

María Fernanda Molina (a) ^[1]
_[2] Ana Laura Maglio (b) ^[3]

Características del Autoconcepto y el Ajuste en las Autopercepciones de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires.

Self-concept Characteristics and Self-Perceptions Accuracy of Children with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity of Buenos Aires.

Estudo comparativo do controle inibitório e a flexibilidade cognitiva em crianças com Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade.

[a] Lic. en Psicología. Becaria doctoral CONICET

[b] Dra. en Medicina (Salud Mental).

[1] CONICET- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

[2] UBA-Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

[3] Profesora Adjunta en Carrera de Psicología, Universidad de Favaloro.

Nota: Esta investigación fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET; Res. No 3609/11 Director: Dra. Schmidt. Co-Director: Dra. Leibovich de Figueroa) y por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT 20020100100052; Director: Dra. Leibovich de Figueroa. Co-Director: Dra. Schmidt).

Agradecimientos.

Se agradece a los niños, padres, terapeutas, docentes y autoridades de las instituciones que participaron en este estudio (Centro Privado de Psicoterapias, CPP; Equipo de Terapia Cognitiva Infanto Juvenil, Fundación ETCl; Fundación de Neuropsicología Clínica, FNC; y Colegio Alas-Los Pinitos). Asimismo, se agradece a las Lic. María Julia Raimundi, Lic. Lucía Bugallo, Lic. Mariel Gimenez y Lic. Yanina Guzmán su colaboración en la recolección de datos para esta investigación.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue estudiar las características de las autopercepciones de niños con TDAH de Buenos Aires y el ajuste en sus autopercepciones. Participaron del estudio 100 niños de ambos sexos de entre 7 y 13 años y uno de sus padres residentes en Área Metropolitana Bonaerense (AMBA, Argentina). Los niños conformaban tres grupos: niños diagnosticados como TDAH (según criterios DSM IV), niños que se encontraban en tratamiento psicoterapéutico pero que no cumplían con criterios diagnósticos para TDAH y niños sanos. Fueron evaluados con el Perfil de Autopercepciones para niños (SPPC) y la Escala de evaluación del comportamiento del niño. Versión para padres (PRS). Se encontró que los niños con problemas psicológicos, (TDAH u otros problemas que motiven la consulta psicoterapéutica) tenían autopercepción más negativa que quienes no presentaban dificultades. No se encontraron diferencias en la autopercepción de los niños que tienen TDAH y los que tienen otros problemas que requieren tratamiento psicológico. Los niños con TDAH presentaron un mayor sesgo positivo en sus autopercepción que los otros grupos de niños.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Autopercepciones; Autoconcepto; Autoestima; Problemas emocionales y de conducta; Sesgo Positivo Ilusorio; Niños; Artículo Empírico.

Abstract

The aim of this paper was to study the characteristics of the self-concept of children with ADHD in the Área Metropolitana Bonaerense (AMBA, Argentine) and the accuracy in their self-perceptions. Participants were 100 boys and girls aged 7 to 13 years and one of their parents. Children formed three groups: children diagnosed as ADHD (DSM IV criteria), children who assist to psychotherapy but did not meet diagnostic criteria for ADHD and normally developed children. Children completed the Self-Perception Profile for Children (SPPC). Parents answered the Parent's Rating Scale of Child's Actual Behavior (PRS). It was found that children with psychological problems (ADHD or other issues for psychotherapeutic assistance) had more negative self-perception than those who had no difficulties. The self-perceptions of children with ADHD do not differed from those of children with other impairment. Children with ADHD showed greater positive bias in their self-perception than the other groups of children.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Self-perceptions; Self-concept; Self-esteem; Emotional and behavioral problems; Positive Illusory Bias; Children; Empirical article.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi estudar as características das autopercepções de crianças com TDAH de Buenos Aires e o ajuste nas suas autopercepções. Participaram do estudo 100 crianças de ambos sexos de entre 7 e 13 anos e um dos seus pais residentes na Área Metropolitana Bonaerense (AMBA, Argentina). As crianças formavam três grupos: crianças diagnosticadas como TDAH (segundo critérios DSM IV), crianças que se encontravam em tratamento psicoterapéutico mas que não cumpriam com critérios diagnósticos para TDAH e crianças sanas. Foram avaliadas com o Perfil de Autopercepções para crianças (SPPC) e a Escala de avaliação do comportamento da criança. Versão para pais (PRS). Se encontrou que as crianças com problemas psicológicos (TDAH ou outros problemas que motivem a consulta psicoterapéutica) tinham autopercepção mais negativas que os que não apresentavam dificuldades. Não se encontraram diferenças na autopercepção das crianças que apresentam TDAH e as que possuem outros problemas que requerem tratamento psicológico. As crianças com TDAH apresentaram maior sesgo positivo nas suas autopercepção que os outros grupos de crianças.

Palavras chaves: Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperactividade; Autopercepções; Autoconceito; Autoestima; Problemas emocionais e de conduta; Sesgo Positivo Ilusório; Crianças; Artigo Empírico.

Introducción.

En las últimas décadas el reconocimiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como un problema de la salud pública se ha extendido por todo el mundo (Brown, 2003). El TDAH es uno de los desórdenes psiquiátricos infantiles con mayor prevalencia y, debido a su gran impacto en diferentes áreas de la vida de las personas afectadas, constituye uno de los motivos de consulta más frecuente (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009). Las repercusiones potenciales que tiene sobre el desarrollo personal y familiar de quienes lo padecen ha llevado a que, en los últimos años, sea uno de los trastornos más investigados (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH, 2010).

El TDAH consiste en un patrón persistente de déficit que incluye la falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad, que se presenta con una frecuencia y gravedad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo. Tiene su inicio en la infancia y su prevalencia es de entre un 3 y 5 %, en

niños de edad escolar (American Psychiatric Association, 2002).

Los síntomas de este trastorno tienen una fuerte repercusión en el desempeño de los niños en áreas de gran importancia vital, generando dificultades en los dominios académico, comportamental y social (Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza, & Kaiser, 2007). Esto llevó a que, por mucho tiempo, se haya asumido que estos niños tenían una percepción negativa de sí mismos, siendo esto motivo de preocupación de padres, docentes y terapeutas. Sin embargo, recién en los últimos años, el autoconcepto de los niños con TDAH ha comenzado a ser estudiado empíricamente y en forma sistemática, dando lugar a resultados contradictorios (Hoza, Pelham, Dobbs, Owens, & Pillow, 2002).

Por un lado, existe un grupo de estudios en los que se encontró que los niños con TDAH tienden a presentar autopercepciones más negativas que los niños sin TDAH (e.g. Barber, Grubbs, & Cottrell, 2005; Dumas & Pelletier, 1999; Hanć & Brzezińska, 2009; Maia, Guardiano, Viana, Almeida, & Guimarães,

2011; Treuting & Hinshaw, 2001). Por otro lado, otro conjunto de estudios informa que no se encontraron diferencias en las autopercepciones de ambos grupos de niños (e.g. Bussing, Zima, & Perwien, 2000; Hoza, Pelham, Milich, Pillow, & McBride, 1993; Hoza et al., 2002, 2004).

