

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Medicina



“COMPARACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN NIÑOS CON TDAH COMBINADO Y NIÑOS CON TDA DE TEMPO COGNITIVO LENTO”

Nombre del Tutor Clínico: Dr. Daniel Martín Fernández-Mayoralas

Servicio: Neurología

Nombre del Tutor Metodológico: Ana Isabel Castillo Varón

Nombre del Alumno: Beatriz Neira Ortega

Facultad de Medicina, Salud y Deportes

Hospital Universitario Quirón Salud Madrid

Villaviciosa de Odón, mayo 2025

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	1
ABSTRACT & KEYWORDS.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	5
HIPÓTESIS	5
OBJETIVOS.....	5
3. METODOLOGÍA.....	6
A. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	6
B. ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	6
C. CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL	7
D. VARIABLES.....	7
E. RECOGIDA DE DATOS.....	11
F. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	12
4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	12
5. RESULTADOS	13
6. DISCUSIÓN.....	19
7. CONCLUSIONES.....	25
8. BIBLIOGRAFÍA.....	26
9. ANEXOS.....	29
A. ANEXO 1: RESOLUCIÓN POSITIVA DEL CEIM.....	29
B. ANEXO 2: TABLA DE VARIABLES.....	30
C. ANEXO 3: SPENCE CHILDREN ANXIETY SCALE (SCAS).....	32
D. ANEXO 4: SCREEN FOR CHILD ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS (SCARED).....	34
E. ANEXO 5: THE CHILD AND ADOLESCENT BEHAVIOR INVENTORY (CABI)	36
F. ANEXO 6: WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE (WFIRS).....	40

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva, persistente e incontrolable frente a múltiples aspectos de la vida cotidiana, cuya intensidad o duración resulta desproporcionada en relación con el impacto real de los acontecimientos. Su prevalencia es mayor en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que en la población pediátrica general. Dentro de los subtipos de TDAH, el subtipo con Tempo Cognitivo Lento (TDA-TCL) podría mostrar una mayor asociación con TAG en comparación con otros subtipos definidos por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* (DSM-5).

Objetivo Principal: Comparar la proporción de TAG en pacientes con TDA-TCL y TDAH combinado.

Metodología: Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo que incluyó 284 pacientes (142 con TDAH combinado y 142 con TDA-TCL), de entre 6 y 18 años, atendidos en la unidad de neurodesarrollo del Hospital Quirón Salud Madrid entre 2012 y 2023. Los datos fueron seudonimizados. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado. Las variables cualitativas se describieron en frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas, mediante mediana y rango intercuartílico. Se utilizaron las pruebas de Chi Cuadrado y U de Mann-Whitney, con significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: De los 284 pacientes incluidos la mediana de edad fue de 11 años [RIC = 6], con un 72,5% de pacientes masculinos. El TAG se presentó en el 32,4% de los pacientes con TDA-TCL, frente al 21,8% con TDAH combinado ($p = 0,045$). El Trastorno Negativista Desafiante (TND) fue más frecuente en el grupo combinado (21,8%) que en el TDA-TCL (12%) ($p = 0,031$).

Conclusiones: Los pacientes con TDA-TCL presentan TAG en una proporción significativamente mayor que aquellos con TDAH combinado, lo que sugiere una posible asociación clínica entre ambas condiciones.

Palabras clave: TDAH, tempo cognitivo lento, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada.

ABSTRACT & KEYWORDS

Introduction: Generalized Anxiety Disorder (GAD) is characterized by excessive, persistent, and uncontrollable worry about various aspects of daily life, with an intensity or duration disproportionate to the actual impact of events. Its prevalence is higher in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) than in the general pediatric population. Among ADHD subtypes, the Sluggish Cognitive Tempo (SCT) subtype, recently renamed as Cognitive Disengagement Hypoactivity Syndrome (CDHS), may show a stronger association with GAD compared to other subtypes defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).

Main Objective: To compare the proportion of GAD in patients with CDHS and combined-type ADHD.

Methodology This observational, analytical, cross-sectional, and retrospective study included 284 patients (142 with combined-type ADHD and 142 with CDHS), aged 6 to 18, treated at the Neurodevelopment Unit of Hospital Quirón Salud Madrid between 2012 and 2023. The data were processed in a pseudonymized manner. A descriptive and bivariate analysis was conducted. Qualitative variables were reported as absolute and relative frequencies, and quantitative variables as median and interquartile range. Chi-square and Mann-Whitney U tests were used, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Among the 284 patients, the median age was 11 years old [IQR = 6], and 72.5% were male. GAD was present in 32.4% of patients with CDHS, compared to 21.8% with combined-type ADHD ($p = 0.045$). Oppositional Defiant Disorder (ODD) was more common in the combined-type group (21.8%) than in the CDHS group (12%) ($p = 0.031$).

Conclusions: Patients with CDHS show a significantly higher proportion of GAD than those with combined-type ADHD, suggesting a potential clinical association between the two conditions.

Keywords: ADHD, sluggish cognitive tempo, cognitive disengagement hypoactivity syndrome, anxiety, generalized anxiety disorder.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurológico frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, siendo inadecuadas para el grado de desarrollo y funcionamiento del individuo (1). Existen tres tipos de presentaciones de este trastorno, recogidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* (DSM-5): combinada, predominante con falta de inatención y predominante hiperactiva/impulsiva (2). En el TDAH de presentación combinada, los pacientes deben cumplir seis o más síntomas tanto de criterio de inatención, como de criterio de hiperactividad/impulsividad durante un periodo superior a seis meses (2).

En la tercera edición del DSM se estableció la distinción entre las diferentes presentaciones de TDAH (3). Posteriormente, se presentaron estudios demostrando que los pacientes diagnosticados de trastorno de déficit de atención de predominio inatento y sin hiperactividad, tenían mayor presentación de ciertos síntomas (soñar despierto de forma excesiva, dificultad para iniciar y mantener el esfuerzo, letargia, confusión mental y lentitud en el comportamiento), que aquellos niños diagnosticados con TDAH combinado (3,4).

Desde mediados de la década de 1980, se comenzó a estudiar la existencia de un trastorno que era relativamente distinto del TDAH (3). Este nuevo trastorno se definió como trastorno por déficit de atención (TDA) de tempo cognitivo lento (*"Sluggish Cognitive Tempo (SCT)"* en inglés), aunque actualmente se recomienda denominarlo con el nuevo término: *"Cognitive Disengagement Hypoactivity Syndrome (CDHS)"* (5), en la literatura anglosajona. Sin embargo, a falta de una buena traducción, en este trabajo lo seguiremos denominando TDA de tempo cognitivo lento (TDA-TCL). El TDA-TCL se caracteriza por la persistencia de un conjunto de síntomas inapropiados para el desarrollo, persistentes (al menos seis meses) y que ocasionan el deterioro de una o más actividades importantes de la vida (dos dimensiones: enlentecimiento cognitivo e hipoactividad motora) (5).

En las últimas décadas se han desarrollado múltiples estudios para satisfacer el interés sobre este nuevo tipo de déficit atencional (4,6–8). Algunos han estudiado síntomas asociados como la depresión, la ansiedad, el insomnio, el perfil neuropsicológico y otras comorbilidades (6,7). Muchos de ellos lo han comparado con el TDAH (6,7), ya que actualmente el TDA-TCL aún no aparece como una entidad separada del TDAH en el DSM-5. Gracias a estos estudios sabemos que la prevalencia del TDAH en la

población es de un 5% (2,7,8), mientras que la del TDA-TCL se estima en torno al 2,3–2,6% (7,8).

La ansiedad es una reacción normal al estrés. En ocasiones, es una reacción que puede resultar beneficiosa para alertarnos sobre peligros y ayudarnos a prestar atención a los mismos (9). Sin embargo, cuando estas reacciones de nerviosismo o ansiedad son desproporcionadas y excesivas, nos referimos a ellas como trastorno de ansiedad (9). Uno de los trastornos comórbidos más frecuentes en el TDAH son los trastornos de ansiedad (10), dado que el diagnóstico precoz de TDAH incrementa el riesgo de aparición de sintomatología ansiosa en edades posteriores (10).

En 1980, se incluyó por primera vez en el DSM-3 el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (11). Actualmente, está recogido dentro del apartado de trastornos de ansiedad del DSM-5 (2). Se describe al TAG como la excesiva, incontrolada y, a menudo, injustificada preocupación (anticipación aprensiva), interfiriendo en las actividades de la vida diaria y pudiendo escalar fuera de control, sin poder ser regulado por el individuo (2,9,12). Para ser diagnosticado de TAG es necesario que el paciente haya presentado dichos síntomas, durante la mayor parte del tiempo, en un periodo mínimo de seis meses (2). Se estima que la prevalencia anual en la población general de TAG varía entre el 1–3,6% (2). Sin embargo, numerosos estudios han objetivado que los niños con TDAH tienen mayor riesgo a padecerlo que el resto de la población (13).

Algunas publicaciones han hallado que la ansiedad afecta de más gravemente a los niños que padecen TDAH que a los niños normotípicos (6,13). En los niños diagnosticados de TDAH, la ansiedad está asociada a menor capacidad atencional y función ejecutiva; así como, a una peor sociabilidad que puede llegar a provocar tensiones dentro del núcleo familiar (13). Por otra parte, parece que existe relación entre los niños diagnosticados de TDAH + trastornos de ansiedad concomitantes y un mayor riesgo de absentismo escolar (13). Todo lo descrito anteriormente, repercute gravemente en la calidad de vida del individuo y su desarrollo (13).

En algunos estudios, se ha constatado una mayor frecuencia de ansiedad en pacientes con TDA-TCL que en aquellos que padecen TDAH combinado (6,7). Se ha objetivado una mayor asociación entre el TDA-TCL y la ansiedad, la sintomatología depresiva, el insomnio y la timidez. En cambio, el TDAH combinado estaría más relacionado con el trastorno negativista desafiante (TND) y deficiencias en la función ejecutiva (7).

La velocidad de procesamiento es la eficiencia cognitiva para comprender y actuar sobre los estímulos externos (incluyendo percepciones de bajo nivel, cognición de alto nivel y velocidad de respuesta) (14). Se estima que el enlentecimiento de la velocidad

de procesamiento está más relacionado con los trastornos de déficit de atención de tipo predominantemente inatento (como es el TDA-TCL) que en los TDAH combinados o de tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo (14). Recientemente se ha establecido una posible relación entre la ansiedad y un mayor enlentecimiento de la velocidad de procesamiento (15).

Comprender la proporción del TAG en niños con TDAH combinado en relación al TDA-TCL puede proporcionar información adicional para procurar un cuidado integral y efectivo en dichos pacientes (16,17). El presente estudio permite ampliar la información sobre este tema, optimizando el diagnóstico sobre esta intersección de comorbilidades, de cara a un mejor tratamiento que permita a estos niños florecer en todos los aspectos de sus vidas (16,17).

Por todo lo anterior, el objetivo principal de este trabajo fue comparar las diferencias en la proporción de presentación de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en pacientes diagnosticados de TDAH combinado y TDA-TCL. De forma secundaria, se analizaron las características sociodemográficas, clínicas, perfil neuropsicológico y nivel de ansiedad en ambos grupos.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

La proporción de niños con TDA de tempo cognitivo lento que presentan trastorno de ansiedad generalizada es mayor que en aquellos con TDAH combinado.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Comparar la proporción de pacientes con TDA-TCL y pacientes con TDAH combinado que presentan trastorno de ansiedad generalizada.

Objetivos secundarios:

- Describir las características sociodemográficas (edad y sexo) y compararlas en ambos grupos (pacientes diagnosticados de TDAH combinado y pacientes diagnosticados de TDA-TCL).
- Describir las características clínicas (baja autoestima y trastorno negativista desafiante (TND)) y compararlas en ambos grupos.
- Comparar el perfil neuropsicológico (atención, lectura e intelecto) en ambos grupos.
- Comparar el nivel de ansiedad en ambos grupos.

3. METODOLOGÍA

A. Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se compararon dos cohortes (un grupo de pacientes con TDA-TCL y otro grupo de pacientes con TDAH combinado).

