

# LAS AUTOPERCEPCIONES DE NIÑOS DERIVADOS A PSICOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS DE INATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD Y EXTERNALIZANTES

## THE SELF-PERCEPTIONS OF CHILDREN REFERRED FOR PSYCHOTHERAPY AND THEIR RELATION TO THE SEVERITY OF INATTENTION, HYPERACTIVITY/ IMPULSIVITY, AND EXTERNALIZING SYMPTOMS

María Fernanda Molina\*

### Resumen

*Este trabajo se propone explorar cómo se relacionan los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y síntomas externalizantes con las autopercepciones y su sesgo en niños que padecen el trastorno y niños con otras problemáticas que son objeto de atención psicoterapéutica. Los participantes fueron niños de entre 7 y 13 años diagnosticados (según criterios del DSM IV) como TDAH y niños derivados a psicoterapia pero que no cumplían los criterios DMS-IV para TDAH; uno de los padres y un docente de los niños. Se realizaron correlaciones de Pearson y regresiones lineales simples. Se estudiaron los grupos por separado. Los resultados muestran que tanto los síntomas de TDAH como los de externalización predicen las autopercepciones de ambos grupos de niños, aunque de manera diferente.*

**Palabras clave:** inatención, hiperactividad/impulsividad, síntomas externalizantes, autopercepciones, sesgo positivo ilusorio.

### Abstract

*The aim of this paper is to explore how the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and externalizing symptoms are related to self-perceptions and its bias in children with ADHD and children with other issues that are the subject of psychotherapeutic care. Participants were children between 7 and 13 years old diagnosed (according to DSM-IV) as ADHD and children referred for psychotherapy that did not fulfill the DMS IV criteria for ADHD; and a parent and a teacher of the children. Pearson correlations and simple linear regression were performed. Groups were studied separately. The results show that both ADHD and externalizing symptoms predict self-perceptions of both groups of children although differently.*

**Key words:** Inattention; hyperactivity/impulsivity; externalizing symptoms; self-perceptions; positive illusory bias.

Recibido: 02-05-14 / Aceptado: 09-08-15

---

\* María Fernanda Molina, CONICET, Buenos Aires, Argentina  
E-Mail: fernandamolina@psi.uba.ar  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 79-90  
© 2016 Fundación AIGLÉ.

---

Nota del autor: Esta investigación fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Beca de postgrado CONICET [Res. No 3609/11 Director: Dra. Schmidt. Co-Director: Dra. Leibovich de Figueroa] inserta en el Proyecto 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; y Fundación de Neuropsicología Clínica, FNC). 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.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los más prevalentes en la infancia. Este desorden consiste en un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que excede el nivel esperable para la etapa del desarrollo en la que se presenta y que impacta negativamente en el funcionamiento adaptativo de quienes lo padecen (American Psychiatric Association, 2002).

El TDAH ha sido reconocido, a nivel mundial, como un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y sus consecuencias (Brown, 2003). Es por esto que han proliferado los estudios científicos sobre este desorden (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009). En especial, se le dio gran relevancia a la investigación de los problemas asociados al trastorno. En este contexto surgió el estudio del autoconcepto en esta población.

Si bien se esperaba que niños con TDAH tuvieran una percepción negativa de sí mismos, los estudios empíricos presentaron resultados contradictorios (Hoza, Pelham, Dobbs, Owens, y Pillow, 2002). Mientras que algunos autores encontraron que estos niños tenían autopercepciones más negativas que los niños de población general (e.g. Maia, Guardiano, Viana, Almeida, y Guimarães, 2011; Molina y Maglio, 2013; Treuting y Hinshaw, 2001) otros no encontraron diferencias en las autopercepciones de ambos grupos (e.g. Bakker y Rubiales, 2012; Hoza et al., 2002; Hoza, Gerdes, Hinshaw, Arnold, Pelham, et al. 2004).

La inclusión de una medida objetiva de competencias reveló que los niños con TDAH presentaban un sesgo positivo en sus autoevaluaciones, cuando se las comparaba con diferentes criterios: la percepción de sus padres y docentes (e.g. Ohan y Johnston, 2011), su rendimiento en tareas de laboratorio (e.g. Waschbusch, Craig, Pelham y King, 2007) y en pruebas estandarizadas (Owens y Hoza, 2003). A partir de estos hallazgos, los autores concluyeron que 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).

Estudios recientes han revelado que este sesgo positivo ilusorio (SPI) no es exclusivo de los niños con TDAH sino que también se presenta en niños con otras problemáticas como trastornos de aprendizaje (Heath y Glen, 2005; Heath, Roberts y Toste, 2013), parálisis cerebral (Dunn, Shields, Taylor y Dodd, 2009), y neurofibromatosis tipo 1 (Barton y North, 2007).

Esto lleva a preguntarse por las diferencias y semejanzas entre las autopercepciones de los niños con TDAH y los que tienen otros problemas de tipo emocional, del comportamiento o aprendizaje.

Hasta nuestro conocimiento, son escasos los estudios que compararon las autopercepciones en dichos grupos de niños. Por un lado, en un estudio realizado en Canadá se encontró que las autopercepciones de niños con síntomas de TDAH no diferían de las de niños con otros problemas de comportamiento, sociales, o emocionales. Sin embargo, los niños con TDAH presentaban un mayor SPI que los niños con otras problemáticas (Whitley, Lee y Finn, 2008). Estos resultados coinciden, en parte, con lo que se encontró en Argentina (Área Metropolitana Bonaerense, AMBA). Al igual que en el estudio antes citado, las autopercepciones de los niños con TDAH no diferían de las de los niños que asisten a psicoterapia por otras razones. De todos modos, ambos grupos de niños tenían autopercepciones más negativas que los niños sanos (que no requerían asistencia psicoterapéutica). Por otro lado, los niños con TDAH presentaban un SPI significativamente mayor que los niños sanos pero no diferían de los niños con otras problemáticas. El análisis descriptivo de los datos, del tamaño del efecto, y de la proporción de niños con sesgo positivo en cada grupo mostró que los niños con otras problemáticas formaban un grupo intermedio que no difería de los otros dos (Molina y Maglio, 2013).