Frente a estas contradicciones surgió un nuevo grupo de investigaciones en las que se incluyó una medida objetiva del desempeño del niño para evaluar el grado de ajuste en sus autopercepciones. Los resultados mostraron que los niños con TDAH tendían a presentar un sesgo positivo en sus autoevaluaciones en relación a la percepción de sus padres y docentes (e.g. Evangelista, Owens, Golden, & Pelham, 2008; Ohan & Johnston, 2011), con respecto a su rendimiento real en tareas de laboratorio (e.g. Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina, & Milich, 2000; Hoza, Waschbusch, Pelham, Kipp, & Owens, 2001; Waschbusch, Craig, Pelham, & King, 2007), y en pruebas estandarizadas (e.g. Fliers et al., 2010; Owens & Hoza, 2003). Esta tendencia a la sobreestimación pudo observarse en los dominios social, académico,

comportamental (e.g. Hoza et al., 2002, 2004) y de habilidades motoras (Fliers et al., 2010).

A partir de estos hallazgos, los autores concluyen que los niños con TDAH presentan una tendencia a sobreestimar sus capacidades en mayor medida que los niños que no padecen el trastorno. Esta tendencia es explicada como un sesgo positivo ilusorio (SPI) en la autopercepción de estos niños (e.g. Hoza et al., 2002, 2004; Owens et al., 2007). Según este grupo de investigaciones, los niños con TDAH tienden a sobrevalorar sus capacidades, lo que produce una discrepancia entre las competencias que ellos informan y sus competencias reales (Hoza et al., 2002).

En los últimos años, se han presentado evidencias de la existencia del SPI en niños con otras problemáticas como parálisis cerebral (Dunn, Shields, Taylor, & Dodd, 2009), neurofibromatosis tipo 1 (NF1) (Barton & North, 2007), y trastornos de aprendizaje (TA) (Heath & Glen, 2005; Heath, Roberts, & Toste, 2013). Más específicamente, los niños con parálisis cerebral tendían a sobreestimar sus competencias deportivas en relación a la percepción de sus padres (Dunn et al., 2009). Los niños con NF1 sobreestimaban

su autoconcepto verbal y en matemáticas. Esta tendencia se mantenía cuando los niños presentaban comorbilidad con TA o TDAH. Asimismo, al comparar los tres grupos (i.e. niños con NF1, NF1 y TA, y NF1 y TDAH) no se encontraron diferencias en el nivel de sobreestimación (Barton & North, 2007). En niños con TA, se encontró que realizaban evaluaciones poco realistas de su rendimiento en una tarea de deletreo (Heath & Glen, 2005). Por otra parte, en un estudio con adolescentes con TA se encontró que realizaban predicciones exageradamente positivas de su rendimiento en matemáticas pero no en deletreo (Heath et al., 2013).

Esto lleva a preguntarse si el SPI es un mecanismo exclusivo de los niños con TDAH o si se presenta en niños con otros trastornos.

Existe un estudio en el que se comparó un grupo de niños canadienses con síntomas de TDAH con un grupo de niños que presentaban otro tipo de problemas de comportamiento, sociales, o emocionales. En este trabajo se encontró que las autopercepciones de ambos grupos de niños no diferían entre sí y que se encontraban dentro de los parámetros esperables

para su grupo de edad. Sin embargo, cuando se comparaban las autopercepciones de los niños con las de sus padres y sus docentes, los niños con TDAH presentaban un mayor SPI que los niños con otras problemáticas (Whitley, Lee, & Finn, 2008).

El estudio de las autopercepciones en niños con TDAH ha cobrado gran interés para los investigadores de la temática (McQuade, Tomb, et al., 2011). En los últimos años, han surgido estudios que muestran que la forma en que estos niños se perciben a sí mismos tiene un fuerte impacto en su desarrollo y ajuste psicosocial. Por un lado, existen hallazgos que muestran que una autopercepción positiva de sus competencias académicas en la infancia predice una menor presencia de problemas internalizantes, externalizantes, abuso de sustancias y mayores logros terapéuticos en la adolescencia (Mikami & Hinshaw, 2006). Asimismo, el autoconcepto es un importante predictor de satisfacción vital en estos niños (Miranda-Casas, Presentación-Herrero, Colomer-Diago, & Roselló, 2011). Por el otro, existen evidencias de que el SPI en niños con TDAH se asocia a un mayor riesgo de problemas de conducta (e.g. Hoza, Murray-Close, Arnold, & Hinshaw, 2010;

Kaiser, Hoza, Pelham, Gnagy, & Greiner, 2008), a un peor funcionamiento psicosocial general (e.g. Ohan & Johnston, 2011) y a peores logros terapéuticos (Mikami, Calhoun, & Abikoff, 2010).

Sin embargo, son escasos los trabajos que han estudiado las autopercepciones de los niños con TDAH en Latinoamérica. En un estudio realizado con niños mexicanos se encontró que los niños con TDAH tenían una autoestima global, un autoconcepto familiar, escolar y general más negativos que los niños del grupo control (Garza-morales, Núñez-Villaseñor, & Vladimirsky-Guiloff, 2007). En Argentina, se encontró que si bien los niños con TDAH tenían autopercepciones más negativas en los dominios emocional y familiar, no diferían del grupo de comparación en los dominios físico, académico y social, ni en el autoconcepto general (Bakker & Rubiales, 2012).

Hasta nuestro conocimiento no existen trabajos en nuestro contexto que hayan estudiado el ajuste en las autopercepciones de los niños con TDAH. Por lo tanto, este trabajo se propone estudiar las características de las autopercepciones de los niños con TDAH de Buenos Aires y el ajuste en sus autopercepciones comparándolos con, por un lado, niños que fueron

derivados a psicoterapia por otros motivos y, por el otro, con niños sanos.

Teniendo en cuenta que existen múltiples estudios que muestran que los niños con TDAH presentan autopercepciones tan positivas como los niños que no padecen el trastorno, incluso cuando presentan otro tipo de problemas sociales, emocionales, o del comportamiento, como primera hipótesis se sostiene que los niños con TDAH no van a presentar diferencias en la valencia de sus autopercepciones absolutas con respecto a los otros niños.

Por otra parte, teniendo en cuenta que existen evidencias de que el SPI se presenta en niños con otros trastornos, como segunda hipótesis se plantea que los niños con TDAH van a presentar un mayor SPI que los niños sanos pero no que los niños que acuden a psicoterapia por otros motivos.

Metodología.

Participantes.

Participaron del estudio 100 niños de ambos sexos de entre 7 y 13 años y uno de sus padres

residentes en el Área Metropolitana Bonaerense (AMBA) (1). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los niños y sus familias. La muestra estuvo compuesta por tres grupos de niños: un grupo de niños con TDAH (Grupo TDAH), un grupo de niños que se encontraban en tratamiento psicoterapéutico pero que no cumplían con criterios diagnósticos para TDAH (Grupo Clínico Control, GCC) y un grupo de niños sin trastornos psicológicos diagnosticados ni en tratamiento psicoterapéutico (Grupo Control Sano, GCS).

