <i>Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations/games)</i>	0	1	2	3
19. Pierde el control de sus emociones <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
20. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to comply with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
21. Se le ve enojado(a) <i>Is angry or resentful</i>				
22. Es rencoroso(a) <i>Is spiteful and vindictive</i>				
23. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
24. Comienza peleas de contacto físico <i>Initiates physical fights</i>	0	1	2	3
25. Miente para conseguir bienes o favores o para eludir sus obligaciones <i>Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (eg, "cons" others)</i>	0	1	2	3
26. Es físicamente cruel con los demás <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
27. Ha robado objetos de cierto valor <i>Has stolen items of nontrivial value</i>	0	1	2	3
28. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
29. Siente miedo, ansiedad o está preocupado(a) <i>Is fearful, anxious, or worried</i>				
30. Está pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	0	1	2	3



**D4s3 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario del MAESTRO  
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant, continued**

Nombre del maestro(a) *Teacher's Name*: \_\_\_\_\_

Hora de clase/*Class Time*: \_\_\_\_\_

Materia/Período/*Class Name/Period*: \_\_\_\_\_

Fecha actual/*Today's Date*: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno(a) *Child's Name*: \_\_\_\_\_

Grado escolar/*Grade Level*: \_\_\_\_\_

<b>Síntomas (continuación)</b> <i>Symptoms (continued)</i>				
31. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
32. Se desprecia a sí mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
33. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems; feels guilty</i>	0	1	2	3
34. Se siente solo(a) <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>				
35. Se le ve triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>				

<b>Rendimiento/Performance</b> <i>Comportamiento Académico/Academic Performance</i>	<b>Excelente/Excellent</b>	<b>Sobre lo normal/Above Average</b>	<b>Normal/Average</b>	<b>Cierta dificultad/Somewhat of a Problem</b>	<b>Con dificultad/Problematic</b>
36. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
37. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
38. Expresión escrita <i>Written expression</i>	1	2	3	4	5

<b>Conducta escolar</b> <i>Classroom Behavioral Performance</i>	<b>Excelente/Excellent</b>	<b>Sobre lo normal/Above Average</b>	<b>Normal/Average</b>	<b>Cierta dificultad/Somewhat of a Problem</b>	<b>Con dificultad/Problematic</b>
39. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
40. Sigue instrucciones <i>Following directions</i>	1	2	3	4	5
41. Conducta en clase <i>Disrupting class</i>	1	2	3	4	5
42. Concluye las tareas asignadas <i>Assignment completion</i>	1	2	3	4	5
43. Habilidad para organizarse <i>Organizational skills</i>	1	2	3	4	5

**Comentarios/Comments:**



**D4s4 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario del MAESTRO  
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant, continued**

Por favor devuelva esta forma a/Please return this form to: \_\_\_\_\_

Dirección/Mailing address: \_\_\_\_\_

Fax/Fax number: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: \_\_\_\_\_

Total Symptom Score for questions 1–18: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–28: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 29–35: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 36–43: \_\_\_\_\_

Average Performance Score: \_\_\_\_\_

American Academy  
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



**NICHQ**

National Initiative for Children's Healthcare Quality



## **Anexo 2**

Cuestionario de conducta Connors para profesores

**Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES**  
(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

<b>ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
<b>TOTAL.....</b>				

**Instrucciones:**

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA =            0 PUNTOS.  
 POCO =            1 PUNTO.  
 BASTANTE =      2 PUNTOS.  
 MUCHO =          3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.



## PAUTA PARA EVALUAR SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN SEGUNDA REVISIÓN

NOMBRE DEL EVALUADOR	MAITE OTONDO BRICEÑO
TÍTULO DEL SEMINARIO EVALUADO:	CORRELACIÓN ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DISRUPTIVA
ESTUDIANTE (S) AUTOR (ES) DEL SEMINARIO	ALEJANDRA JASMINE OÑATE SÁEZ JOHANA PATRICIA ORTEGA MANRÍQUEZ GRACIELA DEL PILAR PARRA BARRERA KAREN MONSERRAT SAGREDO FERNÁNDEZ CAMILA ESTEFANÍA SEPÚLVEDA ALARCÓN CONSTANZA ESTEFANÍA VALLEJOS SANHUEZA
CARRERA	PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN DIFERECIAL
PROFESOR GUÍA	SERGIO GATICA FERRARO