B. Ámbito y población de estudio

Pacientes del Hospital Quirón Salud Madrid, con edades comprendidas entre los 6 y 18 años (ambas inclusive), diagnosticados de TDAH combinado o de TDA-TCL. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de pacientes que acudieron a consulta entre los años 2012 y 2023.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos, pertenecientes al grupo de edad ≥ 6 años y ≤ 18 años.
- Pacientes que acudieron a consultas en neurología pediátrica del Hospital Quirón Salud Madrid entre los años 2012 y 2023.
- Pacientes con el diagnóstico de confirmación de TDAH combinado (según el DSM-5).
- Pacientes con el diagnóstico de confirmación de TDA-TCL, según los siguientes criterios:
 - Diagnóstico clínico de déficit de atención.
 - Velocidad de procesamiento inferior a 90, según la Escala de inteligencia de Wechsler para niños - V (WISC-V) (18).
 - Presentar un *Child and Adolescent Behavior Inventory (CABI)* superior a 65 (19).
 - Cumplir menos de cuatro síntomas para el criterio de hiperactividad e impulsividad y seis o más para el criterio de inatención según el DSM-5 (es decir, diagnóstico de TDA sin hiperactividad de presentación inatenta según el DSM-5) (2).

Criterios de exclusión:

- Pacientes con TDA-TCL que presenten algún trastorno neurológico orgánico adicional.
- Pacientes con TDAH combinado que presenten algún trastorno neurológico orgánico adicional.

- Pacientes con TDA-TCL que presenten discapacidad intelectual.
- Pacientes con TDAH combinado que presenten discapacidad intelectual.

C. Cálculo de tamaño muestral

Varios artículos publicados estiman que la proporción de pacientes con TDA-TCL que presentan trastorno de ansiedad generalizada es mayor a la de los pacientes con TDAH combinado. En un estudio, se recogía que la proporción de pacientes con TDA-TCL que presentaban un trastorno de ansiedad generalizada asociado era del 20% (6). En cambio, la proporción de pacientes con TDAH combinado que, además, presentaban un trastorno de ansiedad generalizada era del 8% (6).

Basándonos en lo expuesto anteriormente, se calculó el tamaño muestral utilizando la fórmula para comparación de proporciones de muestras independientes. De acuerdo a dicha fórmula, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan un total de 280 sujetos (140 sujetos en el primer grupo y 140 en el segundo) para detectar, como estadísticamente significativa, la diferencia entre las dos proporciones mencionadas (20% vs 8%). Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 10% y se utilizó la aproximación del ARCOSENO.

Tamaño de la muestra: se incluyó un total de 284 pacientes: 142 diagnosticados de TDAH combinado y 142 diagnosticados de TDA-TCL.

D. Variables

A continuación, se describen las variables que se tuvieron en cuenta para la realización de este estudio. En el Anexo 2 de este estudio se incluye una tabla resumen de las variables explicadas a continuación.

La **VARIABLE PRINCIPAL RESULTADO** de este estudio fue la presentación o no presentación de **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**. Esta es una variable cualitativa dicotómica. Su medición se realizó de forma clínica en la consulta, apoyándose en las siguientes escalas para su medición (se aceptó como diagnóstico de TAG, el tener resultados positivos para ello en alguna de las escalas descritas a continuación):

- *Spence Children Anxiety Scale (SCAS)*: Es una escala que consta de 38 ítems con cuatro opciones tipo Likert (nunca: 0, a veces: 1, muchas veces: 2 y siempre: 3); incluyendo otros 6 ítems para contrarrestar el sesgo negativo (20). Evalúa varias categorías diagnósticas (ataques de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, miedos específicos, trastorno obsesivo-

compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada), incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada (21). Los ítems que evalúan el trastorno de ansiedad generalizada son: 1, 3, 4, 20, 22 y 24 (20) (la obtención de resultados positivos para estos apoyó el diagnóstico de TAG). Cuanto mayor puntuación se obtuvo en esta escala, mayor nivel de ansiedad (20) (Anexo 3).

- Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Es un test que consta de 41 ítems. Cada uno de ellos se evalúa de 0 a 2 (nunca o casi nunca: 0, algunas veces: 1, casi siempre o siempre: 2). Existen dos modelos de cuestionario (cuentan con los mismos ítems), uno dirigido a los padres y otro a los niños. Se consideró trastorno de ansiedad generalizada una puntuación de 9 en los siguientes ítems: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 (Anexo 4).

La **VARIABLE PRINCIPAL DE AGRUPACIÓN** de este estudio fue el tipo de trastorno por déficit de atención que presentaban los pacientes, agrupándolos en dos grupos según presentaran TDAH combinado o TDA-TCL. Por lo tanto, es una variable cualitativa dicotómica.

El **diagnóstico de TDAH combinado** se realizó clínicamente siguiendo los criterios especificados para ello en el DSM-5: los pacientes debían cumplir seis o más síntomas tanto para el criterio de inatención como para el criterio de hiperactividad/impulsividad, durante un período superior a 6 meses (2).

El **diagnóstico de TDA de tempo cognitivo lento (TDA-TCL)** se realizó clínicamente siguiendo los criterios especificados en los criterios de inclusión:

- Diagnóstico clínico de Déficit de atención.
- Velocidad de procesamiento inferior a 90 según la Escala de inteligencia de Wechsler para niños – V (WISC-V) (18).
- CABI (*Child and Adolescent Behavior Inventory*) superior a 65 (19).
- Cumplir menos de cuatro síntomas para el criterio de hiperactividad e impulsividad y seis o más para el criterio de inatención según el DSM-5 (es decir, diagnóstico de TDA sin hiperactividad de presentación inatenta) (2).

Los test neuropsicológicos nombrados en estos criterios son:

- The Child and Adolescent Behavior Inventory (CABI): es una escala de puntuación de síntomas internos o externos, dirigida a padres y profesores. La versión española actual mide las percepciones de padres y profesores sobre el TDA-TCL, el TDAH predominantemente hiperactivo impulsivo, el TDAH combinado; así como, otra serie de trastornos (TND, ansiedad, depresión,

entre otros) (19). Este cuestionario está diseñado de forma que cada síntoma es puntuado en una escala de 6 puntos, donde cada uno de ellos tiene una definición específica de comportamiento en el último mes (casi nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, muy a menudo y casi siempre) (19) (Anexo 5).

- Escala Wechsler de inteligencia para niños 5ª Edición (WISC V): Puede aplicarse en niños desde los 6 a los 16 años (22). Está formada por 15 pruebas (Cubos, Semejanzas, Matrices, Dígitos, Claves, Vocabulario, Búsqueda de Símbolos, Información, Letras y Números, Cancelación, Comprensión, Aritmética, Puzles Visuales, Balanzas y “Span” de dibujos) (22). A partir de estas pruebas pueden obtenerse diversos índices, escalas secundarias y un cociente de inteligencia total (22).

Además, para la realización de este estudio, se tuvieron en cuenta una serie de **VARIABLES SECUNDARIAS**, que se agruparon según su temática en: variables sociodemográficas, variables clínicas descriptoras de la muestra y variables clínicas relacionadas con la patología de estudio.

Las variables sociodemográficas recogidas en este estudio fueron la edad y el sexo de los participantes. Se tuvo en cuenta la **edad** como los años cumplidos por el paciente en el momento de la recogida de datos, siendo una variable cuantitativa discreta. Respecto al **sexo** se valoró si el paciente era varón o mujer siendo, por tanto, una variable cualitativa dicotómica.

Las variables clínicas descriptoras de la muestra que se estudiaron en este trabajo fueron: la valoración de la **autoestima** (autoestima normal vs baja autoestima) y la presentación o no presentación de **trastorno negativista desafiante (TND)**. Ambas variables son cualitativas dicotómicas. La medición de la baja autoestima se realizó clínicamente utilizando como apoyo la Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS). Mientras que la medición del TND se realizó clínicamente siguiendo los criterios del DSM-5 (2).

- Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS): Es una prueba de 69 ítems divididos en 7 dominios que normalmente se ven afectados en niños con TDAH, siendo uno de ellos la autoestima. Tiene cuatro opciones tipo Likert (nunca: 0, a veces: 1, muchas veces: 2 y siempre: 3). Una puntuación ≥ 2 en el apartado de “concepto propio del niño” se consideró que apoyaba el diagnóstico de baja autoestima (Anexo 6).

- Criterios diagnósticos de TND según el DSM-5: El paciente debía presentar, durante más de 6 meses, más de cuatro síntomas en las categorías de: enfado/irritabilidad, discusiones o actitud desafiante y/o actitud vengativa. Estos síntomas debían tener un impacto negativo en el entorno del individuo y provocar malestar. Para poder ser diagnosticado, los comportamientos debían estar presentes sin concurrir con consumo de tóxicos, trastornos psicóticos o trastornos depresivos. Tampoco debía cumplir criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (2).

Las variables clínicas relacionadas con la patología de estudio que se valoraron, durante la realización de este trabajo, fueron: el perfil neuropsicológico (atención, lectura e intelecto) y el nivel de ansiedad. El **perfil neuropsicológico** consta de tres apartados: la atención, que se evaluó como variable cualitativa dicotómica (se ha medido si era o no patológica); la lectura, también como variable cualitativa dicotómica (midiendo si era o no patológica) y el intelecto, siendo esta una variable cualitativa ordinal independiente (pudiendo ser: bajo (<90), normal (90–100) o alto (CI>100)). Por otro lado, el **nivel de ansiedad** se valoró como una variable cualitativa ordinal independiente, teniendo esta variable tres categorías: leve o normativa (<60), moderada (60-80) y alta (>80).

Los diferentes test utilizados para la medición de estas variables fueron los siguientes:

Perfil neuropsicológico: Atención (patológica/no patológica): Para su medición se utilizó al menos uno de los siguientes test. La elección de un test u otro para medir el nivel de atención depende de la edad del paciente y de la elección del clínico. Todos son test de ejecución continuada:

- Tarea de Atención Sostenida en la Infancia (CSAT): evalúa la atención sostenida y selectiva en niños mediante vigilancia (23). La aplicación de la prueba abarca desde los 6-7 años a los 10-11 años (23).
- Conners Continuous Performance Test 3rd Edition (CPT III): Evalúa la capacidad de atención global de los sujetos. Puede aplicarse a partir de los 6 años (23). Se evalúan los aciertos, errores por omisión, errores de comisión y tiempos de reacción (23).
- Test AULA: Prueba visual y auditiva. Este test se realiza de forma virtual utilizando gafas de visión 3D. Puede realizarse en niños de 6 a 16 años (24). Evalúa tanto los errores de omisión y comisión como el tiempo de reacción (24).

- Escala de Magallanes de atención visual (EMAV): Valora de forma cuantitativa el rendimiento en una tarea viso-motriz (25). Evalúa la capacidad de focalizar, codificar y mantener la atención frente a estímulos visuales, durante un tiempo determinado, mientras se ejecuta una tarea motriz simple (25).

Perfil neuropsicológico: Lectura (patológica/no patológica):

- Test de PROLEC: según la edad existe el test Prolec-R (para niños de 6 a 12 años) y el test de Prolec SE (para niños de 12 a 18 años) (7,26). Ambos consisten en un conjunto de pruebas que permite evaluar la dificultad y comprensión lectora del niño o adolescente (26,27).

Perfil neuropsicológico: Intelecto (bajo/normal/alto): Para su medición se utilizó la Escala Wechsler de inteligencia para niños 5ª Edición (WISC V), descrita anteriormente.

Nivel de ansiedad (leve-normativa/moderada/alta): Para su valoración se utilizó la Spence Children Anxiety Scale (SCAS), descrita previamente.

Los test y escalas descritos anteriormente se realizan de forma rutinaria en los pacientes que acuden a consultas de neurología pediátrica.

E. Recogida de datos

La recogida de datos se realizó a partir de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta de neurología en el Hospital Universitario Quirón Salud Madrid. Se escogieron aleatoriamente historias clínicas, desde 2012 hasta 2023, de niños con edades comprendidas entre los 6 y 18 años diagnosticados de TDAH combinado o de TDA-TCL.

Los datos recogidos se trataron de forma seudonimizada, para proteger el anonimato de los pacientes y sus datos personales (nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, etcétera). Para ello se crearon dos bases de datos, que compartían un código de asignación para cada paciente. La base de datos que incluía los datos personales identificativos de los pacientes fue custodiada por el Tutor Clínico en el ordenador del Servicio, dentro del Hospital y se mantuvo sometida a los controles de los sistemas del Hospital Universitario Quirón Salud Madrid y no se incluyó en dispositivos móviles externos. La segunda base de datos carecía de los datos identificativos personales y solo contaba con el código asignado por el tutor a cada paciente; así como, los datos de las variables a estudiar en este trabajo. Esta segunda

base de datos es la que utilizó el estudiante para realizar el análisis estadístico del estudio.

F. Análisis estadístico

En este estudio se realizaron dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro bivariado. Para el análisis descriptivo, se utilizaron las frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para expresar las variables cualitativas; y la mediana y el rango intercuartílico (RIC) para expresar las variables cuantitativas, ya que la edad (única variable cuantitativa del estudio), no seguía una distribución normal. Como prueba de normalidad se utilizó *Shapiro Wilk*.