Ahora bien, existen dos maneras de abordar el estudio de los trastornos mentales. Una de ellas es la perspectiva categorial, en la que se clasifica a los sujetos usando puntos de corte según el nivel de los síntomas presentados y de acuerdo a criterios consensuados. La otra es la perspectiva dimensional, en la que se considera que los trastornos mentales representan el extremo final de un rasgo presente en toda la población. Este último abordaje ha cobrado particular interés en los últimos años (ver Scholtens, Diamantopoulou, Tillman y Rydell, 2012 para una revisión).

En este sentido, surge el interrogante sobre cómo se relacionan los comportamientos de inatención e hiperactividad/impulsividad característicos del TDAH, pero comunes a otros trastornos, con las autopercepciones de los niños y el SPI en su autoconcepto. Son escasos los estudios que hayan indagado la relación entre el nivel de estos síntomas y las autopercepciones de los niños. Los hallazgos muestran que, por un lado, altos niveles de inatención, hiperactividad e impulsividad se asocian a un menor sentimiento de autocompetencia en distintas áreas (Hanć y Brzezińska, 2009) y, por otro lado, a un mayor SPI en el dominio social (Evangelista, Owens, Golden y Pelham, 2008; Rizzo, Steinhausen y Drechsler, 2010; Scholtens et al., 2012).

Por otra parte, los comportamientos de tipo externalizante (e.g. agresividad, oposicionismo), fuertemente asociados al TDAH, pero comunes a otros

trastornos, también se asocian a un mayor SPI en el dominio social en los niños que padecen TDAH (e.g. Ohan y Johnston, 2011; Scholtens et al., 2012) y en los que no padecen el trastorno (e.g. David y Kistner, 2000; White y Kistner, 2011). Es por esto que surge el interrogante de cómo se relacionan estos comportamientos (i.e. agresividad, conducta antisocial, y oposicionismo desafiante) con las autopercepciones de los niños.

A partir de lo expuesto, este estudio se propone explorar cómo se asocian los síntomas de TDAH y externalizantes con las autopercepciones y su sesgo en niños que padecen el trastorno y niños con otras problemáticas que son objeto de atención psicoterapéutica. Asimismo, se pretende explorar si existen diferencias entre ambos grupos de niños en dicha relación.

## Método

### *Participantes*

Participaron del estudio 56 niños de ambos sexos, de entre 7 y 13 años, residentes en el AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y primer cordón del Conurbano Bonaerense, Provincia de Buenos Aires, Argentina). Asimismo, se contó con la participación de uno de sus padres y un docente. La muestra se subdividió en dos grupos: (a) un grupo de niños con TDAH (Grupo TDAH;  $n = 31$ ) y (b) un grupo de niños que se encontraban en tratamiento psicoterapéutico pero que no cumplían con los criterios diagnósticos para TDAH (Grupo Clínico Control, GCC;  $n = 25$ ).

No se observaron diferencias en función de la edad (TDAH,  $M = 8,97$ ;  $DE = 1,56$ ; GCC,  $M = 9,58$ ;  $DE = 1,70$ ;  $t = -1,44$ ;  $p = 0,155$ ) o el sexo (TDAH, varones = 85,70%; GCC, varones = 92,30%;  $\chi^2 (56,1) = 0,64$ ;  $p = 0,424$ ) entre ambos grupos de niños. El nivel de instrucción de los padres fue en su mayoría secundario completo o superior (TDAH, Madre = 88,20%, Padre = 80,60%; GCC, Madre = 88,50%, Padre = 72,00%). En su mayoría, los padres estaban casados entre sí (TDAH = 64,70%; GCC = 80,80%).

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 un 8,60% (3) el subtipo no especificado. Un 42,40% (14) de los niños con TDAH presentaba, al menos, un trastorno comórbido al TDAH. Los más frecuentes fueron los Trastornos de Aprendizaje y, en segundo término, los Trastornos de la Conducta Perturbadora y los Trastornos de Ansiedad.

El 23,10% (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 26,90% (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). Un 15,40% (4) de los niños de este grupo presentaba trastornos comórbidos.

Un 30,30% (10) de los niños con TDAH estaba medicado al momento de participar en este estudio. Uno (3,70%) de los niños del GCC tomaba medicación psiquiátrica (i.e. Sertralina).

### *Procedimiento*

Los niños fueron contactados en tres centros de salud mental del AMBA, especializados en la atención de niños y adolescentes. El criterio de inclusión para el grupo TDAH fue haber recibido el diagnóstico, según criterios DSM IV, por un profesional de la salud. Para ser incluidos en el GCC, los niños debían encontrarse en tratamiento psicoterapéutico, pero no cumplir los criterios diagnósticos de TDAH. En todos los casos, se pidió consentimiento informado a los padres, en el que indicaban que aceptaban que sus hijos participaran en el estudio. La participación fue voluntaria y confidencial. Los padres y docentes contestaron los cuestionarios de manera independiente. Los niños lo hicieron con asistencia de un adulto entrenado (i.e. su terapeuta o los investigadores).

### *Instrumentos*

#### *Instrumentos respondidos por los niños*

Perfil de Autopercepciones para niños (SPPC; autor: Harter, 1985; adaptación: Molina, Raimundi, López, Cataldi y Bugallo, 2011). Posee 36 ítems y evalúa el autoconcepto a través de cinco dominios específicos (competencia académica, aceptación social, comportamiento, competencia deportiva y apariencia física) y la autoestima global. Cada subescala se compone de seis ítems con cuatro opciones de respuesta. Se presentan dos frases que muestran dos grupos de niños con autopercepciones opuestas. Los niños deben elegir a qué grupo se parecen y en qué grado se parecen a ese grupo (Realmente como yo o Más o menos como yo). En la versión original, la escala presenta una buena validez factorial y una adecuada consistencia interna (0,71 a 0,86) (Harter, 1985). En la versión local, se encontraron evidencias a favor de la validez factorial, de constructo, convergente y discriminante. Los índices de consistencia interna son de adecuados a buenos ( $\alpha$  de 0,70 a 0,84) (Molina et al., 2011). En

la muestra de este trabajo se estudiaron cinco de las subescalas, las cuales presentan adecuados coeficientes de consistencia interna: competencia académica,  $\alpha = 0,82$ ; aceptación social,  $\alpha = 0,75$ ; competencia deportiva,  $\alpha = 0,78$ ; comportamiento,  $\alpha = 0,84$ ; autoestima global,  $\alpha = 0,68$ .