**Nota: Evalúe de 1.0 a 7.0 cada uno de los indicadores que se presentan esta pauta.**

### A. De La Formulación del Problema (25%)

INDICADORES	Nota
1. Construcción del objeto de estudio a partir de la presentación de antecedentes empíricos, contextuales y teóricos.	7.0
2. Supuestos o hipótesis de trabajo en correspondencia con el objeto de estudio.	7.0
3. Objetivos formulados con claridad y coherentes con el problema y el objeto de estudio.	7.0
4. Relevancia del problema de investigación en el contexto de las disciplinas pedagógicas.	7.0
5. Adecuada identificación y/o definición operacional de variables y/o categorías de análisis.	6.0
6. Fundamentación y justificación del problema basado en antecedentes bibliográficos y de trabajos de investigación relevantes en el campo de estudio.	7.0
<b>Promedio</b>	<b>6,8</b>

### B. DEL MARCO TEÓRICO REFERENCIAL (20%)

INDICADORES	Nota
1. Pertinencia y relevancia de la bibliografía (si corresponde a las disciplinas pedagógicas, actualizadas).	7.0
2. Uso del lenguaje técnico coherente con la temática estudiada.	7.0
3. Calidad y precisión del marco teórico/ Conceptual.	7.0
<b>Promedio</b>	<b>7.0</b>

### C. Del Diseño Metodológico del Problema (20%)

INDICADORES	Nota
1. Precisión del enfoque o modelo de investigación.	6.0
2. Presentación del método de investigación y su diseño.	6.0
3. Coherencia entre el enfoque investigativo, las fuentes de recogida de datos y el problema estudiado.	6.5
4. Precisión en la descripción de la población objetivo o de los participantes, su rol y función que cumplen en la investigación.	7.0
5. Precisión de las estrategias y técnicas de recogida de datos.	7.0
6. Descripción del procedimiento investigativo y/o escenarios donde se realiza la investigación.	7.0
7. Control de validez y confiabilidad y/o de credibilidad y consistencia interna de la información.	6.5
8. Consistencia entre unidad de análisis, fuentes y técnicas de análisis de la información.	7.0
<b>Promedio</b>	<b>6,62</b>

### D. DEL CONTENIDO TEMÁTICO Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN (25%)



INDICADORES	Nota
1. Procesamiento, análisis e interpretación pertinentes de los resultados o hallazgos de investigación.	7.0
2. Presentación de los hallazgos o resultados de forma clara y sintética.	7.0
3. Discusión de los resultados de la investigación.	7.0
4. Conclusiones sustentadas en los resultados o hallazgos.	7.0
5. Explicitación de las proyecciones y de las limitaciones del estudio.	7.0
6. Congruencia entre conclusiones, discusión y sugerencias que se realiza a partir de los resultados o hallazgos de la investigación.	7.0
<b>Promedio</b>	<b>7.0</b>

**E. DE LOS ASPECTOS FORMALES (10%)**

INDICADORES	Nota
1. Títulos pertinentes y sintéticos .	7.0
2. Estructura organizada de los contenidos atendiendo al enfoque y método investigativo.	6.0
3. Correcto uso de ortografía.	7.0
4. Coherencia en la redacción.	7.0
5. Sistematización en la formulación de citas y referencias bibliográficas.	7.0
6. Uso del sistema de citas bibliográficas, de acuerdo a normas APA.	6.0
<b>Promedio</b>	<b>6,66</b>

**2. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN**

Aspectos	Ponderación	Nota	PUNTAJE PORCENTUAL
A. De la Formulación del problema	25%	6,8	1,7
B. Del Marco Teórico referencial	20%	7.0	1,4
C. Del Diseño Metodológico de la investigación	20%	6,62	1,32
D. Del Contenido Temático y los Resultados	25%	7,0	1,75
E. De los aspectos formales	10%	6,66	0,66
<b>Nota promedio final</b>			<b>6,83</b>

**3. OBSERVACIONES O COMENTARIO DE SÍNTESIS.**

Resuma su opinión global en un comentario, que a su juicio, revele los aspectos más sobresalientes, tanto en lo referido a las fortalezas, como a las debilidades de este Seminario de Investigación, o indique las modificaciones que a su juicio deben realizarse a este trabajo para proceder a su calificación final.