En el grupo de niños con TDAH, un 45.70 % (16) de los niños presentaban el subtipo combinado, un 42.90 % (15) el subtipo inatento, un 2.90 % (1) el subtipo hiperactivo/impulsivo, y el 8.60 % (3) el subtipo no especificado. Se incluyeron niños con otros trastornos asociados debido al alto porcentaje de comorbilidad con que se presenta el TDAH (Emeh & Mikami, 2012; Swanson, Owens, & Hinshaw, 2012). Un 42.40 % (14) de los niños con TDAH presentaba, al menos, un trastorno comórbido al TDAH, siendo los más frecuentes los Trastornos de Aprendizaje y, en segundo término, los Trastornos de la Conducta Perturbadora y los Trastornos de Ansiedad.

(1) Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el primer cordón del Conurbano Bonaerense, Provincia de Buenos Aires.

Un 30.30 % (10) de los niños con TDAH estaba medicado al momento de participar en este estudio. De estos niños, nueve (90.00 %) estaban medicados con metilfenidato, y uno (10.00 %) con risperidona.

El 23.1 % (6) de los niños del GCC presentaba un Trastorno de Aprendizaje, un 19.20 % (5) otros Trastornos de la Conducta Perturbadora diferentes al TDAH, un 7.70 % (2) Trastornos de la Eliminación, un 19.20 % (5) Trastornos de Ansiedad, y un 26.9 % (7) consultaba por problemas que si bien son objeto de atención clínica no corresponden a un trastorno psiquiátrico (en su mayoría, problemas de rendimiento escolar). Cuatro (15.40 %) de estos niños presentaban trastornos comórbidos. Uno (3.70 %) de los niños del GCC tomaba medicación psiquiátrica (i.e. sertralina).

Procedimiento.

Los niños del grupo TDAH y del GCC fueron contactados en tres centros de salud mental especializados en la atención de niños y adolescentes del AMBA. Para ser incluidos en el grupo de niños con TDAH, éstos debían haber recibido el diagnóstico por un profesional de la salud según criterios DSM IV.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los niños y sus familias.

		TDAH (n = 31)	GCC (n = 25)	GCS (n = 44)
Niños				
Sexo	Masculino (%)	85.7	92.3	70.5
Edad	(M)DE	8.97 (1.56)	9.58 (1.70)	9.55 (1.42)
Padre				
Edad	(M)DE	40.50 (6.08)	40.50 (6.08)	43.73 (5.45)
Nivel de instrucción (%)	Inferior a secundario completo	19.40 (6)	19.40 (6)	15.80 (3)
	Secundario completo	29.00 (9)	29.00 (9)	25.70 (11)
	Terciario/Universitario completo o en curso	51.60 (16)	51.60 (16)	58.40 (30)
Ocupación (%)	Independiente	29.00 (9)	29.00 (9)	51.20 (22)
	En relación de dependencia	64.50 (20)	64.50 (20)	41.90 (18)
	Desempleado	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
	Otro	6.50 (2)	6.50 (2)	7.00 (3)
Madre				
Edad	(M)DE	38.85 (6.50)	40.50 (6.08)	40.84 (4.73)
Nivel de instrucción (%)	Inferior a secundario completo	11.80 (4)	19.40 (6)	2.30 (1)
	Secundario completo	23.50 (8)	29.00 (9)	13.60 (6)
	Terciario/Universitario completo o en curso	64.70 (22)	51.60 (16)	84.10 (36)
Ocupación (%)	Independiente	29.40 (10)	44.00 (11)	41.90 (18)
	En relación de dependencia	44.10 (15)	36.00 (9)	39.50 (17)
	Desempleado	2.90 (1)	4.00 (1)	0.00 (0)
	Otro	23.50 (8)	16.00 (4)	18.60 (8)

El criterio de inclusión en el grupo GCC fue que se encontraran en tratamiento psicoterapéutico pero que no cumplieran criterios diagnósticos de TDAH. Los padres y niños de estos grupos fueron contactados por intermedio de su terapeuta.

Los padres y niños del GCS, fueron contactados en la institución educativa a la que asistían. Fueron incluidos en este grupo aquellos niños que, según informaban sus padres, no estaban realizando tratamiento psicológico, psicopedagógico, psiquiátrico, y/o neurológico, y que según los directivos de la escuela no realizaban tratamiento, ni era recomendable que lo hicieran.

En todos los casos, se pidió consentimiento informado a los padres indicando la aceptación de sus hijos en el estudio. La participación en el estudio fue voluntaria y confidencial. Los padres contestaron los cuestionarios de manera independiente. Los niños lo hicieron con asistencia de un adulto entrenado (i.e. su terapeuta o los investigadores).

Familia		TDAH (n = 31)	GCC (n = 25)	GCS (n = 44)
Edad		38.85 (6.50)	40.50 (6.08)	40.84 (4.73)
Estado civil de los padres (%)				
	Casados / Conviven	11.80 (4)	19.40 (6)	2.30 (1)
	Separados / Divorciados	23.50 (8)	29.00 (9)	13.60 (6)
	En pareja / vuelto a casar	64.70 (22)	51.60 (16)	84.10 (36)
Número de personas en el hogar				
	(M)DE	4.24 (1.09)	4.46 (1.36)	4.11 (0.78)
Composición familiar (%)				
	Monoparental	11.80 (4)	11.5 (3)	11.40 (5)
	Biparental	55.90 (19)	65.40 (17)	77.30 (34)
	Extendida	5.90 (2)	3.80 (1)	6.80 (3)
	Compuesta	26.50 (9)	19.20 (5)	4.50 (2)

Nota. TDAH=Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; GCC=Grupo Control Clínico; GCS= Grupos Control Sano

Instrumentos.

Cuestionario sociodemográfico. Fue construido ad-hoc para caracterizar la muestra en función de sus características socio-demográficas (edad, nivel educativo y ocupación de los padres, composición familiar) y la historia de los tratamientos anteriores realizados por el niño.

Perfil de Auto percepciones para niños (SPPC, Harter, 1985; Adaptación: Molina, Raimundi, López, Cataldi, & Bugallo, 2011). Posee 36 ítems y evalúa el autoconcepto a través de cinco dominios específicos: competencia académica (percepción de la competencia en la esfera del rendimiento académico), aceptación social (grado en que el niño es aceptado por sus pares o se siente popular), comportamiento (grado en que a los niños les gusta la forma en que se comportan, sienten que hacen lo correcto y evitan meterse en problemas), competencia deportiva (capacidad para los deportes o los juegos al aire libre), apariencia física (grado en que el niño está contento con su apariencia física, le gusta su altura, peso, y cuerpo). Por otra parte, evalúa la autoestima global con una subescala especialmente diseñada para tal fin. Esta variable es definida como el grado en que el niño se agrada como

persona y está feliz con la forma en que está conduciendo su vida.