#### *Instrumentos respondidos por los padres y docentes*

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

**Escala de evaluación del comportamiento del niño.** Versión para padres (PRS; autor: Harter, 1985; adaptación: Molina, Calero y Raimundi, 2013) y Versión para docentes (TRS; autor: Harter, 1985; adaptación: Molina, 2010). Consta de 15 ítems que evalúan la percepción que tienen los padres o docentes de las características del niño en los mismos dominios evaluados por el SPPC. Cada subescala se compone por tres ítems con cuatro opciones de respuesta. Se presentan dos frases que describen a niños con atributos opuestos. Los sujetos deben elegir a qué grupo se parece el niño y en qué grado se parece a ese grupo (Realmente verdadero o En cierto modo verdadero). En su versión original, el PRS y TRS evidenciaron una adecuada validez factorial, convergente y discriminante (Cole, Gondoli y Peeke, 1998) y una buena consistencia interna (PRS,  $\alpha$  de 0,82 a 0,89; TRS,  $\alpha$  de 0,93 a 0,97; Seroczynski, Cole, y Maxwell, 1997). Para la versión local del PRS se encontraron evidencias a favor de la validez factorial, de constructo, convergente y discriminante. Los índices de consistencia interna (alpha de Cronbach) fueron de adecuados a buenos ( $\alpha$  de 0,66 a 0,87) (Molina et al., 2013). La versión local del TRS fue adaptada lingüística y conceptualmente para lograr que fuera un buen reflejo del SPPC. En la muestra de este estudio ambas versiones presentaron buenos coeficientes de consistencia interna: competencia académica,  $\alpha = 0,82$  para padres y  $\alpha = 0,79$  para docentes; aceptación social,  $\alpha = 0,72$  para padres y  $\alpha = 0,71$  para docentes; competencia deportiva,  $\alpha = 0,87$  para padres y  $\alpha = 0,78$  para docentes; comportamiento,  $\alpha = 0,88$  para padres y  $\alpha = 0,89$  para docentes.

**Escala de Swanson, Nolan y Pelham, versión DSM IV (SNAP IV; autores: Swanson, Nolan y Pelham, 1992; adaptación: Grañana, Richaudeau, Robles Gorriti, O'Flaherty, Scotti et al. 2011).** Evalúa los síntomas de TDAH (inatención, hiperactividad/impulsividad) y de oposicionismo (trastorno opo-

cionista desafiante). Está compuesta por 40 ítems con 4 opciones de respuesta (nada, poco, bastante, mucho). En su versión original presentó una adecuada validez factorial y una adecuada consistencia interna (Bussing Fernández, Harwood, Hou, Garvan et al., 2008). En nuestro contexto, fue adaptada lingüísticamente. A su vez, la versión para el docente presenta una adecuada validez predictiva y una buena exactitud (Grañana et al., 2011). En la muestra del presente estudio se obtuvieron muy buenos coeficientes de consistencia interna; inatención,  $\alpha = 0,90$  para la padres y docentes; hiperactividad/impulsividad,  $\alpha = 0,92$  para padres y  $\alpha = 0,93$  para docentes; oposicionismo,  $\alpha = 0,90$  para padres y  $\alpha = 0,95$  para docentes).

**Child Behavior Checklist (CBCL; autor: Achenbach, 1991; adaptación: Samaniego, 1998).** Evalúa problemas comportamentales de niños de 4 a 18 años, según la percepción de sus padres. Consta de 118 ítems con 3 opciones de respuesta (no es cierto o nada observado, es cierto algunas veces o de alguna manera, muy cierto o a menudo cierto). En su versión original presenta adecuados indicadores de validez de contenido, factorial, convergente y según criterio, y adecuada confiabilidad por test-retest (Achenbach, 1991). La adaptación local ha mostrado tener una adecuada validez de contenido y según criterio. Asimismo, presenta una consistencia interna (alpha de Cronbach) de adecuada a buena ( $\alpha$  de .55 a .88) (Samaniego, 1998). En el presente estudio se utilizaron las subescalas de síntomas externalizantes: conducta antisocial y agresividad. La consistencia interna para esta muestra fue de adecuada a muy buena: conducta antisocial,  $\alpha = 0,74$  y agresividad,  $\alpha = 0,92$ .

#### *Análisis de Datos*

Para estudiar el sesgo en las autopercepciones de los niños se consideró la discrepancia entre sus autopercepciones y la percepción que sus padres tienen de ellos. Para esto se calculó el promedio de las puntuaciones de los niños en el 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 un sesgo positivo mientras que los negativos indican un sesgo negativo. El mismo procedimiento fue llevado a cabo respecto de la percepción de los docentes (considerando las puntuaciones en el TRS).

Se realizaron correlaciones de Pearson para indagar la relación entre los síntomas de TDAH y externalizantes (percibidos por los padres y docentes) con las autopercepciones de los niños y el sesgo en dichas autopercepciones. Se realizaron regresiones lineales simples para estudiar el poder predictivo

Tabla 1. Asociación entre los síntomas de TDAH y externalizantes y las auto percepciones de los niños