En el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi Cuadrado cuando se comparaban dos variables cualitativas, como tipo de patología (TDA-TCL o TDAH combinado), presentar o no TAG, sexo, autoestima, presentar o no TND, perfil neuropsicológico (atención, lectura e intelecto) y nivel de ansiedad. En cambio, con el propósito de comparar la proporción de pacientes diagnosticados de TDAH combinado y TDA-TCL (variable cualitativa), en función de la edad (variable cuantitativa), se empleó la prueba *de U de Mann Withney*, ya que la distribución de la variable edad no seguía la normalidad.

Se consideró la existencia de significación estadística cuando el p-valor fue inferior al 5%. El análisis de los datos se realizó con las herramientas estadísticas que proporciona el programa *JAMOV* 2.3.28 *solid*.

4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se solicitó al Comité de Ética e Investigación Médica de La Fundación Jiménez Díaz la evaluación del protocolo y la exención de solicitar el consentimiento informado, puesto que este estudio es observacional y retrospectivo, teniendo riesgo nulo para los sujetos. El proyecto comenzó una vez se obtuvo el informe de resolución favorable (Anexo 1 – CEIM 053-24).

El trabajo se realizó respetando las normativas en materia de bioética según la Declaración de Helsinki, el Informe de Belmont, el Convenio de Oviedo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina; así como, la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

El estudio se realizó conforme a la legislación de la UE sobre datos personales, en concreto la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, el Real Decreto 1720/2007, la Ley 41/2002, de 14

de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5. RESULTADOS

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

En este estudio se revisaron aleatoriamente un total de 340 historias clínicas de pacientes del servicio de neurología pediátrica del Hospital Quirón Salud Madrid que acudieron a consultas entre los años 2012-2023. De las 165 historias clínicas pertenecientes a pacientes diagnosticados de TDA-TCL, 142 cumplían con los criterios de inclusión. De las 175 historias clínicas correspondientes al grupo de TDAH combinado 159 historias cumplían con los criterios de inclusión. De estas últimas se eligieron aleatoriamente 142 para que el número de pacientes fuera el mismo en ambos grupos (Figura 1).

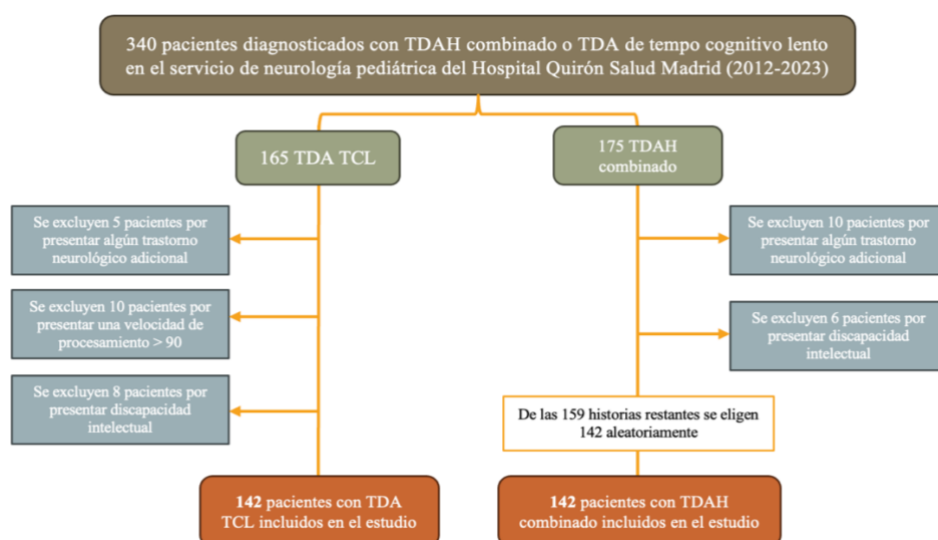


Figura 1. Diagrama de flujo de la población. Incluye criterios de inclusión y de exclusión, así como el número total de participantes del estudio. TDA TCL = Trastorno por Déficit de Atención de Tempo Cognitivo Lento. TDAH combinado = Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de tipo combinado.

DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DESCRIPTORAS DE LA MUESTRA

Finalmente, se incluyeron 284 pacientes con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, siendo la mediana y el rango intercuartílico [RIC] de 11[6]. En cuanto al sexo, 206 pacientes del total eran varones (72,5%), mientras que 78 pacientes eran mujeres (27,5%) (Tabla 1).

Se compararon las características sociodemográficas (edad y sexo) en los dos grupos de pacientes (TDAH combinado y TDA-TCL). Siendo la mediana de **edad** 10[6] años en el grupo de TDAH combinado y de 11[6] años en el grupo de TDA-TCL. No se

encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,333$). (Ver Tabla 1).

Asimismo, se analizaron las diferencias en cuanto al **sexo**. El grupo de TDAH combinado contaba con 119 varones (83,8%) y 23 mujeres (16,2%), mientras que el grupo de TDA-TCL presentaba 87 varones (61,3%) y 55 mujeres (38,7%). Hallándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p<0,001$). (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Descripción y comparación de características sociodemográficas y clínicas entre los dos grupos de estudio (TDAH combinado vs TDA-TCL)

		TDAH combinado n=142	TDA-TCL n=142	Muestra total N= 284	p-valor
Edad mediana [RIC]; min-máx.		10 [5]; 6 – 18	11 [6]; 6 – 18	11 [6]; 6 – 18	0,333* ¹
Sexo n (%)	Varones	119 (83,8)	87 (61,3)	206 (72,5)	<0,001* ²
	Mujeres	23 (16,2)	55 (38,7)	78 (27,5)	
Autoestima n (%)	Baja	56 (39,4)	53 (40,2)	109 (39,8)	0,904* ²
	Normal	86 (60,6)	79 (59,8)	165 (60,2)	
	Sin registro de datos	0	10	10	
TND n (%)	Sí	31 (21,8)	16 (12)	47 (17,1)	0,031* ²
	No	111 (78,2)	117 (88)	228 (82,9)	
	Sin registro de datos	0	9	9	

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TDA-TCL: Trastorno por déficit de atención de tempo cognitivo lento; RIC: Rango intercuartílico; TND: Trastorno negativista desafiante. *¹p-valor obtenido con la prueba de la U de Mann-Whitney, considerándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$); *²p-valor obtenido con la prueba de la χ^2 , considerándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

Se determinaron y analizaron las **características clínicas** de la muestra (autoestima y presentación de TND). Respecto a la **autoestima**, de los 284 participantes, un total de 109 presentaron baja autoestima (39,8%) (ver Tabla 1). En el grupo de TDAH combinado 56 pacientes mostraron baja autoestima (39,4%), mientras que en el grupo de TDA-TCL 53 pacientes presentaron baja autoestima (40,2%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la autoestima entre los dos grupos de estudio ($p=0,904$). (Ver Tabla 1).

En cuanto al **TND**, de los 284 pacientes incluidos en el estudio, 47 presentaron TND (17,1%) (ver Tabla 1). El grupo de TDAH combinado incluía 31 pacientes diagnosticados de TND (21,8%), mientras que en el grupo de TDA-TCL había 16 pacientes diagnosticados de TND (12%). La proporción de presentación de TND fue estadísticamente significativa entre los dos grupos de estudio ($p=0,031$) (Ver Tabla 1).

COMPARACIÓN DEL TAG EN PACIENTES CON TDAH COMBINADO Y TDA-TCL

El **objetivo principal** de este estudio fue comparar la proporción de **presentación de TAG** en pacientes con TDA-TCL y pacientes con TDAH de tipo combinado. De los 284

pacientes incluidos en el estudio, 77 presentaron TAG (un 27,1% del total). En el grupo de TDAH combinado 31 pacientes presentaron TAG (21,8%), mientras que en el grupo de TDA-TCL 46 pacientes presentaron TAG (32,4%). La proporción de pacientes con TAG fue significativamente distinta entre los dos grupos de estudio ($p=0,045$) (Figura 2).

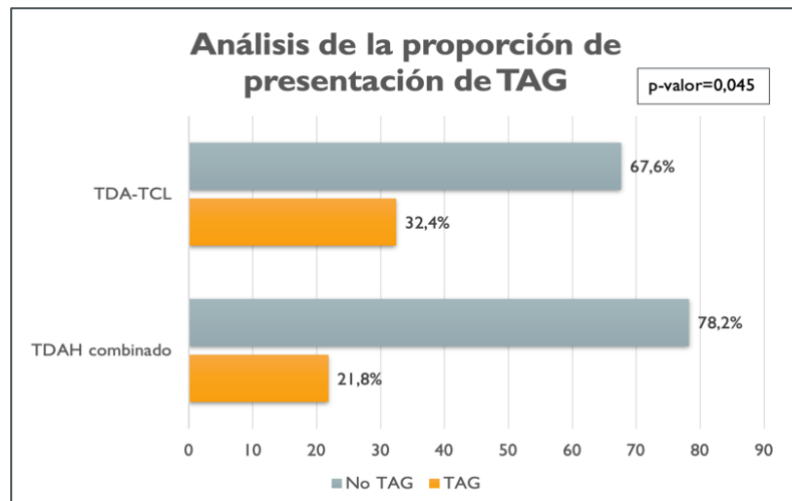


Figura 2. Análisis de la proporción de presentación de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en los dos grupos de estudio (TDAH combinado vs TDA-TCL). TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TDA-TCL = Trastorno por Déficit de Atención de Tempo Cognitivo Lento. p-valor obtenido con la prueba de la χ^2 , considerándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

COMPARACIÓN DEL PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN PACIENTES CON TDAH COMBINADO Y TDA-TCL

Uno de los objetivos secundarios de este estudio fue comparar el perfil neuropsicológico (atención, lectura e intelecto) entre los dos grupos de pacientes (TDAH combinado y TDA-TCL).

ATENCIÓN

Para medir la atención se recogieron los datos de los pacientes de acuerdo a cuatro test neuropsicológicos utilizados en consultas (CPT III, AULA, EMAV y CSAT), ya explicados en el apartado de variables. No todos los pacientes fueron evaluados mediante los cuatro test. En las historias clínicas de algunos de los pacientes solo constaban los resultados de alguno de dichos test. De los 284 pacientes incluidos en este estudio, 262 completaron el test de CPT III, 76 realizaron el test AULA, 211 fueron evaluados con la EMAV y 51 tenían resultados del CSAT. (Ver Tabla 2).

De los 262 pacientes evaluados mediante el **CPT III**, 192 obtuvieron un resultado patológico en cuanto a su capacidad atencional (73,3%). En el grupo de pacientes de TDAH combinado 100 presentaron datos patológicos de atención en el CPT III (75,2%), mientras que en el grupo de TDA-TCL eran 92 los que presentaron datos patológicos

(71,3%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la atención medida mediante el CPT III entre los dos grupos de estudio ($p=0,479$) (Tabla 2).

De los 76 pacientes evaluados mediante el **AULA**, 69 obtuvieron un resultado patológico en cuanto a su capacidad atencional (90,8%). En cuanto al grupo de pacientes de TDAH combinado 35 presentaron datos patológicos para la atención en el AULA (92,1%), y en el grupo de TDA-TCL fueron 34 los que presentaron datos patológicos (89,5%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la atención medida mediante el AULA entre los dos grupos de estudio ($p=0,692$) (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación perfil neuropsicológico en ambos grupos (TDAH combinado vs TDA-TCL)

			TDAH combinado n=142	TDA-TCL n=142	Muestra total N= 284	p- valor*
Atención	CPT III n (%)	Patológico	100 (75,2)	92 (71,3)	192 (73,3)	0,479
		No patológico	33 (24,8)	37 (28,7)	70 (26,7)	
		Sin registro de datos	9	13	22	
	AULA n (%)	Patológico	35 (92,1)	34 (89,5)	69 (90,8)	0,692
		No Patológico	3 (7,9)	4 (10,5)	7 (9,2)	
		Sin registro de datos	104	104	208	
	EMAV n (%)	Patológico	86 (79,6)	93 (90,3)	179 (84,8)	0,031
		No Patológico	22 (20,4)	10 (9,7)	32 (15,2)	
		Sin registro de datos	34	39	73	
	CSAT n (%)	Patológico	27 (84,4)	14 (73,7)	41 (80,4)	0,353
		No Patológico	5 (15,6)	5 (26,3)	10 (19,6)	
		Sin registro de datos	110	123	233	
Lectura n (%)	PROLEC Patológico		75 (53,6)	75 (59,5)	150 (56,4)	0,328
	PROLEC		65 (46,4)	51 (40,5)	116 (43,6)	
	No patológico					
	Sin registro de datos		2	16	18	
Intelecto n (%)	Bajo (<90)		35 (25,2)	42 (31,1)	77 (28,1)	0,039
	Normal (90-100)		40 (28,8)	51 (37,8)	91 (33,2)	
	Alto (>100)		64 (46)	42 (31,1)	106 (38,7)	
	Sin registro de datos		3	7	10	

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TDA-TCL: Trastorno por déficit de atención de tempo cognitivo lento; CPT III: Conners Continuous Performance Test 3rd Edition; EMAV: Escala de Magallanes de Atención Visual; CSAT: Tarea de atención sostenida en la infancia. *p-valor obtenido con la prueba de la χ^2 , considerándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

De los 211 pacientes evaluados mediante la **EMAV**, 179 obtuvieron un resultado patológico en cuanto a su capacidad atencional (84,8%). En el grupo de pacientes de TDAH combinado, 86 presentaron datos en rango patológico en la EMAV (79,6%), mientras que en el grupo de TDA-TCL fueron 93 los que presentaron datos patológicos (90,3%). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la atención medida mediante la EMAV entre los dos grupos de estudio ($p=0,031$) (Tabla 2).