Cada subescala se compone de seis ítems con cuatro opciones de respuesta. El formato de respuesta consiste en dos frases contrapuestas que muestran dos grupos de niños con autopercepciones opuestas. Los niños deben elegir en primer lugar, a qué grupo se parecen y, en segundo lugar, en qué grado se parecen a ese grupo (Realmente como yo o Más o menos como yo). Los ítems son del tipo: "Algunos chicos pueden aprender con facilidad lo que se les enseña en la escuela Pero Otros chicos tienen dificultad para aprender lo que se les enseña" (competencias académicas), "Algunos chicos sienten que son buenos para hacer actividad física Pero Otros chicos no son muy buenos para hacer actividad física" (Competencias Deportivas) o "Algunos chicos, a menudo, no están contentos con ellos mismos Pero Otros chicos están bastante satisfechos con ellos mismos" (autoestima global).

En su versión original el SPPC ha mostrado tener una estructura factorial clara en la que cada uno de los cinco dominios específicos define su propio factor con pesajes sustanciales y mínimas cargas cruzadas. Por otra parte, las subescalas presentaron

una adecuada consistencia interna (.71 a .86) (Harter, 1985). En la versión local de la escala se logró replicar la estructura factorial de la versión original. Asimismo, se encontraron evidencias a favor de la validez de constructo, convergente y discriminante. En cuanto a la confiabilidad de la escala, los índices de consistencia interna son de adecuados a buenos (de .70 a .84) (Molina et al., 2011).

En la muestra de este estudio la escala presenta adecuados coeficientes de consistencia interna (alpha de Cronbach) para las seis subescalas (competencia académica, .82; aceptación social, .75; competencia deportiva, .78; apariencia física, .76; comportamiento, .84; autoestima global, .68).

Escala de evaluación del comportamiento del niño. Versión para padres (PRS, Harter, 1985; Adaptación: Molina, Calero, & Raimundi, 2013). Consta de 15 ítems que evalúan la percepción que tienen los padres de atributos y comportamientos del niño a través de los mismos dominios evaluados por el SPPC: Competencias Académicas, Aceptación Social, Competencias Deportivas, Apariencia Física, y Comportamiento. Cada subescala se compone por tres ítems con cuatro opciones de respuesta. El formato de respuesta consiste en dos frases contrapuestas

que muestran dos grupos de niños con comportamientos o competencias opuestas. Los sujetos deben elegir, en primer lugar, a qué grupo se parece el niño y, en segundo lugar, en qué grado se parece a ese grupo (Realmente verdadero o En cierto modo verdadero). Los ítems son del tipo: "Mi hijo/a encuentra difícil hacerse amigos o Para mi hijo/a es bastante fácil hacerse amigos" (aceptación social) o "Mi hijo/a usualmente se comporta bien o Mi hijo/a a menudo no se comporta bien" (comportamiento).

En su versión original este instrumento ha mostrado tener una estructura factorial coherente con la estructura teórica en que se fundamenta cargando todos los ítems en el factor hipotetizado. Asimismo, presenta una buena validez convergente y discriminante al comparar las respuestas de los padres con las de los docentes y pares de los niños (Cole, Gondoli, & Peeke, 1998). En cuanto a la confiabilidad, la escala ha mostrado tener una buena consistencia interna (.82 a .89) y una alta confiabilidad por test-retest con un intervalo de cuatro meses (rs entre .60 y .80) (Cole, Martin, Powers, & Truglio, 1996; Seroczynski, Cole, & Maxwell, 1997). En la versión local de la escala se logró replicar la estructura de cinco dominios. Se encontraron evidencias a favor de la validez de constructo,

convergente y discriminante. Los índices de consistencia interna del instrumentos son de adecuados a buenos (alpha de Cronbach de .66 a .87) (Molina et al., 2013).

En la muestra de este estudio la escala presenta buenos coeficientes de consistencia interna (alpha de Cronbach) para las cinco subescalas (competencia académica, .82; aceptación social, .72; competencia deportiva, .87; apariencia física, .68; comportamiento, .88).

Procesamiento de Datos .

Medición del sesgo en las autopercepciones. Para estudiar el sesgo en las autopercepciones de los niños, en primer lugar, se consideró la discrepancia entre las autopercepciones de los niños y la percepción que sus padres tienen de ellos. Para esto se calculó el promedio de las puntuaciones de los niños en los cinco dominios del SPPC y de los padres en el PRS. Se sustrajeron las puntuaciones de los padres a las de los niños en cada dominio. Los puntajes positivos indican sobreestimación de competencias mientras que los negativos indican subestimación de competencias.

En segundo lugar, para estudiar el sesgo, tanto positivo como negativo, y el ajuste en las autopercepciones de los niños se tomaron los percentiles 25 y 75 de las discrepancias entre las percepciones de padres e hijos de la muestra completa como punto de corte y se creó una variable nominal con tres valores: 1) sesgo positivo, para aquellos puntajes por encima del percentil 75; 2) ajuste, aquellos puntajes entre el percentil 75 y el 25; y 3) sesgo negativo, los puntajes inferiores al percentil 25.

Análisis principal. Se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) para comparar, por un lado, las autopercepciones de los tres grupos de niños y, por el otro, la discrepancia entre las autopercepciones de los niños y la percepción que sus padres tienen de ellos. Se realizaron pruebas post hoc de Bonferroni para la comparación entre pares y se estudió el tamaño del efecto con el estadístico *d* de Cohen.

Se utilizó una prueba Ji cuadrado para analizar la asociación entre la presencia de TDAH, otros motivos de atención clínica, y la ausencia de éstos con el sesgo positivo, negativo, o ajuste en las autopercepciones.

Resultados.

Diferencias entre las Autopercepciones de los Niños.

En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de las autopercepciones de dominios específico y autoestima global de los tres grupos de niños. Como puede observarse las diferencias en las medias muestran que el grupo TDAH y el GCC tienen autopercepciones más negativas que los niños del GCS. Sin embargo, estas diferencias no son significativas en todos los casos.

En la Tabla 3 se presentan los resultados del ANOVA, las comparaciones post hoc, el tamaño del efecto (d de Cohen), y la potencia estadística observada para la comparación por pares. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios de competencias académicas, aceptación social, competencias deportivas, comportamiento, y autoestima global.

Las comparaciones post hoc muestran que en el dominio de las competencias académicas tanto los niños del grupo TDAH como del GCC presentan autopercepciones más negativas que los niños del GCS. Asimismo, tanto el grupo TDAH como el GCC

presentan una autoestima global más negativa que el GCS. Sin embargo, en el dominio del comportamiento sólo el grupo TDAH tiene autopercepciones significativamente más negativas que el GCS. En todos los casos, el tamaño del efecto es grande. En el dominio de aceptación social, el grupo TDAH tiene una auto-percepción más negativa que el GCS, con un tamaño del efecto mediano.

Al comparar las autopercepciones de los niños con TDAH con el GCC, no se observan diferencias significativas y el tamaño del efecto de estas diferencias es bajo.

Sesgo en las Autopercepciones: Comparación de las Discrepancias entre los Niños y sus Padres.

Los resultados del ANOVA muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en el sesgo que presentan los niños de los tres grupos con respecto a la autopercepción de las competencias académicas, la aceptación social, y el comportamiento (ver Tabla 4 para estadísticos descriptivos y Tabla 5 para la comparación entre grupos).