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Competencias Académicas	-	-0,08	0,31†	0,35†	0,27	-0,13	0,03	-0,05	0,03	-0,03	-0,09	0,11	-0,22
2. Aceptación social	0,35†	-	0,31†	0,03	0,14	-0,01	-0,17	-0,03	-0,53*	-0,04	-0,39†	0,02	0,06
3. Competencias deportivas	0,27	0,70***	-	-0,23	-0,10	0,33†	0,40*	0,16	0,02	0,39*	-0,09	0,32†	0,17
4. Comportamiento	0,24	-0,11	-0,03	-	0,35†	-0,37†	-0,21	0,20	-0,29	-0,37†	-0,18	0,04	-0,12
5. Autoestima global	0,09	0,29	0,29	0,13	-	0,16	0,04	0,04	-0,42†	-0,09	-0,45*	-0,04	0,03
6. SNAP IV Padres - Inatención	-0,10	0,13	0,09	-0,32	-0,02	-	0,23	0,01	0,12	0,25	0,14	0,32	0,21
7. SNAP IV Padres - Hiperactividad	0,37	0,31	0,43*	-0,22	-0,03	0,39†	-	-0,03	0,45†	0,75***	0,25	0,66***	0,68***
8. SNAP IV docente - Inatención	-0,25	0,07	0,02	0,03	-0,47*	0,51*	0,29	-	0,16	0,13	0,02	0,05	0,18
9. SNAP IV docente - Hiperactividad	0,11	0,18	0,17	-0,13	-0,21	0,17	0,76***	0,59**	-	0,16	0,79***	-0,02	0,01
10. SNAP IV Padres - Oposicionismo	0,37	0,37	0,32	-0,40†	-0,02	0,34	0,53*	0,09	0,32	-	0,28	0,53**	0,76***
11. SNAP IV docente - Oposicionismo	-0,19	0,19	0,20	-0,51*	-0,12	0,00	0,34	0,41†	0,57**	0,71**	-	0,01	0,20
12. CBCL - Conducta antisocial	0,28	0,54**	0,53**	-0,46*	0,04	0,39†	0,49*	0,19	0,28	0,78***	0,52*	-	0,56**
13. CBCL - Agresividad	0,20	0,52**	0,55**	-0,56**	0,00	0,39†	0,56**	0,19	0,35	0,88***	0,64**	0,88***	-

Nota. Las correlaciones para el grupo TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad,  $n = 31$ ) se presentan por arriba de la diagonal. Las correlaciones para el GCC (Grupo Clínico Control,  $n = 26$ ) se presentan por debajo de la diagonal. El  $n$  puede ser inferior al indicado debido a los datos ausentes. SNAP IV = Escala de Swanson, Nolan y Pelham, versión DSM IV.

† $p < 0,10$ . \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

de los síntomas sobre las auto percepciones de los niños y su sesgo. Los síntomas (inatención, hiperactividad/impulsividad, oposicionismo, agresividad y conducta antisocial) fueron tomados como variables independientes y las auto percepciones y el sesgo fueron tomados como variables dependientes. Para cada uno de los modelos, se calculó el tamaño del efecto con el estadístico  $f^2$  de Cohen (1992). Se realizaron análisis separados para cada grupo de niños.

## Resultados

En la Tabla 1 se presentan los resultados de las correlaciones entre las auto percepciones de ambos grupos de niños y los síntomas de TDAH y externalizantes. En el grupo TDAH, de los síntomas percibidos por los padres, los de hiperactividad/impulsividad se asociaron positivamente con las auto percepciones de competencias deportivas. Los síntomas de inatención correlacionaron positivamente con las auto percepciones de competencias deportivas y negativamente con las de comportamiento, en ambos casos con una significación marginal. Los síntomas de oposicionismo se asociaron positiva y significativamente con las auto percepciones de competencias deportivas y, negativamente y con una significación marginal, con la auto percepción de comportamiento. Por último, la conducta antisocial correlacionó positivamente y con una significación marginal con

la auto percepción de competencias deportivas. De los síntomas percibidos por el docente, los de hiperactividad/impulsividad correlacionaron negativa y significativamente con las auto percepciones de aceptación social y, con una significación marginal, con la autoestima global. Los síntomas de oposicionismo se asociaron, negativamente y con una significación marginal, con la auto percepción de aceptación social.

En el GCC, de los síntomas percibidos por los padres, los de hiperactividad/impulsividad se asociaron positivamente con las auto percepciones de competencias deportivas. Los síntomas de agresividad, conducta antisocial y oposicionismo se asociaron negativamente con la auto percepción de comportamiento, en el último caso con una significación marginal. La conducta antisocial y agresividad se asociaron positivamente con las auto percepciones de aceptación social y competencias deportivas. De los síntomas percibidos por el docente, los de inatención se asociaron negativamente con la autoestima global y los de oposicionismo con la auto percepción de comportamiento.

En la Tabla 2 se presentan los resultados de las correlaciones entre el sesgo en el auto concepto de ambos grupos de niños y los síntomas de TDAH y externalizantes. En el grupo TDAH, de los síntomas percibidos por los padres, los de hiperactividad, oposicionismo y agresividad se asociaron a un ma-

**Tabla 2. Asociación entre los síntomas de TDAH y externalizantes y el sesgo en las auto percepciones de los niños**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. SPI-Padres Competencias Académicas	-	-0,27	0,23	0,16	0,52*	0,34	0,25	0,22	0,20	0,05	0,13	0,06	-0,14	-0,06	0,25	0,14
2. SPI-Padres Aceptación Social	0,05	-	0,40*	-0,03	0,12	0,45†	0,46†	-0,36	-0,09	-0,01	-0,34	-0,38†	0,11	-0,24	-0,07	-0,01
3. SPI-Padres Deportivo	0,16	0,10	-	0,20	0,35	0,26	0,34	-0,11	0,27	0,44*	0,23	-0,16	0,41*	-0,21	0,27	0,42*
4. SPI-Padres Comportamiento	0,34	-0,07	-0,11	-	0,43†	0,36	0,15	0,70**	-0,13	0,38†	0,40†	-0,00	0,34	0,23	0,50**	0,68***
5. SPI-Docente Competencias Académicas	0,53*	-0,18	0,10	0,28	-	0,64**	0,20	0,18	-0,15	-0,15	0,39†	-0,34	-0,35	-0,32	0,12	-0,07
6. SPI-Docente Aceptación social	0,15	0,76***	0,24	0,21	-0,27	-	0,41	0,10	-0,16	-0,29	0,11	-0,27	-0,09	-0,14	-0,01	0,15
7. SPI-Docente Competencias Deportivas	0,06	-0,06	0,76**	0,39	0,06	0,13	-	0,12	0,32	-0,03	-0,03	-0,20	0,46	-0,01	0,04	-0,15
8. SPI-Docente Comportamiento	-0,19	-0,18	0,04	0,54*	-0,12	0,22	0,10	-	0,21	0,27	0,30	0,53*	-0,01	0,56*	0,21	0,09
9. Snap IV Padres - Inatención	0,54*	-0,30	0,00	-0,01	0,37	-0,06	-0,27	0,01	-	0,23	0,01	0,12	0,25	0,14	0,32	0,21
10. Snap IV Padres - Hiperactividad	0,27	-0,00	0,18	0,45*	-0,26	0,35	0,06	0,42	0,39†	-	-0,03	0,45†	0,75***	0,25	0,66***	0,68***
11. Snap IV docente - Inatención	0,02	-0,44†	-0,37	0,39	0,10	-0,12	-0,06	0,39	0,51*	0,29	-	0,07	0,13	0,02	0,05	0,18
12. Snap IV docente - Hiperactividad	-0,06	-0,14	-0,18	0,59*	-0,28	0,23	-0,02	0,68**	0,17	0,76***	0,59**	-	0,16	0,79***	-0,02	0,01
13. Snap IV Padres - Oposicionismo	0,20	0,15	0,03	0,34	-0,15	0,67**	-0,06	0,36	0,34	0,53*	0,09	0,32	-	0,28	0,53**	0,76***
14. Snap IV docente - Oposicionismo	-0,20	0,04	-0,09	0,23	-0,41	0,48†	-0,13	0,40	0,00	0,34	0,41†	0,57**	0,72**	-	0,01	0,20
15. CBCL - Conducta antisocial	0,29	0,20	0,23	0,26	-0,23	0,64**	0,34	0,12	0,39†	0,49*	0,19	0,28	0,78***	0,52*	-	0,56**
16. CBCL - Agresividad	0,22	0,20	0,10	0,17	-0,27	0,66**	0,11	0,01	0,39†	0,56**	0,19	0,35	0,88***	0,64**	0,88***	-