De los 51 pacientes evaluados mediante el **CSAT**, 41 obtuvieron un resultado patológico en cuanto a su capacidad atencional (80,4%). En el grupo de pacientes de TDAH combinado 27 presentaron datos patológicos de atención en el CSAT (84,4%), mientras que en el grupo de TDA-TCL eran 14 los que presentaron datos patológicos (73,7%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la atención medida mediante el CSAT entre los dos grupos de estudio ($p=0,353$) (Tabla 2).

LECTURA

Para medir la capacidad de **lectura** de los pacientes, en este estudio se utilizó el test de PROLEC, ya explicado en el apartado de variables. De los 284 pacientes incluidos en este estudio, 266 pacientes tenían registrado en sus historias clínicas los resultados del test de PROLEC. De estos 266 pacientes, 150 presentaron un resultado en rango patológico para la lectura (56,4%). En el grupo de TDAH combinado 75 pacientes presentaron resultados de lectura patológicos (53,6%), mientras que en el grupo de TDA-TCL fueron 75 los que obtuvieron resultados patológicos (59,5%). En relación con la lectura no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio ($p=0,328$) (Tabla 2).

INTELECTO

En cuanto al **intelecto**, se utilizó el coeficiente intelectual total (CIT) obtenido en el test de WISC-V, ya explicado en el apartado de variables. Del total de 284 historias incluidas en este estudio, el dato del CIT solo constaba en 276 historias. De los 276 pacientes incluidos para analizar el intelecto, 77 presentaron un CIT bajo (28,1%), 106 presentaron un CIT alto (38,7%) y el resto, 91 pacientes, presentaron un CIT normal (33,2%). De los pacientes diagnosticados de TDAH combinado, 35 pacientes presentaron un CIT bajo (25,2%); mientras que en el grupo de TDA-TCL eran 42 los pacientes con CIT bajo (31,1%). En el grupo de TDAH combinado, 64 pacientes tuvieron un CIT alto (46%); mientras que en el grupo de TDA-TCL 42 pacientes presentaron un CIT alto (31,1%). En cuanto a los pacientes con CIT normal, se registraron 40 pacientes en el grupo de TDAH combinado (28,8%) y 51 en el grupo de TDA-TCL (37,8%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al intelecto de los dos grupos de estudio ($p=0,039$) (Tabla 2).

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON TDAH COMBINADO Y TDA-TCL

El último objetivo secundario de nuestro estudio, fue analizar el **nivel de ansiedad** que presentaban los pacientes diagnosticados de TDAH combinado y de TDA-TCL. Para ello

se utilizó el SCAS, ya descrito en el apartado de variables. De los 284 pacientes incluidos en este estudio, 207 pacientes presentaron ansiedad en rango normativo o leve (72,9%), 33 pacientes mostraron ansiedad en un grado moderado (11,6%) y 44 pacientes obtuvieron niveles elevados de ansiedad (15,5%). De los pacientes diagnosticados de TDAH combinado, 111 presentaron ansiedad en rango normativo o de leve graduación (78,2%); mientras que en el grupo de TDA-TCL 96 pacientes mostraron niveles leves/normativos de ansiedad (67,6%). En el grupo de TDAH combinado fueron 7 los pacientes con niveles moderados de ansiedad (4,9%), frente a 26 pacientes en el grupo de TDA-TCL (18,3%). Por último, en el grupo de TDAH combinado se encontraron 24 pacientes con elevados niveles de ansiedad (16,9%); mientras que en el grupo de TDA-TCL 20 pacientes mostraron ansiedad elevada (14,1%). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de ansiedad de los dos grupos de estudio ($p=0,002$) (Figura 3).

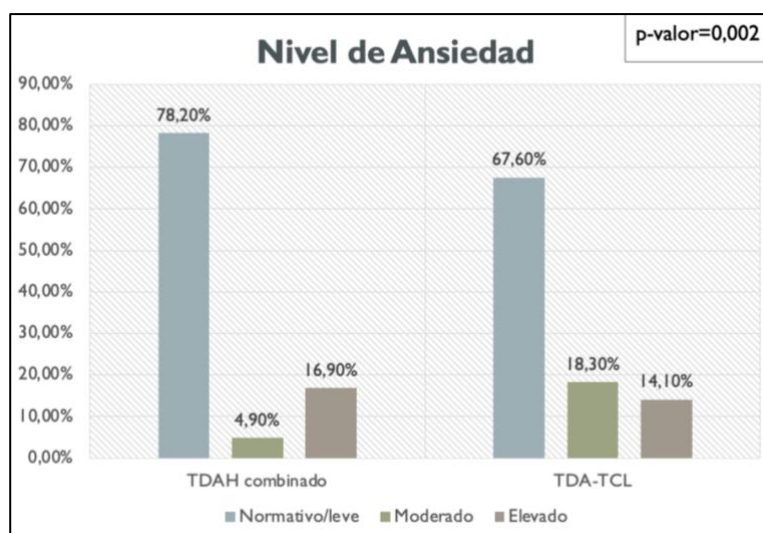


Figura 3. Análisis del nivel de ansiedad (normativo/leve, moderado y elevado). TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TDA-TCL = Trastorno por Déficit de Atención de Tempo Cognitivo Lento. p -valor obtenido con la prueba de la χ^2 , considerándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

En relación a la comparación del nivel de ansiedad, se valoró que la presentación o no presentación de ansiedad, podía estar actuando como un factor de confusión al obtener los resultados. Por ello, se decidió no tener en cuenta a los pacientes que presentaban niveles normativos/leves de ansiedad. Por consiguiente, se valoró a 77 pacientes en total: 33 que presentaron niveles moderados de ansiedad (42,9%) y 44 con elevado nivel de ansiedad (57,1%). En este caso, el resultado fue que en el grupo de TDAH combinado 7 pacientes mostraron niveles moderados de ansiedad (33,6%), mientras que en el grupo TDA-TCL fueron 26 pacientes (56,6%). Por último, presentaron niveles elevados de ansiedad 7 pacientes (77,4%) del grupo de TDAH,

mientras que en el grupo de TDA-TCL fueron 20 pacientes (43,5%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio ($p=0,003$) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Comparación nivel ansiedad (moderado vs elevado) en ambos grupos (TDAH combinado vs TDA-TCL)

		TDAH combinado n=31	TDA-TCL n=46	Muestra total N= 77	p-valor*
Nivel ansiedad n (%)	Moderado	7 (22,6)	26 (56,5)	33 (42,9)	0,003
	Elevado	24 (77,4)	20 (43,5)	44 (57,1)	

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TDA-TCL: Trastorno por déficit de atención de tempo cognitivo lento. * p-valor obtenido con la prueba de la χ^2 , considerándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

6. DISCUSIÓN

En la actualidad, existe una controversia en el ámbito científico respecto a si el TDA-TCL constituye una entidad diagnóstica diferenciada de los trastornos por déficit de atención incluidos en el DSM-5, o si debería seguir considerándose un subtipo dentro de los mismos (2,5,8,28,29). En los últimos años se han publicado ciertos trabajos que sugieren que el TDA-TCL podría ser un trastorno independiente del TDAH, aunque en algunos casos ambos puedan coexistir (5,8,28,29). Algunos de estos estudios sostienen que existe relación entre el TDA-TCL y síntomas internalizantes, como la ansiedad, la depresión, el retraimiento social o la baja autoestima (4–7).

Respuesta al problema planteado, confirmación de la hipótesis y comparación con otros estudios del objetivo principal

El objetivo principal de este estudio fue comparar la proporción de presentación de TAG en niños diagnosticados de TDA-TCL y niños con TDAH combinado. En los resultados se obtuvo que los niños diagnosticados de TDA-TCL presentaron una mayor proporción de TAG que aquellos diagnosticados de TDAH combinado, con diferencias estadísticamente significativas (ver Figura 2). Estos hallazgos permiten confirmar la hipótesis planteada: la proporción de niños con TDA-TCL que presentan TAG es mayor que en aquellos con TDAH combinado. Los resultados obtenidos secundan los datos obtenidos en dos estudios anteriores realizados, que también hallaron una mayor proporción de pacientes con sintomatología ansiosa y trastorno de ansiedad generalizada en pacientes diagnosticados de TDA-TCL que en aquellos diagnosticados de TDAH-combinado (6,7). Los datos del presente estudio sugieren que los niños diagnosticados de TDA-TCL presentan mayor probabilidad de presentar TAG, que los niños diagnosticados de TDAH combinado.

Resumen de los principales resultados y comparación con otros estudios

La población de este estudio fue homogénea con respecto a la **edad** (ver Tabla 1), mientras que resultó ser heterogénea con respecto al **sexo** ($p < 0,001$). Debido a esta heterogeneidad, en cuanto al sexo, se planteó que esto pudiese suponer un sesgo para los resultados. Estudios anteriores, han hallado que los trastornos por déficit de atención son más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino (30–32). Esto apoya el hecho de que el 72,5% de la población de este estudio fueran varones. Sin embargo, se objetivó que existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo de los dos grupos de estudio. La proporción de mujeres fue mayor en el grupo de TDA-TCL que en el grupo de TDAH combinado (ver Tabla 1). En un estudio desarrollado en el año 2023, en una población de 400 pacientes en edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, se halló que el número de mujeres era significativamente mayor en el grupo que presentaba sintomatología “sluggish” (TDA-TCL) que en aquellos que presentaban algún otro tipo de TDAH (33). Esto podría sugerir que las diferencias en cuanto al sexo de ambos grupos de estudio fueran por características inherentes a la patología que presentan (TDAH combinado y TDA-TCL) y no un sesgo de selección. No obstante, sería recomendable la realización de otros estudios que corroboren esta reflexión.

En sus objetivos secundarios, este estudio pretendía comparar otros aspectos para así esclarecer si existen o no diferencias entre el TDA-TCL y el TDAH combinado. Es por ello que se estudió la proporción de **TND** en ambos grupos. Los resultados encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio, la proporción de pacientes diagnosticados de TND fue mayor en el grupo de TDAH combinado que en el grupo de TDA-TCL (ver Tabla 1). El TND, es frecuentemente englobado dentro de los síntomas externalizantes (comportamientos disruptivos o conflictivos como la impulsividad, la desobediencia o la agresividad) en estudios anteriores, concluyendo que la relación del TDA-TCL con esta sintomatología tendría una relación mucho menor que con la sintomatología internalizante (ansiedad, depresión...) (34). En 2021 se publicó un estudio que objetivó que la población diagnosticada de TDAH presentaba una proporción significativamente mayor de pacientes con TND, que aquellos diagnosticados de TDA-TCL. Además, dicho estudio consideraba un tercer grupo de pacientes TDAH+TDA-TCL, que a su vez presentaba una proporción significativamente superior de TND que los otros dos grupos (7). Por otra parte, es necesario señalar que existe un estudio en la literatura que obtuvo un mayor porcentaje de pacientes con TND en el grupo de TDA-TCL que en el de TDAH (6).

Aunque estos resultados difieren de los obtenidos en el presente estudio, se debe tener en cuenta que los resultados solo fueron estadísticamente significativos en los test contestados por los padres, no siendo así en los test pasados a los profesores de los pacientes; además de que fue realizado en una población relativamente pequeña (n=195) (6).