Las comparaciones post hoc muestran que en el dominio de las competencias académicas, aceptación social y comportamiento el grupo TDAH presenta una

mayor sobreestimación de su desempeño (discrepancia positiva) que el GCS, con un tamaño del efecto mediano en los dominios de las competencias académicas y aceptación social, y grande en el dominio del comportamiento.

Prevalencia del Tipo de Sesgo en Niños con TDAH, otros Cuadros Clínicos y Niños Sanos.

En la Tabla 6 se presentan los porcentajes, frecuencias observadas, y resultados de las pruebas de Ji cuadrado para la asociación entre el sesgo en las autopercepciones y la variable grupo. Las pruebas de Ji cuadrado indican que el patrón de sesgo en las autopercepciones en los dominios de las competencias académicas, aceptación social y comportamiento no es uniforme en los tres grupos de niños.

En el dominio de las competencias académicas, la mitad de los niños con TDAH presenta sesgo positivo, mientras que, en el GCS, más de la mitad de los niños presentan autopercepciones ajustadas en relación a la percepción de sus padres y sólo un 11.40 % presenta un sesgo positivo. En el GCC, casi la mitad de los niños presenta autopercepciones ajustadas, pero el porcentaje de niños con un sesgo positivo es mayor que en el GCS.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las autopercepciones de niños con TDAH, niños con otros problemas de atención clínica y niños sanos.

Autopercepciones	TDAH (n = 31)			GCC (n = 25)			GCS (n = 44)		
	M	DE	95% IC	M	DE	95% IC	M	DE	95% IC
Académicas	15.55	4.86	[13.76,17.33]	15.60	4.40	[13.78,17.42]	18.86	3.84	[17.70, 20.03]
Social	16.61	4.82	[14.84,18.38]	17.00	4.70	[15.06,18.94]	19.25	3.27	[18.26, 20.24]
Deportiva	18.06	4.07	[16.57,19.56]	17.96	5.14	[15.84,20.08]	20.09	2.83	[19.23, 20.95]
Apariencia Física	19.61	3.45	[18.35,20.88]	18.64	4.87	[16.63,20.65]	19.45	3.64	[18.35, 20.56]
Comportamiento	15.26	4.33	[13.67,16.85]	16.24	4.67	[14.31,18.17]	18.18	4.08	[16.94, 19.42]
Global	18.42	3.81	[17.02,19.82]	18.96	3.25	[17.62,20.30]	20.98	2.58	[20.19, 21.76]

Nota. TDAH=Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; GCC=Grupo Control Clínico; GCS= Grupos Control Sano; IC = intervalo de confianza.

Tabla 3. ANOVA, comparaciones post hoc, tamaño del efecto y potencia observada para las autopercepciones de los niños.

Autopercepciones			TDAH vs GCC			TDAH vs GCS			GCC vs GCS		
	F (2,100)	p	p	d de Cohen	Potencia	p	d de Cohen	Potencia	p	d de Cohen	Potencia
Académicas	7.16	.001**	.999	-0.01	15.60	4.40	[13.78,17.42]	18.86	3.84	[17.70, 20.03]	18.86
Social	4.36	.015*	.999	-0.08	17.00	4.70	[15.06,18.94]	19.25	3.27	[18.26, 20.24]	19.25
Deportiva	3.49	.034*	.999	-0.02	17.96	5.14	[15.84,20.08]	20.09	2.83	[19.23, 20.95]	20.09
Apariencia Física	0.49	.620	.999	0.23	18.64	4.87	[16.63,20.65]	19.45	3.64	[18.35, 20.56]	19.45
Comportamiento	4.46	.014*	.999	-0.22	16.24	4.67	[14.31,18.17]	18.18	4.08	[16.94, 19.42]	18.18
Global	6.78	.002**	.999	-0.15	18.96	3.25	[17.62,20.30]	20.98	2.58	[20.19, 21.76]	20.98

Nota. TDAH=Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; GCC=Grupo Control Clínico; GCS= Grupos Control Sano.
*p<.05; **p<.01.

En el dominio de la aceptación social, casi la mitad de los niños con TDAH presenta autopercepciones ajustadas en relación a la percepción de los padres, pero la proporción de niños con un sesgo positivo sigue siendo elevada. En el GCC, la proporción de niños con un sesgo positivo en las autopercepciones es equivalente a la de los niños con TDAH y superior a la de los niños del GCS. En este último grupo, la mayoría de los niños tiene autopercepciones ajustadas.

En el dominio del comportamiento, más de la mitad de los niños con TDAH tiene un sesgo positivo en sus autopercepciones, mientras que en los grupos GCC y GCS más de la mitad de los niños tienen autopercepciones ajustadas. El GCS es el que tiene el menor porcentaje de sesgo positivo.

No se observan grandes diferencias entre los grupos en la proporción de niños que subestiman sus competencias, la cual oscila entre un 13.80 y un 30.40 %.

Discusión.

El presente estudio tuvo como objetivo comparar las características de las autopercepciones de los niños con TDAH del AMBA y del ajuste en sus autopercepciones con las de niños que fueron derivados a psicoterapia por otros motivos y niños sanos.

El análisis descriptivo de los datos muestra que el grupo TDAH y el GCC tienen autopercepciones más negativas que los niños del GCS. Sin embargo, estas diferencias no son significativas en todos los casos. Los niños con TDAH tienen autopercepciones más negativas que los niños sanos en los dominios de competencias académicas, aceptación social, comportamiento y autoestima global, con un tamaño del efecto grande. No obstante, no difieren de los niños derivados a psicoterapia por otros motivos.

A partir de estos resultados puede concluirse que se encontraron evidencias parciales a favor de la primera hipótesis. Si bien los niños con TDAH no difieren de los niños derivados a psicoterapia por otros motivos, a diferencia de lo hipotetizado, presentan autopercepciones más negativas que los niños sanos.

Estos hallazgos contradicen lo encontrado en los estudios que informan que los niños con TDAH tienen autopercepciones similares a las de los niños que no padecen el trastorno (Bussing et al., 2000; Emeh & Mikami, 2012; Hoza et al., 1993, 2002, 2004). Sin embargo, como se mencionó en la introducción, existen muchos estudios que informan que los niños con TDAH presentan autopercepciones más negativas que los niños sanos (Barber et al., 2005; Dumas &

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las discrepancias entre las autopercepciones de los niños y la percepción de los padres.

Discrepancias Niños-Padres	TDAH (n = 29)			GCC (n = 24)			GCS (n = 44)		
	M	DE	95% IC	M	DE	95% IC	M	DE	95% IC
Académicas	0.20	0.95	[-0.17,0.56]	0.08	0.97	[-0.33, 0.48]	-0.39	0.78	[-0.63,-0.16]
Social	0.29	0.97	[-0.08,- 0.66]	-0.08	1.02	[-0.51, 0.35]	-0.26	0.70	[-0.48,-0.05]
Deportiva	0.55	0.96	[0.18,0.91]	0.17	0.87	[-0.21, 0.54]	0.14	0.70	[-0.07,0.36]
Apariencia Física	-0.10	0.74	[-0.38,0.19]	-0.32	0.77	[-0.65, 0.01]	-0.33	0.63	[-0.52,-0.14]
Comportamiento	0.20	1.06	[-0.21,0.60]	-0.30	0.81	[-0.64, 0.04]	-0.62	0.67	[-0.82,-0.42]

Nota. TDAH=Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; GCC=Grupo Control Clínico; GCS= Grupos Control Sano; IC = intervalo de confianza.