Nota. Las correlaciones para el grupo TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad,  $n = 29$ ) se presentan por arriba de la diagonal. Las correlaciones para el GCC (Grupo Clínico Control,  $n = 24$ ) se presentan por debajo de la diagonal. El  $n$  puede ser inferior al indicado debido a los datos ausentes. SPI = sesgo positivo ilusorio; SNAP IV = Escala de Swanson, Nolan y Pelham, versión DSM IV; CBCL = Child Behavior Checklist.

† $p < 0,10$ . \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

por sesgo positivo respecto de la percepción de los padres en el dominio de las competencias deportivas. La agresividad y conducta antisocial se asociaron a un mayor sesgo positivo respecto de la mirada de los padres en el dominio del comportamiento. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad se asociaron, con una significación marginal, a un mayor sesgo positivo respecto de la percepción parental en el dominio social. De los síntomas percibidos por el docente, los de oposicionismo se asociaron con una significación marginal, a un mayor sesgo negativo respecto de la mirada de los padres en el dominio de la aceptación social. Los de inatención se asociaron, con una significación marginal, a un mayor sesgo positivo respecto de la percepción parental en este dominio. También en el área del comportamiento, los síntomas de hiperactividad y oposicionismo se asociaron a un mayor sesgo respecto de la mirada del docente. Los síntomas de inatención se asociaron a un sesgo positivo respecto de la mirada del docente en el dominio de las competencias académicas.

En el GCC, de los síntomas percibidos por los padres, los de inatención se asociaron a un mayor sesgo positivo respecto de su percepción en el dominio

de las competencias académicas. En el dominio del comportamiento, los síntomas de hiperactividad/impulsividad se asociaron a un sesgo positivo respecto de la percepción de los padres. Los síntomas de oposicionismo, conducta antisocial y agresividad se asociaron con un sesgo positivo respecto de la mirada del docente en el dominio de las competencias deportivas. De los síntomas percibidos por el docente, los de inatención se asociaron a un sesgo negativo respecto de la percepción de los padres en el dominio de la aceptación social y los de oposicionismo a un mayor sesgo positivo respecto de la percepción del docente. En el dominio del comportamiento, los síntomas de hiperactividad/impulsividad se asociaron a un sesgo positivo respecto de la percepción de los padres y los síntomas de hiperactividad con un sesgo positivo respecto de la mirada del docente.

En la Tabla 3 se presentan los predictores de las auto percepciones de los niños con TDAH y del GCC. En el grupo TDAH, de los síntomas percibidos por los padres, altos niveles de hiperactividad/impulsividad y de oposicionismo predijeron una auto percepción de competencias deportivas más positivas. De los síntomas percibidos por el docente, altos

Tabla 3. Predictores de las autopercepciones de los niños

Predictores	DATOS DE LOS PREDICTORES			DATOS DEL MODELO			
	B	B	95% IC B	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	F	f <sup>2</sup>
TDAH							
Aceptación Social							
SNAP IV Docente - Hiperactividad	-2,66	-0,53*	[-4,73, -0,60]	0,28	0,24	7,27*	0,39
Competencias deportivas							
SNAP IV Padres - Hiperactividad	2,01	0,40*	[0,05, 3,97]	0,16	0,12	4,49*	0,19
SNAP IV Padres - Oposicionismo	2,17	0,39*	[0,01, 4,33]	0,15	0,12	4,29*	0,18
Autoestima global							
SNAP IV Docente - Oposicionismo	-2,24	-0,45*	[-4,38, -0,11]	0,20	0,16	4,84*	0,25
GCC							
Aceptación Social							
CBCL - Conducta antisocial	0,84	0,54**	[0,28, 1,41]	0,29	0,26	9,53**	0,41
CBCL - Agresividad	0,32	0,52**	[0,10, 0,55]	0,27	0,24	8,60**	0,37
Competencias deportivas							
Snap IV Padres - Hiperactividad	3,63	0,43*	[-0,01, 7,26]	0,19	0,14	4,38*	0,23
CBCL - Conducta antisocial	0,90	0,53**	[0,27, 1,53]	0,28	0,25	8,84**	0,39
CBCL - Agresividad	0,37	0,55**	[0,13, 0,62]	0,30	0,27	9,92**	0,43
Comportamiento							
SNAP IV Docente - Oposicionismo	-2,15	-0,51*	[-4,02, -0,28]	0,26	0,21	5,89*	0,35
CBCL - Conducta antisocial	-0,72	-0,46*	[-1,31, -0,12]	0,21	0,18	6,25*	0,27
CBCL - Agresividad	-0,34	-0,56*	[-0,56, -0,13]	0,31	0,28	10,53**	0,45
Autoestima global							
SNAP IV Docente - Inatención	-2,17	-0,47*	[-4,23, -0,11]	0,23	0,18	4,94*	0,30

Nota. TDAH = Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (n = 31); GCC = Grupo Clínico Control (n = 25) se presentan por debajo de la diagonal. El n puede ser inferior al indicado debido a los datos ausentes. SNAP IV = Escala de Swanson, Nolan y Pelham, versión DSM IV.