Se recalcó al inicio de la discusión, que el TDA-TCL está íntimamente relacionado con síntomas internalizantes (ansiedad, depresión, retraimiento social o la baja autoestima) (4–7). Este estudio sustenta dicha afirmación en cuanto a la ansiedad; sin embargo, los resultados no sugieren lo mismo en el caso de la **autoestima**. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de autoestima entre los dos grupos de estudio (ver Tabla 1). La mayoría de estudios en la literatura comparan la depresión en lugar de la autoestima en pacientes con TDA-TCL y pacientes con TDAH, encontrando diferencias significativas; así como, una mayor relación entre la depresión y el TDA-TCL que con el TDAH (3,4,7,34).

Se consideró que otro aspecto relevante para establecer diferencias entre ambos grupos de pacientes, sería comparar el **perfil neuropsicológico** (atención, lectura e intelecto). Para medir la atención de los pacientes en este estudio nos hemos apoyado en los resultados obtenidos por los pacientes en cuatro test neuropsicológicos (CPT III, AULA, EMAY y CSAT). Solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la atención en la EMAY (ver Tabla 2). Se dedujo que la razón para que los resultados de la EMAY sean distintos en ambos grupos y no en el resto de test neuropsicológicos es que, a diferencia de los demás, la realización de esta prueba se efectúa con un tiempo límite (25). En un estudio publicado en 2024, se concluyó que los pacientes que presentaban TDA-TCL presentaban un perfil neurocognitivo propio, explicando que estos pacientes presentaban una lentitud cognitiva, que no se debía a la ansiedad o a un coeficiente intelectual bajo (35). Dicho estudio reflejó que los pacientes diagnosticados de TDA-TCL presentaban un perfil neurocognitivo caracterizado por lentitud en el procesamiento cognitivo y dificultades en tareas bajo presión de tiempo (35). Esto difiere de los otros tipos de TDAH que se relaciona más con problemas de atención sostenida, errores y distraibilidad (35).

En relación al intelecto, el coeficiente intelectual se midió a través del WISC-V y se observó que los pacientes del grupo de TDAH combinado presentaban un coeficiente intelectual total (CIT) superior a aquellos diagnosticados de TDA-TCL, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 2). Estos resultados se deben, con alta probabilidad, a un sesgo en la selección de los pacientes; ya que uno de los

criterios para ser incluidos dentro del grupo de TDA-TCL, fue que los pacientes debían obtener un resultado en el WISC-V para la velocidad de procesamiento <90 . Se estableció como criterio de inclusión ya que, como se ha explicado anteriormente, el procesamiento cognitivo lento es característico de los pacientes diagnosticados de TDA-TCL (35). Sin embargo, no se tuvo en cuenta que esto podría interferir con los resultados obtenidos en el CIT al tratarse de distintos índices de un mismo test (22).

Este estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas en las capacidades lectoras, entre los pacientes con TDAH combinado y los pacientes diagnosticados de TDA-TCL (ver Tabla 2). No obstante, en el año 2022 se publicó un estudio que ponía de manifiesto que los pacientes con sintomatología “sluggish” (TDA-TCL) presentaban mayores dificultades en la lectura que otros tipos de TDAH, concretamente el subtipo inatento (36). Las diferencias entre los resultados de dicho estudio y el presente estudio podrían deberse al tipo de TDAH con el que se realizó la comparación (dicho estudio se centraba en comparar TDA-TCL con trastorno por déficit de atención de predominio inatento (36), mientras que este lo hace con el tipo combinado), o simplemente a la diferencia en los test de medida utilizados.

Por último, se analizaron las diferencias entre el **nivel de ansiedad** presentado por los pacientes de ambos grupos. Al hacerlo, se halló que el grupo de pacientes con TDA-TCL presentaba niveles más elevados de ansiedad que aquellos diagnosticados de TDAH combinado, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (ver Figura 3 y Tabla 3). Se temió que estos resultados se debieran a que la variable principal resultado del estudio (presentación o no de TAG) estuviese actuando como un factor de confusión, por lo que se decidió volver a analizar los datos esta vez sin tener en cuenta a los pacientes que presentaban niveles normativos/leves de ansiedad. Al hacerlo, los resultados mostraron que las diferencias seguían siendo estadísticamente significativas (ver Tabla 3); esto nos permitió descartar la existencia de alguna interferencia o sesgo con respecto a este tema. Estos resultados sugirieron que los pacientes con TDA-TCL no solo presentan sintomatología ansiosa con más frecuencia, sino que a su vez lo hacen con una mayor intensidad que aquellos diagnosticados de TDAH combinado. Como ya se ha explicado anteriormente, esto corrobora las aseveraciones de estudios anteriores sobre la estrecha relación existente entre síntomas internalizantes como la ansiedad y el TDA-TCL (4–7).

Limitaciones y sesgos

La limitación fundamental de este estudio es haberse realizado en pacientes de un único centro hospitalario, lo que podría afectar a la generalización de los resultados. Durante la discusión de resultados ya se han nombrado algunos sesgos que podrían haber interferido con los resultados de este estudio, pero a continuación se aborda este tema, con un mayor nivel de detalle. Para la realización de este estudio se utilizaron los resultados de varios test neuropsicológicos que fueron completados por los pacientes, sus padres y profesores. Estos datos fueron completados de acuerdo a la opinión subjetiva de cada uno de ellos, por lo que podrían contener sesgo de información (se debe a errores realizados en la medición, ya sea por memoria selectiva, exageración o incluso subestimar los datos por vergüenza...). Con el propósito de evitar este sesgo, se decidió utilizar los resultados de varios test y los datos fueron contrastados por un clínico, que fue quién tenía la decisión diagnóstica final.

Dificultades encontradas durante la investigación

Una de las principales dificultades encontradas durante el desarrollo de este estudio fue la recopilación de los datos clínicos y del perfil neuropsicológico (objetivos secundarios), ya que, en algunos casos, la información disponible en las historias clínicas estaba incompleta. En concreto, en lo referente a los resultados de determinados test utilizados en la evaluación. Esta limitación redujo el tamaño muestral en los apartados correspondientes del análisis.

Desde el punto de vista del estudiante, familiarizarse con los distintos test neuropsicológicos; así como llevar a cabo el análisis estadístico y la interpretación de los resultados, representó uno de los principales retos formativos. Asimismo, la recopilación, organización y síntesis de una gran cantidad de información de carácter científico constituyó un desafío importante durante las distintas fases del trabajo.

Fortalezas

Una de las principales fortalezas de este estudio es la exhaustiva revisión bibliográfica realizada para su elaboración. Se incluyeron numerosos artículos científicos, procurando que las referencias utilizadas fueran lo más actuales posible, lo que garantiza una base teórica sólida y actualizada.

Otra fortaleza destacable es que se superó el tamaño muestral mínimo necesario para garantizar la validez y robustez del análisis estadístico realizado.

Asimismo, se definieron criterios de inclusión claros y específicos, que fueron aplicados de forma rigurosa, al igual que el resto del diseño metodológico establecido.

Otra fortaleza destacable es que el análisis llevado a cabo, permite identificar diferencias relevantes entre los perfiles clínicos del TDAH de tipo combinado y el TDA con tempo cognitivo lento (TDA-TCL), mediante un enfoque multidimensional que integra variables clínicas y neuropsicológicas. Este planteamiento favorece la aplicabilidad de los resultados tanto en el ámbito clínico como en el educativo.

Por último, es importante señalar que este estudio no presenta conflictos de intereses, dado que no se recibió ningún tipo de financiación externa para su realización.

Objetivos de desarrollo sostenible

El presente estudio se alinea principalmente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, que busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (37). Aunque este trabajo no se centra en medidas para reducir la mortalidad, sí busca incrementar el conocimiento sobre una patología que afecta frecuentemente a los niños, siendo estos un grupo vulnerable, para así favorecer su bienestar, no solo durante su desarrollo sino también en la edad adulta.

De forma secundaria, también podemos relacionar este estudio con otro objetivo de desarrollo sostenible, concretamente el ODS 4. Este ODS busca “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos” (38). Este estudio pretende aportar información sobre patologías frecuentes en la edad pediátrica que dificultan el aprendizaje y el rendimiento académico de los niños afectados, por lo que una mejor comprensión de estas patologías ayudará a que estos niños reciban una mejor calidad educativa, reduciendo el fracaso escolar, y que se ofrezcan mejores oportunidades académicas a futuro.

Aporte principal del estudio e implicaciones para futuras investigaciones y práctica clínica

Este estudio aporta evidencia que respalda la diferenciación del TDA-TCL como una entidad separada de otros trastornos atencionales, en concreto, el TDAH de tipo combinado. Los resultados obtenidos refuerzan la hipótesis de que los síntomas de ansiedad (considerados síntomas internalizantes) presentan una mayor asociación con el TDA-TCL; mientras que el TDAH combinado se relaciona más estrechamente con sintomatología externalizante, como el TND.

La realización de estudios futuros, especialmente ensayos clínicos aleatorizados y estudios multicéntricos con muestras amplias y representativas, sería de gran relevancia para confirmar y ampliar estos hallazgos. Comprender con mayor profundidad las diferencias clínicas y neurocognitivas entre estas entidades diagnósticas, resultará clave para establecer estrategias compensatorias eficaces y diseñar intervenciones terapéuticas ajustadas a las necesidades específicas de cada perfil. Esto permitiría mejorar significativamente el pronóstico académico, social y emocional de los pacientes que presentan este tipo de dificultades.

7. CONCLUSIONES

Los niños con TDA-TCL presentan una proporción significativamente mayor de TAG en comparación con aquellos con TDAH combinado, lo que sugiere una posible asociación clínica relevante entre ambas condiciones. En cambio, el TND fue significativamente más frecuente en el grupo con TDAH combinado. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima entre ambos grupos.

Desde el punto de vista neuropsicológico, no se observaron diferencias significativas en el rendimiento lector ni en las pruebas atencionales CPT III, AULA y CSAT. Sin embargo, según los resultados de la EMAV, los pacientes con TDA-TCL mostraron un nivel de atención inferior al de los diagnosticados con TDAH combinado. En relación al rendimiento intelectual, el grupo con TDAH combinado presentó un coeficiente intelectual significativamente superior, aunque este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al posible sesgo de selección.

Por otra parte, se observó que los niños diagnosticados de TDA-TCL presentaban mayor nivel de ansiedad que aquellos diagnosticados de TDAH combinado, con significación estadística.

En conjunto, los datos sugieren que el TDA-TCL se asocia con un mayor perfil ansioso y mayor alteración atencional subjetiva, mientras que el TDAH combinado se relaciona con una mayor presencia de conductas oposicionistas y un mayor rendimiento intelectual, lo que refuerza la necesidad de considerar los subtipos clínicos en la evaluación y abordaje terapéutico del TDAH.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, González Torres HJ, Puentes Rozo P. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1 de agosto de 2019;21(83):101-8.
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.^a ed., 2.^a reimp. Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana; 2016.
3. Becker SP, Willcutt EG, Leopold DR, Fredrick JW, Smith ZR, Jacobson LA, et al. Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo: Key Research Directions and a Consensus Change in Terminology to Cognitive Disengagement Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. junio de 2023;62(6):629-45.
4. Fredrick JW, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo (Cognitive Disengagement Syndrome) and Academic Functioning: A Systematic Review and Agenda for Future Research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. marzo de 2023;26(1):82-120.
5. Barkley RA, Willcutt E, Jacobson LA. What is the Cognitive Deficit in Sluggish Cognitive Tempo (SCT)? A Review of Neuropsychological Research. *ADHD Rep*. marzo de 2022;30(2):1-10.
6. Ekinci O, İpek Baş SA, Ekinci N, Doğan Öİ, Yaşöz C, Adak İ. Sluggish cognitive tempo is associated with autistic traits and anxiety disorder symptoms in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Braz J Psychiatry*. abril de 2021;43(2):153-9.
7. Burns GL, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in a Nationally Representative Sample of U.S. Children: Differentiation Using Categorical and Dimensional Approaches. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 4 de marzo de 2021;50(2):267-80.
8. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol*. noviembre de 2018;127(8):818-29.
9. American Psychiatric Association. What Are Anxiety Disorders? [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>.
10. Gair SL, Brown HR, Kang S, Grabell AS, Harvey EA. Early Development of Comorbidity Between Symptoms of ADHD and Anxiety. *Res Child Adolesc Psychopathol*. marzo de 2021;49(3):311-23.
11. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. 30 de junio de 2017;19(2):107-16.
12. Mishra AK, Varma AR. A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. *Cureus* [Internet]. 28 de septiembre de 2023 [citado 16 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/124092-a-comprehensive-review-of-the-generalized-anxiety-disorder>
13. Sciberras E, Efron D, Patel P, Mulraney M, Lee KJ, Mihalopoulos C, et al. Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2019;19(1):359.
14. Becker SP, Marsh NP, Holdaway AS, Tamm L. Sluggish cognitive tempo and processing speed

in adolescents with ADHD: do findings vary based on informant and task? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. octubre de 2020;29(10):1371-84.