Pelletier, 1999; Evangelista et al., 2008; Garza-Morales et al., 2007; Swanson et al., 2012).

Una posible explicación para estos resultados disímiles se vincula con la influencia que puede tener el subtipo diagnóstico sobre la autopercepción. Las muestras pequeñas hacen que en este, y en muchos de los otros estudios citados, no puedan realizarse comparaciones en función del subtipo de presentación del TDAH y los trastornos comórbidos. Existen estudios que muestran que los niños con TDAH con subtipo con predominio inatento tienen autopercepciones más

negativas que los niños con TDAH con predominio de hiperactividad/impulsividad o con subtipo combinado (Owens & Hoza, 2003). Asimismo, la comorbilidad con síntomas depresivos atenúa el SPI en las autopercepciones (Hoza et al., 1993, 2002, 2004; Ohan & Jonhston, 2011).

La falta de diferencias entre las autopercepciones de los niños del grupo TDAH y el GCC son coherentes con lo informado por Whitley et al. (2008) en el trabajo con una muestra comunitaria.

En cuanto a la comparación entre el GCC y el

GCS, los niños del GCC presentan autopercepciones más negativas que los niños sanos únicamente en el dominio de competencias académicas y en su autoestima global. Sin embargo, en los dominios en los que no presentan diferencias significativas el tamaño del efecto es mediano, mostrando que sus autopercepciones son más negativas que las de los niños sanos.

Las diferencias en las autopercepciones en el dominio de las competencias académicas son coherentes con la alta prevalencia de Trastornos de Aprendizaje y problemas escolares en este grupo, ya que ha sido reportado que este tipo de problema se asocia a una autopercepción más negativa en áreas académicas (Tabassam & Grainger, 2002). Es posible que no se hayan encontrado diferencias en los otros dominios debido a que, por la heterogeneidad en las problemáticas de los niños que componen este grupo, los déficits en cada dominio no estén suficientemente representados. Por otro lado, el GCC sí presentó una autoestima global más negativa que el GCS. Por definición, la autoestima global se refiere a los juicios globales del propio valor como persona y puede ser afectada por los déficits en los distintos dominios (Harter, 1999; Harter & Bukowski, 2012), por lo que es común

Tabla 5. ANOVA, comparaciones post hoc, tamaño del efecto y potencia observada para las discrepancias entre las autopercepciones de los niños y la percepción de los padres.

Discrepancias Niños-Padres	F (2,100)		TDAH vs GCC			TDAH vs GCS			GCC vs GCS		
	F	p	p	d de Cohen	Potencia	p	d de Cohen	Potencia	p	d de Cohen	Potencia
Académicas	4.66	.013*	.999	0.12	.07	.019*	0.68	.80	.114	0.53	.53
Social	3.60	.033*	.384	0.37	.26	.028*	0.65	.76	.999	0.20	.12
Deportiva	2.39	.110	.311	0.41	.31	.135	0.50	.54	.999	0.04	.05
Apariencia Física	1.24	.340	.784	0.29	.18	.488	0.33	.28	.999	0.01	.05
Comportamiento	8.36	.000**	.106	0.53	.47	.000**	0.92	.96	.398	0.43	.39

Nota. TDAH=Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; GCC=Grupo Control Clínico; GCS= Grupos Control Sano.
*p<.05; **p<.01.

a las diferentes problemáticas que se presentan en este grupo.

En cuanto al sesgo en las autopercepciones, al estudiar las discrepancias entre las autopercepciones de los niños con TDAH y la forma en que son percibidos por sus padres, se encontró una mayor tendencia a sobreestimar sus competencias en los dominios académico, social, y del comportamiento que los niños sanos. Sin embargo, no difieren significativamente de los niños del GCC.

Estos hallazgos presentan evidencias a favor

de la segunda hipótesis: los niños con TDAH presentan un mayor SPI que los niños sanos pero no más que los que presentan otras problemáticas. Estos resultados replican lo hallado por múltiples estudios (Emeh & Mikami, 2012; Evangelista et al., 2008; Hoza et al., 2002, 2004; McQuade, Hoza Waschbusch, Murray-Close, & Owens, 2011; Ohan & Johnston, 2011).

El hecho de que los niños con TDAH tienen autopercepciones más negativas que los niños del GCS y también tienden a sobreestimar sus competencias más que éstos es similar a lo hallado en otras inves-

Tabla 6. Tabla de contingencia (porcentajes y frecuencias observadas) y Ji cuadrado según el sesgo en niños con TDAH, otros cuadros clínicos y niños sanos.

		Sesgo negativo	Ajuste	Sesgo positivo	Ji cuadrado
Académico	TDAH	24.10(7)	24.10(7)	51.70(15)	$\chi^2 (4, 97) = 15.90$ $p < .003^{**}$
	GCC	16.70(4)	45.80(11)	37.50(9)	
	GCS	29.50 (13)	59.10(26)	11.40(5)	
Social	TDAH	17.20(5)	44.80(13)	37.90(11)	$\chi^2 (4, 97) = 12.86$ $p < .012^*$
	GCC	29.20(7)	33.30(8)	37.50(9)	
	GCS	22.70(10)	68.20(30)	9.10(4)	
Deportivo	TDAH	13.80(4)	37.90(11)	48.30(14)	$\chi^2 (4, 96) = 9.01$ $p < .061$
	GCC	30.40(7)	39.10(9)	30.40(7)	
	GCS	22.70(10)	59.10(26)	18.20(8)	
Apariencia Física	TDAH	17.20(5)	44.80(13)	37.90(11)	$\chi^2 (4, 96) = 2.10$ $p < .718$
	GCC	26.10(6)	39.10(9)	34.80(8)	
	GCS	27.30(12)	47.70(21)	25.00(11)	
Comportamiento	TDAH	20.70 (6)	20.7(6)	58.60(17)	$\chi^2 (4, 97) = 20.31$ $p < .000^{**}$
	GCC	16.70(4)	54.20(13)	29.20(7)	
	GCS	27.30(12)	61.40(27)	11.4(5)	

Nota. TDAH=Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; GCC=Grupo Control Clínico; GCS= Grupos Control Sano.
* $p < .05$; ** $p < .01$.

tigaciones (Evangelista et al., 2008; Swanson et al., 2012). Una explicación posible es que aun cuando se perciben más negativamente que los niños sanos, su percepción es extremadamente positiva respecto de la de sus padres. Algunos estudios presentan evidencias de que las autopercepciones de los niños con TDAH discrepan más respecto de la percepción de padres y docentes que en relación con otras medidas como la percepción de sus pares, su desempeño en pruebas estandarizadas (Swanson et al., 2012), y en tareas de laboratorio (Ohan & Johnston, 2011; Owens & Hoza, 2003). El mayor sesgo puede estar indicando una visión más marcadamente negativa por parte de los adultos que interactúan hace más tiempo con estos niños. De esta forma, la mayor presencia de sobreestimación puede deberse a un sesgo en las autopercepciones de los niños con TDAH, a que los padres de los niños sanos los perciben de manera muy positiva o a que los padres de los niños con TDAH los perciben de manera muy negativa.