†p < 0,10. \*p < 0,05. \*\*p < 0,01.

niveles de hiperactividad/impulsividad predijeron autopercepciones de aceptación social más negativas. Altos niveles de oposicionismo predijeron una autoestima global más negativa.

En el GCC, de los síntomas percibidos por los padres, altos niveles de conducta antisocial y agresividad predijeron una autopercepción más positiva de aceptación social. Altos niveles de hiperactividad, conducta antisocial y agresividad predijeron una autopercepción de competencias deportivas más positiva. La conducta antisocial y agresividad predijeron una autopercepción más negativa de comportamiento. De los síntomas percibidos por el docente, altos niveles de oposicionismo predijeron una autopercepción más negativa de comportamiento.

Altos niveles de inatención predijeron una autoestima global más negativa.

En la Tabla 4 se presentan los predictores significativos del sesgo en los grupos estudiados. En el grupo TDAH, de los síntomas percibidos por los padres, altos niveles de hiperactividad/impulsividad, oposicionismo y agresividad predijeron un mayor sesgo positivo respecto de la percepción de los padres en el dominio de las competencias deportivas. Altos niveles de conducta antisocial y agresividad predijeron un mayor sesgo positivo respecto de la percepción de los padres en el dominio del comportamiento. De los síntomas percibidos por el docente, altos niveles de hiperactividad/impulsividad y oposicionismo predijeron un mayor sesgo positivo,

respecto de la percepción del docente, en el dominio del comportamiento.

En el GCC, de los síntomas percibidos por los padres, altos niveles de inatención predijeron un mayor sesgo positivo con respecto a la percepción de los padres, en el dominio de las competencias académicas. Altos niveles de oposicionismo, agresividad y conducta antisocial predijeron un mayor sesgo positivo, respecto de la percepción del docente, en el dominio de la aceptación social. Altos niveles de hiperactividad/impulsividad predicen un mayor sesgo positivo, en relación a la percepción de los padres, en el dominio del comportamiento. De los síntomas percibidos por el docente, altos niveles de hiperactividad/impulsividad predijeron un mayor sesgo positivo, en relación a la percepción de los padres y los docentes, en el dominio del comportamiento.

## Discusión y conclusión

El objetivo de este estudio fue explorar cómo se relacionan, desde una perspectiva dimensional, los síntomas de TDAH y externalizantes con las auto-percepciones y su sesgo en niños que padecen el trastorno y niños con otras problemáticas que son objeto de atención psicoterapéutica residentes en el AMBA.

En el grupo TDAH, los síntomas de hiperactividad/impulsividad percibidos por los padres predijeron una auto-percepción de aceptación social más negativa. Sin embargo, ninguno de los síntomas estudiados predijo el sesgo en este dominio. Esto es coherente con lo encontrado por Han y Brzezińska (2009) quienes informan que los niños con altos síntomas de TDAH presentan auto-percepciones más negativas en todas las áreas. Sin embargo, se contradice con lo hallado por los estudios que muestran que los síntomas de TDAH se asocian con un mayor SPI en el dominio social (Evangelista et al., 2008; Scholtens et al., 2012).

En el GCC, se encontró la relación inversa, los síntomas externalizantes (agresividad y conducta antisocial) percibidos por los padres predijeron una auto-percepción más positiva de aceptación social. A su vez, altos niveles de estos síntomas (incluyendo el oposicionismo percibido por los padres) predijeron un mayor sesgo positivo según la percepción que tiene el docente del desempeño de los niños en este dominio. Esto es coherente con las investigaciones que muestran que hay una asociación entre los comportamientos externalizantes y el sesgo positivo en las auto-percepciones de aceptación social en niños que no presentan TDAH (e.g. David y Kistner, 2000; Scholtens et al., 2012). Una explicación para estos resultados es que los pares pueden ser

reticentes a comunicar sus sentimientos negativos a un niño agresivo, lo cual produciría una falta de conciencia en estos sobre lo que sienten sus pares hacia ellos (David y Kistner, 2000).

En el dominio de las competencias deportivas, un alto nivel de los síntomas de hiperactividad/impulsividad y oposicionismo percibidos por los padres predijo auto-percepciones más positivas. Asimismo, un alto nivel de dichos síntomas y de agresividad predijo un mayor nivel de sesgo positivo en este dominio. En el GCC, los síntomas de hiperactividad, agresividad, y conducta antisocial percibidos por los padres, también predijeron auto-percepciones positivas de competencias deportivas. Sin embargo, en este grupo los síntomas no predijeron el sesgo en esta área. Estos resultados concuerdan con los estudios que muestran que los síntomas de TDAH y externalizantes se asocian a un mayor SPI en los niños con TDAH (Evangelista et al., 2008; Rizzo et al., 2010). En cambio en el GCC, parece que este tipo de comportamientos se asocia a un desempeño más favorable en el área deportiva, el cual es percibido por el niño. Futuros estudios deberán indagar la relación entre los síntomas y la percepción de los padres y docentes u otras medidas objetivas de rendimiento para saber si este tipo de comportamientos realmente favorece el desempeño deportivo de los niños.

En el grupo TDAH, en el dominio del comportamiento, las correlaciones muestran que altos niveles de síntomas de hiperactividad percibidos por los padres y de oposicionismo percibidos por el docente se asocian (con una significación marginal) a una auto-percepción más negativa. Sin embargo, predicen un sesgo positivo tanto desde el punto de vista de los padres como de los docentes. Esto es coherente con lo encontrado en estudios que han seguido un enfoque categorial. Al comparar a niños con TDAH con niños que no padecen el trastorno, los primeros presentaban, por un lado, un auto-concepto más negativo y, por el otro, una mayor sobreestimación de competencias (Evangelista et al., 2008; Molina y Maglio, 2013; Swanson, Owens, y Hinshaw, 2012). Es posible que esto se deba a que, aunque los niños tengan una percepción negativa de sí mismos, la forma en que son percibidos por sus padres sea aún más negativa. Considerándolo desde una perspectiva dimensional, aunque los síntomas se asocian a una auto-percepción negativa por parte del niño, se asocian a una percepción todavía más negativa por parte de sus padres. Algunos estudios informan que los niños con TDAH muestran un mayor sesgo positivo respecto de la percepción de padres y docentes que respecto de pruebas estandarizadas, la percepción de los pares (Swanson et al., 2012), o tareas de laboratorio (Ohan y Johnston, 2002; Owens y Hoza,