El tema que se aborda es un componente esencial y muy relevante en el proceso de enseñanza, según refleja la revisión de la literatura. Se demuestra suficiente dominio de antecedentes empíricos y teóricos, tanto en la construcción del marco teórico como en la delimitación del problema de investigación, este aspecto tiene muy buen logro en la investigación que se presenta. El trabajo muestra una correcta y prolija redacción, este aspecto se destaca. La formulación del estudio es adecuada. El método: en este apartado hay que revisar elementos ausentes destacados en el texto. Los resultados a los que arriban son coincidentes y relacionados con los objetivos e interrogantes de la investigación. La redacción es clara, precisa, con un lenguaje técnico y bien fundamentado. Así también, existen algunas falencias de forma y fondo que deben ser corregidos. Se reconoce una estructura que necesita revisión. Corregir sugerencias en el texto de redacción y forma. Sugerencias: Adaptar el texto (forma) completo a los formatos de normalización de seminario. No son consignadas variables en su definición conceptual y operacional. Se deben corregir sugerencias en el texto para entrega final.



**Facultad de Educación**  
Universidad Católica de la Santísima Concepción

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "H. H. H.", with a date stamp "6/11/17" below it.

**FIRMA PROF. EVALUADOR**

**Fecha: 2-09-2021**



**PAUTA PARA EVALUAR SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN**

NOMBRE DEL EVALUADOR	Dr Felipe Sepúlveda L
TÍTULO DEL SEMINARIO EVALUADO:	CORRELACIÓN ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DISRUPTIVA
ESTUDIANTE (S) AUTOR (ES) DEL SEMINARIO	ALEJANDRA JASMINE OÑATE SÁEZ JOHANA PATRICIA ORTEGA MANRÍQUEZ GRACIELA DEL PILAR PARRA BARRERA KAREN MONSERRAT SAGREDO FERNÁNDEZ CAMILA ESTEFANÍA SEPÚLVEDA ALARCÓN CONSTANZA ESTEFANÍA VALLEJOS SANHUEZA
CARRERA	Prof. de Educación Diferencial
PROFESOR GUÍA	DR. SERGIO ANDRÉS GÁTICA FERRERO

**Nota:** Evalúe de 1.0 a 7.0 cada uno de los indicadores que se presentan esta pauta.

**A. De La Formulación del Problema (25%)**

INDICADORES	Nota
1. Construcción del objeto de estudio a partir de la presentación de antecedentes empíricos, contextuales y teóricos.	6,0
2. Supuestos o hipótesis de trabajo en correspondencia con el objeto de estudio.	6,0
3. Objetivos formulados con claridad y coherentes con el problema y el objeto de estudio.	5,5
4. Relevancia del problema de investigación en el contexto de las disciplinas pedagógicas.	6,0
5. Adecuada identificación y/o definición operacional de variables y/o categorías de análisis.	5,0
6. Fundamentación y justificación del problema basado en antecedentes bibliográficos y de trabajos de investigación relevantes en el campo de estudio.	6,0
<b>Promedio</b>	<b>5,75</b>

**B. DEL MARCO TEÓRICO REFERENCIAL (20%)**

INDICADORES	Nota
1. Pertinencia y relevancia de la bibliografía (si corresponde a las disciplinas pedagógicas, actualizadas).	7,0
2. Uso del lenguaje técnico coherente con la temática estudiada.	7,0
3. Calidad y precisión del marco teórico/ Conceptual.	7,0
<b>Promedio</b>	<b>7,0</b>