15. Adrover-Roig D, Sanchez-Azanza V, Buil-Legaz L, López-Penadés R, Aguilar-Mediavilla E. Trait anxiety slows speed of processing but does not affect specific components of executive control. *Acta Psychol (Amst)*. agosto de 2023;238:103973.

16. Moreno-García I, Servera M, Morales-Ortiz M, Cano-Crespo A, Sáez B. The External Validity of Sluggish Cognitive Tempo Versus Inattention in Behavioral, Social Interaction, and Academic Performance Measures. *Psicothema*. 1 de agosto de 2022;3(34):471-8.

17. Claude N, Belmar-Mellado M, Vicente-Parada B. Relación entre Tiempo Cognitivo Lento y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños: Estado actual y perspectiva. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. junio de 2021;59(2):125-41.

18. Becker SP, Dvorsky MR, Tamm L, Willoughby MT. Preschool Neuropsychological Predictors of School-aged Sluggish Cognitive Tempo and Inattentive Behaviors. *Res Child Adolesc Psychopathol*. febrero de 2021;49(2):197-210.

19. Burns GL, Servera M, Becker SP. Psychometric Properties and Normative Information on the Child and Adolescent Behavior Inventory with Ratings for Spanish Children from Parents and Teachers. *Psicothema*. febrero de 2021;(33.1):139-45.

20. Hernández-Guzmán L, Bermúdez-Ornelas G, Spence SH, González Montesinos MJ, Martínez-Guerrero JI, Aguilar Villalobos J, et al. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Rev Latinoam Psicol*. 2010;42(1):13-24.

21. Godoy A, Gavino A, Carrillo F, Cobos MP, Quintero C. Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*. 2011;23(2):289-94.

22. Amador Campos JAA, Forns i Santacana M. Escala de inteligencia de Wechsler para niños, quinta edición: WISC-V. *Doc Trab Fac Psicol Univ Barc*. enero de 2019.

23. Meneres-Sancho S, Delgado-Pardo G, Aires-González MM, Moreno-García I. Tests de ejecución continua: Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test (IVA/CPT) y TDAH. Una revisión. *RPCNA*. julio de 2015;2(2):107-1013.

24. Rodríguez C, Areces D, García T, Cueli M, González-Castro P. Comparison between two continuous performance tests for identifying ADHD: Traditional vs. virtual reality. *Int J Clin Health Psychol*. septiembre de 2018;18(3):254-63.

25. García Pérez EM, Magaz Lago A. Escala Magallanes de Atención Visual: EMAV. Bizkaia, España: Grupo ALBOR – COHS; 2019.

26. Cuetos Vega F, Rodríguez B, Ruano E, Arribas D. PROLEC-R batería de evaluación de los procesos lectores, revisada. 5a ed. rev. i ampliada. Madrid: Hogrefe TEA Ediciones; 2014.

27. Cuetos Vega F, Arribas D, Ramos Sánchez JL. PROLEC-SE-R: batería de evaluación de los procesos lectores en secundaria y bachillerato, revisada. Madrid: TEA; 2016.

28. Capdevila-Brophy C, Artigas-Pallarés J, Navarro-Pastor JB, García-Nonell K, Rigau-Ratera E, Obiols JE. ADHD predominantly inattentive subtype with high sluggish cognitive tempo: a new clinical entity? *Journal of attention disorders [Internet]*. 2014 Oct 1 [cited 2025 Apr 19];18(7):607–16. Available from: <https://research-ebSCO>

com.bvsspa.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=990eb7f4-63f3-3e75-8a78-8a4ad233a494.

29. Carlson CL, Mann M. *Sluggish Cognitive Tempo Predicts a Different Pattern of Impairment in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type.* JOURNAL OF CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2025 Apr 19];31(1):123–9. Available from: <https://research-ebSCO-com.bvsspa.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=1b6003d4-fa3e-3320-ae12-3a532766ec3d>.

30. Mowlem FD, Rosenqvist MA, Martin J, Lichtenstein P, Asherson P, Larsson H. *Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment.* Eur Child Adolesc Psychiatry. abril de 2019;28(4):481-9.

31. Martin J. *Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males?* Lancet Psychiatry. abril de 2024;11(4):303-10.

32. Faheem M, Akram W, Akram H, Khan MA, Siddiqui FA, Majeed I. *Gender-based differences in prevalence and effects of ADHD in adults: a systematic review.* Asian J Psychiatr 2022; 75: 103205.

33. Uytun MC, Yurumez E, Babayigit TM, Efendi GY, Kilic BG, Oztop DB. *Sluggish cognitive tempo symptoms cooccurring with attention deficit hyperactivity disorder.* Middle East Curr Psychiatry. 11 de enero de 2023;30(1):6.

34. Barkley RA. *Sluggish Cognitive Tempo/Concentration Deficit Disorder.* En: Oxford Handbooks Editorial Board, editor. Oxford Handbook Topics in Psychology [Internet]. Oxford University Press; [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.9>

35. Tamm L, Epstein JN, Orban SA, Kofler MJ, Peugh JL, Becker SP. *Neurocognition in children with cognitive disengagement syndrome: accurate but slow.* Child Neuropsychol. 17 de febrero de 2024;30(2):221-40.

36. Becker SP, Epstein JN, Burns GL, Mossing KW, Schmitt AP, Fershtman CEM, et al. *Academic functioning in children with and without sluggish cognitive tempo.* J Sch Psychol. diciembre de 2022;95:105-20.

37. Naciones Unidas. *Salud - Desarrollo Sostenible* [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.

38. Naciones Unidas. *Educación - Desarrollo Sostenible* [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>.

9. ANEXOS

a. Anexo 1: Resolución positiva del CEIM



TFG053-24_HUQM

INFORME DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION

Título del proyecto: "Comparación de la proporción de trastorno de ansiedad generalizada en niños con tdah combinado y niños con tda de tempo cognitivo lento".

Documentos con versiones:

PROTOCOLO Versión 1.0, 22 de Agosto de 2024

Investigador Principal: DANIEL MARTIN FERNANDEZ-MAYORAL

Servicio: Neurología

Centro: Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Estudiante:

- BEATRIZ NEIRA ORTEGA. Universidad Europea de Madrid.

Este Trabajo de Fin de Grado ha sido evaluado, por procedimiento abreviado, por el Comité de Etica de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz, y se considera que reúne las normas éticas estándar para la realización de este tipo de estudios.

Lo que firma en Madrid a 16/10/2024



Dr. Javier Bécares Martínez
Presidente CEIMFJD

Nota: La obtención de la información clínica necesaria para llevar a cabo el TFG se llevará a cabo de acuerdo al procedimiento establecido en cada centro y departamento de Docencia, siempre de acuerdo a la normativa aplicable en materia de protección de datos.

b. Anexo 2: Tabla de variables

Variable	Categoría / unidad de medidas	Tipo de variable	Explicación	
Variable principal resultado				
Trastorno de ansiedad generalizada	Presenta / No presenta	Cualitativa dicotómica	Se medirá clínicamente utilizando las escalas de SCAS ^(a) y SCARED ^(b) .	
Variable principal de agrupación				
Tipo de trastorno	TDAH combinado / TDA de tempo cognitivo lento	Cualitativa dicotómica	Diagnóstico de TDAH según el DSM-5 ^(c) . Diagnóstico de TDA de tempo cognitivo lento ^(d) .	
Variables Secundarias				
Variables sociodemográficas				
Edad	Años cumplidos	Cuantitativa discreta		
Sexo	Varón / Mujer	Cualitativa dicotómica		
Variables clínicas descriptoras de la muestra				
Baja autoestima	Presenta /No presenta	Cualitativa dicotómica	Se medirán clínicamente, utilizando la escala WFIRS ^(e) .	
Trastorno negativista desafiante	Presenta /No presenta	Cualitativa dicotómica	Se medirán clínicamente, utilizando los criterios del DSM-5 ^(f) .	
Variables clínicas relacionadas con la patología de estudio				
Perfil neuropsicológico	Atención	Patológico / No patológico	Cualitativa dicotómica	Se medirá con un test de ejecución continuada: CSAT, CPT III, AULA y EMAV ^(g) .
	Lectura	Normal / Dislexia / Alteraciones no disléxicas	Cualitativa independiente	Se medirá con el test de PROLEC ^(h) .
	Intelecto	Bajo (CI < 90) Normal (CI 90 – 110) Alto (CI > 110)	Cualitativa ordinal independiente	Se medirá según el test WISC V ⁽ⁱ⁾ , mide el Cociente Intelectual (CI).
Nivel de ansiedad	Leve (<50 puntos) Moderado (50 – 59 puntos) Alto (>60 puntos)	Cualitativa ordinal independiente	Se medirá clínicamente utilizando la escala de SCAS ^(a)	

^(a)*Spence Children Anxiety Scale (SCAS)*: Es una escala que consta de 38 ítems con cuatro opciones tipo Likert (*nunca: 0, a veces: 1, muchas veces: 2 y siempre: 3*); incluyendo otros 6 ítems para contrarrestar el sesgo negativo (20). Evalúa varias categorías diagnósticas (ataques de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, miedos específicos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada), incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada (21). Los ítems que evalúan el trastorno de ansiedad generalizada son: 1, 3, 4, 20, 22 y 24 (20) (la obtención de resultados positivos para estos apoyó el diagnóstico de TAG). Cuanto mayor puntuación se obtuvo en esta escala, mayor nivel de ansiedad (20) (Anexo 3).

^(b)*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*: Es un test que consta de 41 ítems. Cada uno de ellos se evalúa de 0 a 2 (*nunca o casi nunca: 0, algunas veces: 1, casi siempre o siempre: 2*). Existen dos modelos de

cuestionario (cuentan con los mismos ítems), uno dirigido a los padres y otro a los niños. Se consideró trastorno de ansiedad generalizada una puntuación de 9 en los siguientes ítems: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 (Anexo 4).

(c) Diagnóstico de TDAH según el DSM 5: los pacientes deberán cumplir seis o más síntomas tanto para el criterio de inatención como para el criterio de hiperactividad/impulsividad durante un período superior a 6 meses.

(d) Diagnóstico de TDA de tempo cognitivo lento: Para estar incluido en este grupo, el paciente debe cumplir los siguientes criterios:

- Diagnóstico clínico de Déficit de atención.
- Velocidad de procesamiento inferior a 90 según el WISC-V (Escala de inteligencia de Wechsler para niños - V) (18).
- CABI (Child and Adolescent Behavior Inventory) superior a 65 (19).
- Cumplir menos de cuatro síntomas para el criterio de hiperactividad e impulsividad y seis o más para el criterio de inatención según el DSM-5 (o dicho de otra forma, diagnóstico de TDA sin hiperactividad de presentación inatenta según el DSM-5) (2).

(e) Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS): Es una prueba de 69 ítems divididos en 7 dominios que normalmente se ven afectados en niños con TDAH, siendo uno de ellos la autoestima. Tiene cuatro opciones tipo Likert (nunca: 0, a veces: 1, muchas veces: 2 y siempre: 3). Una puntuación ≥ 2 en el apartado de “concepto propio del niño” se consideró que apoyaba el diagnóstico de baja autoestima (Anexo 6).

(f) Diagnóstico de Trastorno negativista desafiante según el DSM-5: El paciente deberá de presentar durante más de 6 meses más de cuatro síntomas en las categorías de: enfado/irritabilidad, discusiones o actitud desafiante y/o actitud vengativa. Estos síntomas tendrán un impacto negativo en el entorno del individuo y le provocarán malestar. *Para poder ser diagnosticado los comportamientos deben estar presentes sin concurrir con consumo de tóxicos, trastornos psíquicos o trastornos depresivos. Ni debe cumplir criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (2).*

(g) La elección de un test u otro para medir el nivel de atención depende de la edad del paciente, y de la elección del clínico, todos son test de ejecución continuada:

- Tarea de Atención Sostenida en la Infancia (CSAT): e evalúa la atención sostenida y selectiva en niños mediante vigilancia (23). La aplicación de la prueba abarca desde los 6-7 años a los 10-11 años (23).
- Conners Continuous Performance Test 3rd Edition (CPT III): Evalúa la capacidad de atención global de los sujetos. Puede aplicarse a partir de los 4 años (23). Se evalúan los aciertos, errores por omisión, errores de comisión y errores de espera (23).
- Test AULA: Prueba visual y auditiva. Este test se realiza de forma virtual utilizando gafas de visión 3D. Puede realizarse en niños de 6 a 16 años (24). Evalúa tanto los errores de omisión y comisión como el tiempo de reacción (24).
- Escala de Magallanes de atención visual (EMAV): Valora de forma cuantitativa el rendimiento en una tarea viso-motriz (25). Evalúa la capacidad de focalizar, codificar y mantener la atención frente a estímulos visuales durante un periodo de tiempo determinado, mientras se ejecuta una tarea motriz simple (25).