Tabla 4. Predictores del sesgo en las auto percepciones de los niños con TDAH

Predictores	DATOS DE LOS PREDICTORES			DATOS DEL MODELO			
	B	B	95% IC B	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	f	f <sup>2</sup>
TDAH							
SPI padres Competencias deportivas							
SNAP IV Padres - Hiperactividad	0,55	0,44*	[0,07, 1,04]	0,19	0,16	5,53*	0,23
SNAP IV Padres - Oposicionismo	0,62	0,41*	[0,02, 1,21]	0,17	0,13	4,62*	0,20
CBCL - Agresividad	0,04	0,42*	[0,01, 0,09]	0,17	0,14	5,68*	0,20
SPI padres Comportamiento							
CBCL - Conducta antisocial	0,22	0,50**	[0,07, 0,37]	0,25	0,22	8,89**	0,33
CBCL - Agresividad	0,08	0,68***	[0,05, 0,12]	0,46	0,44	23,23***	0,85
SPI docentes Comportamiento							
SNAP IV Docente - Hiperactividad	0,60	0,53*	[0,11, 1,09]	0,28	0,23	6,61*	0,39
SNAP IV Docente - Oposicionismo	0,65	0,58*	[0,16, 1,15]	0,31	0,27	7,66*	0,45
GCC							
SPI padres Competencias académicas							
SNAP IV Padres - Inatención	0,73	0,54*	[0,16, 1,30]	0,29	0,25	7,23*	0,41
SPI docentes Aceptación Social							
SNAP IV Padres - Oposicionismo	1,16	0,67**	[0,40, 1,92]	0,45	0,41	10,79**	0,82
CBCL - Conducta antisocial	0,22	0,64**	[0,07, 0,36]	0,41	0,37	10,57**	0,69
CBCL - Agresividad	0,10	0,66**	[0,04, 0,16]	0,44	0,40	11,71**	0,51
SPI padres Comportamiento							
SNAP IV Padres - Hiperactividad	0,62	0,45*	[0,01, 1,24]	0,20	0,16	4,48*	0,25
SNAP IV Docente - Hiperactividad	0,67	0,59**	[-1,42, -0,30]	0,34	0,30	8,40**	0,51
SPI docentes comportamiento							
SNAP IV Docente - Hiperactividad	1,04	0,68**	[0,43, 1,64]	0,47	0,43	13,20**	0,88

Nota. TDAH = Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (n = 29); GCC = Grupo Clínico Control (n = 24) se presentan por debajo de la diagonal. El n puede ser inferior al indicado debido a los datos ausentes. SNAP IV = Escala de Swanson, Nolan y Pelham, versión DSM IV.

†p < 0,10. \*p < 0,05. \*\*p < 0,01.

2003). En este sentido, cabe considerar la posibilidad de que exista un sesgo negativo en la percepción de los adultos implicados en la crianza de un niño con TDAH, debido a las dificultades aparejadas a la interacción con ellos (Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza, y Kaiser, 2007).

En el GCC, los síntomas externalizantes (oposicionismo percibido por el docente y agresividad y conducta antisocial percibidos por los padres) predijeron una auto percepción de comportamiento negativa. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad (percibidos por padres y docentes) predijeron un sesgo positivo tanto con respecto a la percepción de los padres como de los docentes en dicho domi-

nio. Es interesante notar que los síntomas externalizantes son los que se vinculan con una percepción más negativa del comportamiento por parte del niño pero no con la sobreestimación en dicha área. Es probable que esto sea así porque la percepción del niño sea tan negativa como la de sus padres y docentes. En cambio, los síntomas de hiperactividad se asocian a la sobreestimación de competencias pero no a la auto percepción del niño. Es posible que estos comportamientos afecten la percepción que tienen los adultos del comportamiento del niño pero no la suya propia.

En el GCC, los síntomas de inatención percibidos por los padres predijeron un sesgo positivo respec-

to de la mirada de estos en el dominio de las competencias académicas. Una explicación posible para estos resultados se vincula con el dominio de las autopercepciones en el que se presenta el sesgo. Los síntomas de inatención afectan especialmente el dominio de las competencias académicas. Es posible que la visión de los padres en este dominio sea más negativa que la del propio niño, cuando éste tiene elevados síntomas de inatención.

La autoestima global, en general, no se asoció con los síntomas estudiados pero, cuando lo hizo, la relación fue negativa en ambos grupos de niños.

Cabe señalar que si bien estudios anteriores muestran que las autopercepciones (Molina y Maglio, 2013; Whitley et al., 2008) y su sesgo (Molina y Maglio, 2013) en los niños con TDAH no difieren de las de los niños con otras problemáticas, los comportamientos de tipo hiperactivo/impulsivo e inatento se asocian a la forma en que los niños se perciben a sí mismos, y lo hacen de manera diferente en ambos grupos de niños. Esto indicaría que no es el estatus de TDAH sino el nivel de sus síntomas nucleares lo que afecta al autoconcepto de los niños. Por otra parte, también los comportamientos de tipo externalizante predicen de manera diferente las autopercepciones y su sesgo en dichos grupos.

#### *Implicancias clínicas*

Las autopercepciones tienen una importancia capital en el desarrollo infantil. Conocer aquellos aspectos asociados a una percepción del sí mismo más positiva y ajustada tiene una gran importancia para el desarrollo de intervenciones orientadas a modificar las autopercepciones. Según Houck, Kendall, Miller, Morrell y Wiebe (2011), una intervención temprana para mejorar el autoconcepto y la autoestima, en tanto son mediadores de un funcionamiento saludable, es esencial para prevenir un mayor deterioro en los niños con TDAH. Sin embargo, existen evidencias de que el SPI en niños con TDAH se asocia a peores logros terapéuticos (Mikami, Calhoun, y Abikoff, 2010). Es por esto que focalizar las metas e intervenciones terapéuticas simplemente en lograr autopercepciones más positivas no parece ser lo apropiado (Hoza, Vaughn, Waschbusch, Murray-Close y McCabe, 2012).