En cuanto al SPI en los niños del GCC, no se encontraron diferencias significativas respecto de los niños sanos. El análisis descriptivo de los datos, del tamaño del efecto, y de la proporción de niños con sesgo positivo en cada grupo muestra que forman un

grupo intermedio, que no se diferencia de los otros dos.

En resumen, los datos indican que, en esta muestra, los niños del grupo TDAH y el GCC no difieren en sus autopercepciones absolutas, las cuales son más negativas que las de los niños sanos. Sin embargo, en la mayoría de los dominios, los niños con TDAH tienen un mayor sesgo positivo que los niños del GCC.

Implicancias clínicas.

La forma en que los individuos se perciben a sí mismos tiene importantes consecuencias para sus vidas (Swann, Chang-Schneider, & Larsen McClarty, 2007). Como se mencionó en la introducción, en el caso de los niños con TDAH, una autopercepción positiva se asocia a una gran variedad de logros. Según Houck, Kendall, Miller, Morrell, y Wiebe (2011), una intervención temprana para mejorar el autoconcepto y la autoestima, en tanto funcionan como mediadores de un funcionamiento saludable, es esencial para prevenir un mayor deterioro en estos niños. El tratamiento adecuado de los síntomas de TDAH así como de los factores que pueden afectar el autoconcepto (e.g. identificar las fortalezas personales, compartir historias

de éxitos y proveer apoyo por parte de los pares) pueden contribuir a mejorar sus logros.

Sin embargo, los resultados presentados en este estudio muestran que no puede establecerse a priori que un niño con este trastorno tiene un autoconcepto negativo ni tampoco que tiene una percepción inflada de sus competencias. No todos los niños con TDAH tienen un alto sesgo positivo, pero este sesgo sí se evidencia en ellos en mayor medida que en los niños que no presentan el trastorno.

Es por esto que diferentes autores sostienen que, cuando se trata de niños con TDAH, las metas e intervenciones terapéuticas no deberían focalizarse solamente en lograr autopercepciones más positivas (e.g. Hoza et al., 2010; Mikami et al., 2010). Como se mencionó en la introducción, el SPI se asocia a una gran variedad de consecuencias negativas para los niños con este trastorno. A su vez, puede disminuir el malestar, lo cual puede repercutir negativamente en su motivación para realizar cambios (Hoza et al., 2010; Owens & Hoza, 2003) y, en consecuencia, en sus logros terapéuticos (Mikami et al., 2010).

Es por esto que en este grupo de niños se acentúa la importancia de la evaluación del autoconcepto como un proceso complejo. Este proceso,

en primer lugar, debería incluir distintas fuentes de información: tanto el propio niño como sus padres, docentes, o pares. En segundo lugar, debería incorporar el uso de distintas técnicas. Es importante comparar la forma en que el niño se percibe a sí mismo con su desempeño efectivo. Para esto las pruebas estandarizadas o la observación en los entornos en los que se desenvuelve cotidianamente (e.g. la escuela) pueden ser de utilidad. En tercer lugar, esta evaluación debe ser multidimensional, considerando las autopercepciones de los niños en las distintas áreas vitales de importancia así como la autoestima global. Por último, debe estudiarse la importancia atribuida a las distintas dimensiones. Dicha importancia modera la relación entre las autopercepciones de dominio específico y la autoestima global incidiendo en la motivación para realizar cambios en las áreas de dificultad (Harter, 1999).

Limitaciones y Direcciones Futuras.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, existen limitaciones respecto de la muestra. Por un lado, se trabajó con una muestra no probabilística, por lo que la misma no es representativa y los resultados

deben ser replicados con otras muestras. Por otra parte, la muestra presenta un muy bajo número de niñas por lo que no pudieron realizarse comparaciones en función del sexo. Asimismo, es preciso tener cautela al generalizar los resultados a las niñas. Por otro lado, el bajo número de casos no permitió realizar comparaciones en función del subtipo de TDAH o los tipos de comorbilidad. Por último, el GCC fue muy heterogéneo, es decir, estuvo compuesto por niños que asistían a psicoterapia por diversos motivos. Debido a que el TDAH es reconocido como un trastorno con una presentación ampliamente heterogénea (Brown, 2003), es decir, al presentarse en tres subtipos diferentes y un alto porcentaje de comorbilidad, poder compararlo con un grupo en el que estén representados diferentes trastornos tiene la ventaja de que se lo está comparando con un grupo similarmente heterogéneo. Sin embargo, esto presenta la limitación de que es difícil establecer la influencia que tienen trastornos o problemas específicos sobre las autopercepciones (e.g. problemas de tipo externalizante versus internalizante).

En futuros estudios será necesario ampliar el grupo de niñas para poder realizar comparaciones en función del sexo. Asimismo, es importante ampliar

la muestra de niños con TDAH de forma tal de poder hacer comparaciones en función del subtipo de presentación del trastorno y los trastornos asociados. Sería relevante poder comparar a los niños con TDAH con trastornos específicos como trastornos de aprendizaje, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, u otros trastornos de la conducta perturbadora.

Por último, existen algunas limitaciones en el estudio del SPI. Quizás una de las limitaciones más importantes se refiera a la forma en que se mide este sesgo. La percepción de los adultos a cargo del niño, si bien tiene la ventaja de que estos pueden observar su comportamiento en diferentes contextos naturales de su desempeño, tiene la desventaja de que puede estar sesgada por las dificultades aparejadas a la interacción con niños con esta problemática. En futuros estudios se recomienda incluir otras medidas de criterio externo como pruebas estandarizadas o la percepción de aceptación de los pares de los niños, estudiadas con medidas sociométricas.

Conclusión.

Los niños con problemas psicológicos, tanto el TDAH como otros problemas que motiven la consulta psicoterapéutica tienen autopercepción más negativa que quienes no presentan dificultades. No se observan diferencias en la autopercepción de los niños que tienen TDAH y los que tienen otros problemas que requieren tratamiento psicológico. Un rasgo que distingue al grupo de niños con TDAH es la presencia de un mayor sesgo en la autopercepción de sus competencias, al ser comparada con la percepción de sus padres.

La evaluación exhaustiva de las autopercepciones de los niños con TDAH es recomendable para una mejor planificación del tratamiento.