(h) Test de PROLEC: según la edad existe el test Prolec-R (para niños de 6 a 12 años) y el test de Prolec SE (para niños de 12 a 18 años) (7,26). Ambos consisten en una batería de pruebas que permite evaluar la dificultad y comprensión lectora del niño o adolescente (26,27).

(i) Escala Wechsler de inteligencia para niños 5ª Edición (WISC V): Puede aplicarse en niños desde los 6 a los 16 años (22). Está formada por 15 pruebas (Cubos, Semejanzas, Matrices, Dígitos, Claves, Vocabulario, Búsqueda de símbolos, Información, Letras y números, Cancelación, Comprensión, Aritmética, Puzles visuales, Balanzas y “Span” de dibujos) (22). A partir de estas pruebas pueden obtenerse diversos índices, escalas secundarias y un cociente de inteligencia total (22).

c. Anexo 3: Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE..... FECHA.....

Marca con una **X** la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
4. Tengo miedo.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
26. Soy una buena persona.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
31. Me siento feliz.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
38. Me gusta como soy.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?				
☐ Sí ☐ No				
Escribe qué es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?.....	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre

d. Anexo 4: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY AT COLUMBIA UNIVERSITY & NYSPI

Screen for Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Forma Para Los Padres

Nombre: _____ Fecha: _____

Esta es una lista de cosas que describen como se siente su hijo(a). Marque el 0 si casi nunca o nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

	0 Casi Nunca o Nunca Es Cierto	1 Es Cierto Algunas Veces	2 Casi Siempre o Siempre Es Cierto
1. Cuando siente miedo, respira con dificultad.	☐	☐	☐
2. Cuando esta en la escuela, le da dolor de cabeza.	☐	☐	☐
3. No le gusta estar con personas que no conoce bien.	☐	☐	☐
4. Le da miedo dormir en otras casas.	☐	☐	☐
5. Se preocupa si otras personas lo quieren o no.	☐	☐	☐
6. Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar.	☐	☐	☐
7. Es un niño(a) nervioso(a).	☐	☐	☐
8. Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra").	☐	☐	☐
9. La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a).	☐	☐	☐
10. Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien.	☐	☐	☐
11. Cuando esta en la escuela le duele el estomago.	☐	☐	☐
12. Cuando tiene mucho miedo, siente como si se fuera a "enloquecer".	☐	☐	☐
13. Se preocupa si tiene que dormir solo(a).	☐	☐	☐
14. Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños.	☐	☐	☐
15. Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales.	☐	☐	☐
16. Tiene pesadillas que algo malo le va a pasar a sus padres.	☐	☐	☐
17. Se preocupa tener que ir a la escuela.	☐	☐	☐
18. Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido.	☐	☐	☐
19. Se pone tembloroso.	☐	☐	☐
20. Tiene pesadillas de que algo malo le va a pasar a él (ella).	☐	☐	☐
21. Le preocupa que lo que haga le salga bien.	☐	☐	☐
22. Cuando tiene miedo (nervios) suda mucho.	☐	☐	☐
23. Se preocupa demasiado.	☐	☐	☐
24. Le da miedo sin tener ningún motivo.	☐	☐	☐
25. Le da miedo estar solo en casa.	☐	☐	☐
26. Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce bien.	☐	☐	☐
27. Cuando tiene miedo, siente como que no puede tragar.	☐	☐	☐
28. Las personas me dicen que mi hijo(a) se preocupa demasiado.	☐	☐	☐
29. No le gusta estar separado de la familia.	☐	☐	☐

March 8, 2005

	0 Casi Nunca o Nunca Es Cierto	1 Es Cierto Algunas Veces	2 Casi Siempre o Siempre Es Cierto
30. Le da miedo de tener ataques de nervios (pánico).	☐	☐	☐
31. Le preocupa que algo malo le pueda pasar a sus padres.	☐	☐	☐
32. Es muy tímido(a) con personas que no conoce bien.	☐	☐	☐
33. Le preocupa que le va a pasar en el futuro.	☐	☐	☐
34. Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.	☐	☐	☐
35. Le preocupa si esta haciendo las cosas bien.	☐	☐	☐
36. Tiene miedo de ir a la escuela.	☐	☐	☐
37. Se preocupa por las cosas que ya han sucedido.	☐	☐	☐
38. Cuando tiene miedo, se siente mareado(a).	☐	☐	☐
39. Se siente nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar, deportes).	☐	☐	☐
40. Se siente nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conoce bien.	☐	☐	☐
41. Mi hijo(a) es tímido(a).	☐	☐	☐

Scoring

A total score of ≥ 25 may indicate the presence of an **anxiety disorder**. Scores higher than 30 are **more specific**.

A score of 7 for items 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 may indicate **panic disorder or significant somatic symptoms**.

A score of 9 for items 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 may indicate **generalized anxiety disorder**.

A score of 5 for items 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 may indicate **separation anxiety disorder**.

A score of 8 for items 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 may indicate **social anxiety disorder**.

A score of 3 for items 2, 11, 17, 36 may indicate **significant school avoidance**.

e. Anexo 5: The Child and Adolescent Behavior Inventory (CABI)

PARTE 1. Por favor marque la frecuencia en la que ha ocurrido cada conducta durante el último mes en casa y en la comunidad (no en el colegio).

	Su hijo/a...	Casi nunca (Nunca o una vez al mes)	Rara vez (una vez a la semana)	Algunas veces (varias veces a la semana)	A menudo (una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)	Casi siempre (muchas veces al día)
1	Se mueve con lentitud (de forma perezosa).	0	1	2	3	4	5
2	Está perdido en las “nubes”.	0	1	2	3	4	5
3	Se queda mirando fijamente al vacío.	0	1	2	3	4	5
4	Está aletargado o soñoliento (bostezando) de día.	0	1	2	3	4	5
5	Sueña despierto.	0	1	2	3	4	5
6	Pierde el hilo de lo que está pensando.	0	1	2	3	4	5
7	Tiene un bajo nivel de actividad (ej., poco activo).	0	1	2	3	4	5
8	Se pierde en sus propios pensamientos, en su mundo.	0	1	2	3	4	5
9	Se cansa o se fatiga fácilmente.	0	1	2	3	4	5
10	Olvida lo que iba a decir.	0	1	2	3	4	5
11	Se confunde fácilmente (no entiende las cosas).	0	1	2	3	4	5
12	Está “desconectado” o en Babia.	0	1	2	3	4	5
13	Se le mezclan las ideas o las confunde.	0	1	2	3	4	5
14	Su pensamiento es lento.	0	1	2	3	4	5
15	Tiene dificultad para expresar lo que piensa (ej., no sabe qué decir, no encuentra las palabras).	0	1	2	3	4	5
16	*Le falta motivación para acabar las tareas (ej. estar apático, sin ganas).						

¿La ocurrencia de estos 16 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades académicas para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

¿La ocurrencia de estos 16 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades sociales (ej., dificultades de interacción con padres, hermanos, compañeros, otros adultos en actividades comunitarias) para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

PARTE 2. Por favor marque la frecuencia en la que ha ocurrido cada conducta durante el último mes en casa y en la comunidad (no en el colegio).

	Su hijo/a...	Casi nunca (Nunca o una vez al mes)	Rara vez (una vez a la semana)	Algunas veces (varias veces a la semana)	A menudo (una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)	Casi siempre (muchas veces al día)
1	Parece ansioso o preocupado cuando ha de separarse de sus padres.	0	1	2	3	4	5
2	Parece ansioso por muchas cosas (ej., casi todo le preocupa).	0	1	2	3	4	5
3	Parece ansioso por cosas o situaciones específicas (ej., malestar ante perros, insectos, tormentas, vacunas, sangre, alturas, u otras).	0	1	2	3	4	5
4	Parece ansioso por contagiarse (ej., le preocupan los gérmenes o la suciedad).	0	1	2	3	4	5
5	Parece ansioso cuando está en situaciones sociales (tiene que hablar o saludar a otra gente, etc.).	0	1	2	3	4	5
6	Dice tener dolores de cabeza, dolores de barriga o sentirse enfermo, sin causa aparente.	0	1	2	3	4	5

¿La ocurrencia de estos 6 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades académicas para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

¿La ocurrencia de estos 6 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades sociales (ej., dificultades de interacción con padres, hermanos, compañeros, otros adultos en actividades comunitarias) para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

PARTE 3. Por favor marque la frecuencia en la que ha ocurrido cada conducta durante el último mes en casa y en la comunidad (no en el colegio).

	Su hijo/a...	Casi nunca (Nunca o una vez al mes)	Rara vez (una vez a la semana)	Algunas veces (varias veces a la semana)	A menudo (una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)	Casi siempre (muchas veces al día)
1	Parece triste, infeliz, o deprimido.	0	1	2	3	4	5
2	Parece sentirse inútil.	0	1	2	3	4	5
3	Parece solitario.	0	1	2	3	4	5
4	Parece no disfrutar de actividades que antes le resultaban divertidas.	0	1	2	3	4	5
5	Parece sentirse sin esperanza ante todo.	0	1	2	3	4	5
6	Parece no tener la fuerza o ganas suficientes para hacer tareas o para participar en actividades que antes hacía.	0	1	2	3	4	5

¿La ocurrencia de estos 7 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades académicas para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

¿La ocurrencia de estos 7 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades sociales (ej., dificultades de interacción con padres, hermanos, compañeros, otros adultos en actividades comunitarias) para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

PARTE 4. La ocurrencia de los siguientes comportamientos NO puede explicarse por problemas de comportamiento (un niño/a en una situación desafiante, negativista, hostil, con ira) ni a una mala comprensión de las tareas o las instrucciones por parte del niño/a. Es decir, evaluamos la frecuencia de los comportamientos cuando el niño/a está en una situación lo más “habitual” posible.

	Por favor marque la frecuencia en la que ha ocurrido esta conducta durante el último mes. (No considere el comportamiento en el colegio)	Casi nunca (Nunca o una vez al mes)	Rara vez (una vez a la semana)	Algunas veces (varias veces a la semana)	A menudo (una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)	Casi siempre (muchas veces al día)
1	No presta atención a los detalles o comete errores por descuido.	0	1	2	3	4	5
2	Tiene dificultad para mantener la atención durante las tareas.	0	1	2	3	4	5
3	No parece escuchar cuando se le habla directamente.	0	1	2	3	4	5
4	No sigue instrucciones y no finaliza tareas.	0	1	2	3	4	5
5	Muestra baja capacidad de organización.	0	1	2	3	4	5
6	Evita, le disgusta o es reacio a realizar las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.	0	1	2	3	4	5
7	Pierde cosas.	0	1	2	3	4	5
8	Se distrae fácilmente por cosas menores o irrelevantes.	0	1	2	3	4	5
9	Es olvidadizo en las actividades cotidianas.	0	1	2	3	4	5

¿La ocurrencia de estos 9 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades académicas para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

¿La ocurrencia de estos 9 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades sociales (ej., dificultades de interacción con padres, hermanos, compañeros, otros adultos en actividades comunitarias) para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

PARTE 5. La ocurrencia de los siguientes comportamientos NO puede explicarse por problemas de comportamiento (un niño/a en una situación desafiante, negativista, hostil, con ira) ni a una mala comprensión de las tareas o las instrucciones por parte del niño/a. Es decir, evaluamos la frecuencia de los comportamientos cuando el niño/a está en una situación lo más “habitual” posible.