Los resultados presentados en este estudio señalan la importancia de trabajar en la reducción de los síntomas nucleares del trastorno (especialmente los de hiperactividad/impulsividad) y de los síntomas externalizantes, fuertemente asociados a él, para lograr una autopercepción saludable en estos niños. Asimismo, es importante considerar la presencia de estos comportamientos en niños que requieren de atención clínica pero no padecen el

trastorno, pues también impactan en sus autopercepciones.

#### *Limitaciones y Direcciones Futuras*

Este trabajo presenta algunas limitaciones. Las primeras se relacionan con la muestra utilizada. Por un lado, ésta tiene un tamaño reducido. Por otro lado, se trabajó con una muestra no probabilística, por lo que no es representativa y los resultados deben ser replicados con otras muestras. Asimismo, la muestra presenta un muy bajo número de niñas y es preciso tener cautela al generalizar los resultados a ellas.

Por último, el GCC, al incluir niños que asistían a psicoterapia por diversos motivos, fue muy heterogéneo. Debido a que el TDAH es reconocido como un trastorno con una presentación ampliamente heterogénea, ya que se presenta en tres subtipos diferentes y con un alto porcentaje de comorbilidad (Brown, 2003), 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.

En futuros estudios será necesario ampliar el grupo niñas. Asimismo, sería relevante poder comparar a los niños con TDAH con niños con trastornos específicos, como trastornos de aprendizaje, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, u otros trastornos de la conducta perturbadora.

Más allá de estas limitaciones, este estudio permitió conocer las características de las autopercepciones y su vínculo con los síntomas de TDAH y externalizantes en un grupo de niños con TDAH que, al incluir los diferentes subtipos de presentación y distintos tipos de comorbilidad, es bastante similar a la población con este trastorno que suele ser atendida en psicoterapia (Hoza et al., 2010). La operacionalización del SPI, aunque no está exenta de limitaciones, es la más recomendada por su validez conceptual (Owens et al., 2007).

Este trabajo permitió ampliar el conocimiento sobre cómo inciden los síntomas de TDAH y externalizantes en las autopercepciones de los niños. A su vez, permitió identificar aspectos que son específicos de los niños con TDAH y otros que son compartidos con niños con otras problemáticas.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders: DSM IV-TR (4<sup>o</sup> Edición)*. Barcelona: MASSON.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(1), 5–11.
- Barton, B., & North, K. (2007). The self-concept of children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 401–408. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17584395>.
- Brown, T. E. (2003). *Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona, España: Masson.
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Garvan, C. W., Eyberg, S. M., & Swanson, J. M. (2008). Parent and teacher SNAP-IV ratings of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms. Psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*, 15(3), 317–328. Recuperado a partir de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3623293&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155–159.
- 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. Recuperado a partir de <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1040-3590.10.3.241>.
- David, C. F., & Kistner, J. A. (2000). Do positive self-perceptions have a "dark side"? Examination of the link between perceptual bias and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(4), 327–337.
- 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. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18720127>.
- 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. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188536>.
- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., O'Flaherty, M., Scotti, M. E., Sixto, L., Allegri, R., et al. (2011). Evaluación de Déficit de Atención con Hiperactividad: La escala SNAP IV adaptada a la Argentina [Assessment of attention deficit hyperactivity: SNAP-IV scale adapted to Argentina]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(5), 344–349. Recuperado a partir de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n5/a07v29n5.pdf>.
- 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.
- Harter, S. (1985). *Manual for de Self-Perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver.
- 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. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15901227>
- 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.
- 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. Elsevier Inc. Recuperado a partir de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3101477&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Abikoff, H. B., et al. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 382–391. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15279522>.
- 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. Recuperado a partir de <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-843X.111.2.268>.
- Hoza, B., Vaughn, A. J., Waschbusch, D. A., Murray-Close, D., & McCabe, G. (2012). Can children with ADHD be motivated to reduce bias in self-reports of competence? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 245–254. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22329825>.
- Maia, C., Guardiano, M., Viana, V., Almeida, J. P. e Guimarães, M. J. (2011). Auto-conceito em crianças com Hiperatividade e Défice de Atenção. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 493–502.

- 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. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20419578>.
- Molina, M. F. (2010). Escala de evaluación del comportamiento del niño. Versión para docentes (TRS). Adaptación Argentina. *Material inédito*.
- Molina, M. F., Calero, A. y Raimundi, M. J. (2013). Escala de evaluación del comportamiento del niño en su versión para padres (PRS): Adaptación para su uso en Buenos Aires [Parent's Rating Scale of Child's Actual Behavior (PRS): Adaptation for its Use in Buenos Aires]. *Evaluar, 13*, 1–18. Recuperado a partir de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/6797/7877>.
- Molina, M. F. y Maglio, A. L. (2013). 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 Diso. *Cuadernos de Neuropsicología, 7*(2), 50–71. Recuperado a partir de <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/147>.
- Molina, M. F., Raimundi, M. J., López, C., Cataldi, S. y Bugallo, L. (2011). Adaptación del Perfil de Autopercepciones para Niños para su uso en la Ciudad de Buenos Aires [Adaptation of the Self-Perception Profile for Children for its Use in Buenos Aires City]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2*(32), 53–78.
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 31*(2), 230–241.
- 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. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21264503>.
- 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. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17902055>.
- 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. Recuperado a partir de <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.71.4.680>.
- Rizzo, P., Steinhausen, H.-C., & Drechsler, R. (2010). Self-perception of self-regulatory skills in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder aged 8-10 years. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2*(4), 171–183. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21432604>.
- Samaniego, V. C. (1998). *El Child Behaviour Checklist: Su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad*. Universidad de Buenos Aires.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2009). *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people*. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scholtens, S., Diamantopoulou, S., Tillman, C. M., & Rydell, A.-M. (2012). Effects of symptoms of ADHD, ODD, and cognitive functioning on social acceptance and the positive illusory bias in children. *Journal of Attention Disorders, 16*(8), 685–696. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21868588>.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17195950>.
- White, B. A., & Kistner, J. A. (2011). Biased Self-Perceptions, peer rejection, and aggression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(5), 645–656.
- 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*(1), 65–80. Recuperado a partir de <http://mje.mcgill.ca/index.php/MJE/article/view/1050/2085>.