Received: 23/07/2013

Accepted: 21/11/2013

References

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders: DSM IV-TR* (4° Edición). Barcelona: MASSON.
- Bakker, L., & Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(1), 5–11. doi:10.5872/psiencia/4.1.21
- Barber, S., Grubbs, L., & Cottrell, B. (2005). Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 235–245. doi:10.1016/j.pedn.2005.02.012
- Barton, B., & North, K. (2007). The self-concept of children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 401–8. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00717.x
- Brown, T. E. (2003). *Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Bussing, R., Zima, B. T., & Perwien, A. R. (2000). Self-esteem in special education children with ADHD: Relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1260–1269. doi:10.1097/00004583-200010000-00013
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B., & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258-270. doi:10.1037/0021-843X.105.2.258
- Cole, D. A., Gondoli, D. M., & Peeke, L. G. (1998). Structure and validity of parent and teacher perceptions of children's competence: A multitrait-multimethod-multigroup investigation. *Psychological Assessment*, 10(3), 241–249. doi:10.1037//1040-3590.10.3.241
- Dumas, D., & Pelletier, L. (1999). A study of self-perception in hyperactive children. *MCN: The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 24(1), 12–19.
- Dunn, N., Shields, N., Taylor, N. F., & Dodd, K. J. (2009). Comparing the self-concept of children with cerebral palsy to the perceptions of their parents. *Disability and Rehabilitation*, 31(5), 387–393. doi:10.1080/13682820802052125
- Emeh, C. C., & Mikami, A. Y. (2012). The influence of parent behaviors on positive illusory bias in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. Publicación adelantada en internet. doi:10.1177/1087054712441831

- Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M., & Pelham, W. E. (2008). The positive illusory bias: Do inflated self-perceptions in children with ADHD generalize to perceptions of others? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 779–791. doi:10.1007/s10802-007-9210-8
- Fliers, E. A., Hoog, M. L., Franke, B., Faraone, S. V., Rommelse, N. N., Buitelaar, J. K., & Sanden, M. W. (2010). Actual motor performance and self-perceived motor competence in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder compared with healthy siblings and peers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(1), 35–40. doi:10.1097/DBP.0b013e3181c7227e
- Garza-morales, S., Núñez-villaseñor, P. S., & Vladimírsky-guiloff, A. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64, 2–5.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH (2010). Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
- Hanć, T., & Brzezińska, A. I. (2009). Intensity of ADHD symptoms and subjective feelings of competence in school age children. *School Psychology International*, 30(5), 491–506. doi:10.1177/0143034309107068
- Harter, S. (1985). *Manual for de Self-Perception Profile for Children*. Denver: University of Denver.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective* (1st ed.). New York: The Guilford Press.
- Harter, S., & Bukowski, W. M. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
- Heath, N. L., & Glen, T. (2005). Positive illusory bias and the self-protective hypothesis in children with learning disabilities. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 272–281. doi:10.1207/s15374424jccp3402_6
- Heath, N. L., Roberts, E., & Toste, J. (2013). Perceptions of academic performance: Positive illusions in adolescents with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 46(5), 402–412. doi:10.1177/0022219411428807
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., & Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(3), 239–447. doi:10.1016/j.pedn.2010.02.004

- Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S., & Milich, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and control boys' responses to social success and failure. *Child Development, 71*(2), 432–446. doi:10.1111/1467-8624.00155
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S., ... Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 382–391. doi:10.1037/0022-006X.72.3.382
- Hoza, B., Murray-Close, D., Arnold, L. E., & Hinshaw, S. P. (2010). Time-dependent changes in positively biased self-perceptions of children with ADHD: A developmental psychopathology perspective. *Developmental Psychology, 22*(2), 375–390. doi:10.1017/S095457941000012X.Time-Dependent
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology, 111*(2), 268–278. doi:10.1037//0021-843X.111.2.268
- Hoza, B., Pelham, W. E., Milich, R., Pillow, D., & McBride, K. (1993). The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*(3), 271–286. doi:10.1007/BF00917535
- Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Kipp, H., & Owens, J. S. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: Performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 271–283. doi:10.1037/0022-006X.69.2.271
- Kaiser, N. M., Hoza, B., Pelham, W. E., Gnagy, E., & Greiner, A. R. (2008). ADHD status and degree of positive illusions. Moderational and mediational relations with actual behavior. *Journal of Attention Disorders, 12*(3), 227–238. doi:10.1177/1087054707311661
- Maia, C., Guardiano, M., Viana, V., Almeida, J. P., & Guimarães, M. J. (2011). Auto-conceito em crianças com Hiperactividade e Défice de Atenção. *Acta Médica Portuguesa, 24*(2), 493–502.
- McQuade, J. D., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Murray-Close, D., & Owens, J. S. (2011). Changes in self-perceptions in children with ADHD: A longitudinal study of depressive symptoms and attributional style. *Behavior Therapy, 42*(2), 170–182. doi:10.1016/j.beth.2010.05.003

- McQuade, J. D., Tomb, M., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Hurt, E. A., & Vaughn, A. J. (2011). Cognitive deficits and positively biased self-perceptions in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 307–319. doi:10.1007/s10802-010-9453-7
- Mikami, A. Y., Calhoun, C. D., & Abikoff, H. B. (2010). Positive illusory bias and response to behavioral treatment among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 373–385. doi:10.1080/15374411003691735
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(6), 825–839. doi:10.1007/s10802-006-9062-7
- Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C., & Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención / hiperactividad: Estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52(1), 119–126. Extraído en <http://hdl.handle.net/10234/38420>
- Molina, M. F., Calero, A., & Raimundi, M. J. (2013). Escala de Evaluación del Comportamiento del Niño en su Versión para Padres (PRS): Adaptación para su Uso en Buenos Aires. Manuscrito presentado para su publicación.
- Molina, M. F., Raimundi, M. J., López, C., Cataldi, S. & Bugallo, L. (2011). Adaptación del Perfil de Auto percepciones para Niños para su Uso en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 32(2), 53-78.
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2011). Positive illusions of social competence in girls with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 527–539. doi:10.1007/s10802-010-9484-0
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335–351. doi:10.1007/s10567-007-0027-3
- Owens, J. S., & Hoza, B. (2003). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 680–691. doi:10.1037/0022-006X.71.4.680
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2009). Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

- Seroczynski, D. A., Cole, D. A., & Maxwell, S. E. (1997). Cumulative and compensatory effects of competence and incompetence on depressive symptoms in children. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(4), 586–597. Extraído en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9358689>
- Swann, W. B., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *The American Psychologist, 62*(2), 84–94. doi:10.1037/0003-066X.62.2.84
- Swanson, E. N., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2012). Is the positive illusory bias illusory? Examining discrepant self-perceptions of competence in girls with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 987–998. doi:10.1007/s10802-012-9615-x
- Tabassam, W. & Grainger, J. (2002). Self-concept, Attributional Style and Self-Efficacy Beliefs of Students with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Learning Disability Quarterly, 25*(2), 141-151.
- Treuting, J. J., & Hinshaw, S. P. (2001). Depression and self-esteem in boys with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*(1), 23–39. doi:10.1023/A:1005247412221
- Waschbusch, D. A., Craig, R., Pelham, W. E., & King, S. (2007). Self-handicapping prior to academic-oriented tasks in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): medication effects and comparisons with controls. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(2), 275–286. doi:10.1007/s10802-006-9085-0
- Whitley, J. L., Lee, N., & Finn, C. A. (2008). The role of Attention-deficit Hyperactivity Disorder in the self-perceptions of children with emotional and behavioural difficulties. *McGill Journal of Education, 43*(July), 65–80. Extraído en <http://mje.mcgill.ca/index.php/MJE/article/view/1050/2085>.