	Por favor marque la frecuencia en la que ha ocurrido esta conducta durante el último mes. En casa y en la comunidad (No considere el comportamiento en la escuela).	Casi nunca (Nunca o una vez al mes)	Rara vez (una vez a la semana)	Algunas veces (varias veces a la semana)	A menudo (una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)	Casi siempre (muchas veces al día)
1	Se mueve en exceso, da golpes con manos o pies, o se remueve en el asiento cuando está sentado.	0	1	2	3	4	5
2	Se va del sitio cuando se espera que esté sentado.	0	1	2	3	4	5
3	Corre o trepa cuando resulta inapropiado hacerlo.	0	1	2	3	4	5
4	Habla demasiado alto o es demasiado ruidoso durante las actividades sociales.	0	1	2	3	4	5
5	Actúa como si estuviese "impulsado por un motor" o parece "muy activo" (ej., incapaz de estar tranquilo o parece incómodo/inquieto cuando tiene que estar parado/quieto durante un periodo de tiempo prolongado; resulta difícil de llevar).	0	1	2	3	4	5
6	Habla demasiado.	0	1	2	3	4	5
7	Responde antes de que se hayan completado las preguntas.	0	1	2	3	4	5
8	Tiene dificultades para esperar su turno.	0	1	2	3	4	5
9	Interrumpe o se inmiscuye en asuntos de otros.	0	1	2	3	4	5

¿La ocurrencia de estos 9 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades académicas para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

¿La ocurrencia de estos 9 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades sociales (ej., dificultades de interacción con padres, hermanos, compañeros, otros adultos en actividades comunitarias) para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

PARTE 6. Por favor marque la frecuencia en la que ha ocurrido cada conducta durante el último mes en casa y en la comunidad (no en el colegio).

	Su hijo/a...	Casi nunca (Nunca o una vez al mes)	Rara vez (una vez a la semana)	Algunas veces (varias veces a la semana)	A menudo (una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)	Casi siempre (muchas veces al día)
1	Discute con los adultos.	0	1	2	3	4	5
2	Pierde la paciencia con los demás.	0	1	2	3	4	5
3	Desafía activamente o se niega a obedecer las peticiones o reglas de los adultos.	0	1	2	3	4	5
4	Molesta a los demás a propósito.	0	1	2	3	4	5
5	Culpa a los demás por sus errores o mala conducta.	0	1	2	3	4	5
6	Se molesta o se irrita por el comportamiento de los demás.	0	1	2	3	4	5
7	Parece enfadado o resentido con los demás.	0	1	2	3	4	5
8	Es rencoroso o vengativo con los demás (ej., dice cosas que pueden herir los sentimientos de los demás o hace cosas para vengarse de ellos).	0	1	2	3	4	5
9	*Parece irritable o de mal humor sin razón aparente la mayor parte del día	0	1	2	3	4	5

¿La ocurrencia de estos 8 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades académicas para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

¿La ocurrencia de estos 8 comportamientos genera ACTUALMENTE dificultades sociales (ej., dificultades de interacción con padres, hermanos, compañeros, otros adultos en actividades comunitarias) para el niño/a?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

PARTE 7. Por favor, indique la frecuencia (el % de veces) en que su hijo/a ha mostrado este comportamiento en el último mes en casa o en la comunidad (no en el colegio).

	Su hijo/a...	Casi nunca (0-10% de las veces)	Rara vez (11-20% de las veces)	Algunas veces (21-49% de las veces)	A menudo (50-79% de las veces)	Muy a menudo (80-89% de las veces)	Casi siempre (90-100% de las veces)
1	Se siente culpable ante su mala conducta (ej., cuando ha hecho algo mal se siente mal y lo admite fácilmente, se disculpa con las personas a las que molesta o hace daño).	0	1	2	3	4	5
2	Muestra preocupación por los sentimientos de los demás (ej., cuando suceden cosas malas a los demás muestra empatía, hace cosas para que los otros se sientan bien, trata de no herir los sentimientos de los demás).	0	1	2	3	4	5
3	Se siente mal cuando no le ha salido nada bien algo en la escuela o una tarea doméstica (ej., trabaja duro en todo lo que hace, se preocupa por hacer las cosas bien).	0	1	2	3	4	5
4	Muestra sentimientos de una manera sincera y auténtica (ej., expresa sus sentimientos abiertamente a los demás, sus emociones son consistentes con lo que hace, no manipula a los demás fingiendo emociones).	0	1	2	3	4	5

¿La **AUSENCIA** de estos 4 comportamientos (es decir, el hecho de que no se den muy a menudo estas conductas) genera ACTUALMENTE **dificultades académicas** en su hijo/hija?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

¿La **AUSENCIA** de estos 4 comportamientos (es decir, el hecho de que no se den muy a menudo estas conductas) genera ACTUALMENTE **dificultades sociales** (ej., dificultades de interacción con padres, hermanos, compañeros, otros adultos en actividades comunitarias) en su hijo/hija?

No hay dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad grave

PARTE 8. Por favor, marque la respuesta que mejor describa el comportamiento de su hijo/hija en comparación con otros niños de su misma edad en cada una de las situaciones siguientes.

	Por favor, marque la respuesta que mejor describa cómo son las interacciones (las relaciones) de su hijo/a en comparación con otros niños de su misma edad.	Dificultad Grave	Dificultad Moderada	Dificultad Leve	Relaciones Normales	Relaciones ligeramente por encima de la media	Relaciones moderadamente por encima de la media	Relaciones Excelentes
1a	Interacciones con el padre, tutor o pareja.	0	1	2	3	4	5	6
1b	Interacciones con la madre, tutora o pareja.	0	1	2	3	4	5	6
2	Interacciones con otros adultos que no sean los padres (abuelos, niñeras, o adultos amigos de la familia).	0	1	2	3	4	5	6
3	Interacciones con hermanos o hermanas (si su hijo no tiene hermanos por favor marque aquí): ☐	0	1	2	3	4	5	6
4	Interacciones con otros niños en casa o en la comunidad.	0	1	2	3	4	5	6

PARTE 9. Por favor, marque la respuesta que mejor describa las habilidades académicas de su hijo/hija.

	Por favor, marque la respuesta que mejor describa cómo son las habilidades de su hijo/a en comparación con otros niños de su misma edad.	Dificultad Grave	Dificultad Moderada	Dificultad Leve	En el promedio normal para su edad	Ligeramente por encima de la media	Moderadamente por encima de la media	Rendimiento excelente
1	Habilidad para hacer sus deberes escolares.	0	1	2	3	4	5	6
2	Habilidades de lectura.	0	1	2	3	4	5	6
3	Habilidades aritméticas (matemáticas).	0	1	2	3	4	5	6
4	Habilidades de escritura.	0	1	2	3	4	5	6
5	Habilidades de aprendizaje y rendimiento en general.	0	1	2	3	4	5	6

f. Anexo 6: Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL IMPEDIMIENTO FUNCIONAL WEISS- INFORME DEL PADRE (WFIRS-P) (Edad 6-18 años)

INSTRUCCIONES: Marque con un círculo alrededor del número de la clasificación que describa mejor cómo es que los problemas emocionales o del comportamiento de su niño han afectado cada región durante el mes pasado.

Fecha: ____/____/____
Día/ Mes/ Año

Su nombre: _____

Su relación con el niño: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____
Día/ Mes/ Año

Curso escolar del niño: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ Varón
☐ Mujer

		Nunca o nada en absoluto	A veces o algo	Frecuentemente o Mucho	Muy frecuentemente o Muchísimo	No corresponde
A. FAMILIA						
1.	Tiene problema con los hermanos y hermanas.	0	1	2	3	☐
2.	Causa problemas entre los padres.	0	1	2	3	☐
3.	Quita tiempo al trabajo o las actividades de los miembros de la familia.	0	1	2	3	☐
4.	Causa peleas en la familia.	0	1	2	3	☐
5.	Aísla a la familia de los amigos y las actividades sociales.	0	1	2	3	☐
6.	Dificulta que la familia pueda divertirse junta.	0	1	2	3	☐
7.	Dificulta las tareas paternas.	0	1	2	3	☐
8.	Hace difícil atender por igual a todos los miembros de la familia.	0	1	2	3	☐
9.	Provoca que otros le peguen o le griten.	0	1	2	3	☐
10.	Cuesta más dinero a la familia.	0	1	2	3	☐

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA	P. Bruto	Impedimento
A. Familia	_____	_____
B. Aprendizaje y escuela	_____	_____
- Aprendizaje(1-3)	-----	-----
- Conducta (4-10)	-----	-----
C. Habilidades Vitales	_____	_____
C. Concepto propio del niño	_____	_____
E. Social	_____	_____
F. Riesgo	_____	_____
Total:	_____	_____

B. APRENDIZAJE Y ESCUELA						
1.	Tiene dificultad en mantenerse constante con el trabajo escolar.	0	1	2	3	☐
2.	Necesita refuerzo en la escuela.	0	1	2	3	☐
3.	Necesita tutores o supervisión.	0	1	2	3	☐
4.	Causa problemas al profesor en el aula de clase.	0	1	2	3	☐
5.	Recibe "tiempos fuera" o se le saca de clase.	0	1	2	3	☐
6.	Tiene problemas en el patio/recreo de la escuela.	0	1	2	3	☐
7.	Recibe avisos o debe quedarse después de clase.	0	1	2	3	☐
8.	Expulsado del colegio.	0	1	2	3	☐
9.	Falta a clase o llega tarde al colegio.	0	1	2	3	☐
10.	Recibe clasificaciones que no reflejan su capacidad real.	0	1	2	3	☐

C.	HABILIDADES VITALES					
		Nunca o nada en absoluto	A veces o algo	Frecuentemente o mucho	Muy frecuente o muchísimo	No corresponde
1.	Uso excesivo de la TV, ordenador o juegos de video.	0	1	2	3	☐
2.	Tiene dificultad en mantenerse limpio, cepillarse los dientes, cepillarse el cabello, bañarse, etc.	0	1	2	3	☐
3.	Problemas para prepararse para ir a la escuela.	0	1	2	3	☐
4.	Problemas para prepararse para dormir.	0	1	2	3	☐
5.	Problemas con la comidas (quisquilloso, comidas basura).	0	1	2	3	☐
6.	Problemas para dormir.	0	1	2	3	☐
7.	Se lastima o lesiona.	0	1	2	3	☐
8.	Evita el ejercicio.	0	1	2	3	☐
9.	Necesita más atención médica.	0	1	2	3	☐
10.	Tiene dificultades para tomar medicamentos, recibir inyecciones o visitar al médico/dentista.	0	1	2	3	☐
D.	CONCEPTO PROPIO DEL NIÑO					
		Nunca o nada en absoluto	A veces o algo	Frecuentemente o mucho	Muy frecuente o muchísimo	No corresponde
1.	Mi hijo se siente mal sobre sí mismo.	0	1	2	3	☐
2.	Mi hijo no se divierte lo suficiente.	0	1	2	3	☐
3.	Mi hijo no está feliz con su vida.	0	1	2	3	☐
E.	ACTIVIDADES SOCIALES					
		Nunca o nada en absoluto	A veces o algo	Frecuentemente o mucho	Muy frecuente o muchísimo	No corresponde
1.	Otros niños se burlan de él/ella o le intimidan.	0	1	2	3	☐
2.	Él se burla o intimida a otros niños.	0	1	2	3	☐
3.	Problemas para llevarse bien con otros niños.	0	1	2	3	☐
4.	Problemas en participar en las actividades después de las horas escolares (deportes, música, clubes).	0	1	2	3	☐
5.	Problemas para hacer nuevas amistades.	0	1	2	3	☐
6.	Problemas para mantener amistades.	0	1	2	3	☐
7.	Dificultad con fiestas (no se le invita, los evita, se porta mal).	0	1	2	3	☐
F.	ACTIVIDADES ARRIESGADAS					
		Nunca o nada en absoluto	A veces o algo	Frecuentemente o mucho	Muy frecuente o muchísimo	No corresponde
1.	Es influido fácilmente por los compañeros.	0	1	2	3	☐
2.	Rompe o daña cosas.	0	1	2	3	☐
3.	Hace cosas que son ilegales.	0	1	2	3	☐
4.	Tiene problemas con la policía.	0	1	2	3	☐
5.	Fuma cigarrillos.	0	1	2	3	☐
6.	Consume drogas.	0	1	2	3	☐
7.	Hace cosas peligrosas.	0	1	2	3	☐
8.	Lastima a otros.	0	1	2	3	☐
9.	Dice cosas odiosas o inapropiadas.	0	1	2	3	☐
10.	Comportamiento sexual inapropiado.	0	1	2	3	☐

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL IMPEDIMIENTO FUNCIONAL WEISS- INFORME DEL PADRE (WFIRS-P), 2005, Margaret D. Weiss, Michael B. Wasdell, Melissa M. Bomben; Versión 2, 27 de enero de 2005. Versión revisada por Unidad de TDAH. Server de psiquiatría i Psicología infantil y juvenil. Hospital Clinic. Barcelona. Noviembre, 2009.