**C. Del Diseño Metodológico del Problema (20%)**

INDICADORES	Nota
1. Precisión del enfoque o modelo de investigación.	6,0
2. Presentación del método de investigación y su diseño.	6,0
3. Coherencia entre el enfoque investigativo, las fuentes de recogida de datos y el problema estudiado.	5,0
4. Precisión en la descripción de la población objetivo o de los participantes, su rol y función que cumplen en la investigación.	5,0
5. Precisión de las estrategias y técnicas de recogida de datos.	5,0
6 Descripción del procedimiento investigativo y/o escenarios donde se realiza la investigación.	6,0



7. Control de validez y confiabilidad y/o de credibilidad y consistencia interna de la información.	5,0
8 Consistencia entre unidad de análisis, fuentes y técnicas de análisis de la información.	5,5
<b>Promedio</b>	<b>5,44</b>

**D. DEL CONTENIDO TEMÁTICO Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN (25%)**

INDICADORES	Nota
1. Procesamiento, análisis e interpretación pertinentes de los resultados o hallazgos de investigación .	5,0
2. Presentación de los hallazgos o resultados de forma clara y sintética.	5,5
3. Discusión de los resultados de la investigación.	7,0
4. Conclusiones sustentadas en los resultados o hallazgos.	7,0
5. Explicitación de las proyecciones y de las limitaciones del estudio.	7,0
6. Congruencia entre conclusiones, discusión y sugerencias que se realiza a partir de los resultados o hallazgos de la investigación.	6,5
<b>Promedio</b>	<b>6,33</b>

**E. DE LOS ASPECTOS FORMALES (10%)**

INDICADORES	Nota
1. Títulos pertinentes y sintéticos .	7,0
2. Estructura organizada de los contenidos atendiendo al enfoque y método investigativo.	7,0
3. Correcto uso de ortografía.	7,0
4. Coherencia en la redacción.	7,0
5. Sistematización en la formulación de citas y referencias bibliográficas.	7,0
6. Uso del sistema de citas bibliográficas, de acuerdo a normas APA.	7,0
<b>Promedio</b>	<b>7,0</b>

**2. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN**

Aspectos	Ponderación	Nota	Puntaje porcentual
A. De la Formulación del problema	25%	<b>5,75</b>	1,4375
B. Del Marco Teórico referencial	20%	<b>7,0</b>	1,4
C. Del Diseño Metodológico de la investigación	20%	<b>5,44</b>	1,088
D. Del Contenido Temático y los Resultados	25%	<b>6,33</b>	1,5825
E. De los aspectos formales	10%	<b>7,0</b>	0,7
<b>Nota promedio final</b>			<b>6,208</b>

**3. OBSERVACIONES O COMENTARIO DE SÍNTESIS.**

Resuma su opinión global en un comentario, que a su juicio, revele los aspectos más sobresalientes, tanto en lo referido a las fortalezas, como a las debilidades de este Seminario de Investigación, o indique las modificaciones que a su juicio deben realizarse a este trabajo para proceder a su calificación final.

El Marco teórico se encuentra muy completo, organizado y denota un desarrollo conceptual de las variables elegidas para desarrollar el estudio.

Problema de Investigación: Si bien se presentan problemáticas de investigación relacionadas con el TDAH, cuesta comprender las razones que podrían justificar avanzar en el estudio de las correlaciones entre las variables planteadas en el estudio.

Métodos: Me queda la duda en relación con la pertinencia de establecer correlaciones entre dimensiones internas del mismo instrumento. Esto debe ser explicado en la presentación. También el procedimiento utilizado para establecer



que estudiantes cumplen con criterios para ser diagnosticados con TDAH y TCD. ¿Como son utilizados los resultados de os cuestionarios de padres y profesores?

Resultados: Sería deseable que se explique como se determina el diagnóstico de los estudiantes. Queda la duda en relación con como varían los resultados de la escala aplicada por los padres y los profesores. ¿El diagnóstico es una mezcla de ambas escalas? No encontré esta explicación

Discusión y Conclusión: Se desarrolla una adecuada interpretación de resultados en base a la literatura.

El informe esta muy bien escrito, utilización correcta de citas y formato APA.

**Aprobada en Consejo de Facultad / abril de 2011**

  
**FIRMA PROF. EVALUADOR**

**Fecha: 07 Septiembre 2021**