



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

Belén Sáez & Mateu Servera.

Belen.saez@uib.es

Sluggish Cognitive Tempo, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Tempo Cognitivo Lento.

RESUMEN

Antecedentes: El *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT) refiere problemas de enlentecimiento y atencionales pero que se han relacionado con las conductas de Inatención (IN) del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, de modo que algunos autores entienden que el SCT sólo es un problema si se asocia a IN. Objetivo: Analizar si los niños de aula normal con elevadas puntuaciones en SCT (sin IN) presentan problemas comportamentales y de rendimiento similares o no a los niños con elevadas puntuaciones en IN. Métodos: Una muestra de 560 niños fue evaluada a través del *Children Adolescent Disruptive Behavior Inventory* (CADBI) y se establecieron cuatro grupos: controles (CTR), altos en Inatención (IN), altos en SCT y combinados (IN+SCT). Resultados: En el caso de padres y madres los niños SCT presentaron peores puntuaciones en conducta y rendimiento que los CTR en un nivel sólo ligeramente inferior a los IN e IN+SCT. En el caso de los maestros los niños SCT presentaron más problemas en relación a los controles que los niños IN y sólo algo menos que los niños IN+SCT. La principal diferencia entre evaluadores fue que los grupos subclínicos no mostraron diferencias para los padres y en cambio para los maestros los IN+SCT presentaron peores puntuaciones especialmente que los SCT. Conclusiones: Los resultados nos permiten concluir que, en muestra normal, los niños con puntuaciones elevadas en SCT (sin presencia de IN) presentan problemas de comportamiento y rendimiento similares a los niños con puntuaciones elevadas en IN y en IN+SCT frente a los controles.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de comportamientos problemáticos que reflejan inatención y desinhibición conductual (impulsividad e hiperactividad) que no se explica por cualquier otro trastorno del desarrollo, del pensamiento o afectivo. La sintomatología interfiere con el funcionamiento del

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

paciente en, por lo menos, dos ambientes distintos (casa, escuela, trabajo). Además de la sintomatología central que observamos en niños y adolescentes con TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad), existe una alta comorbilidad con otros trastornos, aspecto que lo convierte en un trastorno claramente heterogéneo. Aun así, el TDAH es uno de los trastornos infantiles más diagnosticados en la clínica infanto-juvenil, cuya prevalencia habitualmente se ha situado alrededor del 5%, si bien una reciente revisión sistemática con técnicas de metaanálisis la ha situado entre 6,7% y el 7,8% a través de estudios con diferentes criterios diagnósticos, zonas geográficas y culturas [1]. Y aunque la quinta edición del manual diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) [2] cambió la ubicación del TDAH al marco de los trastornos del neurodesarrollo, con el fin de alejarlo del ámbito de los trastornos por conductas perturbadoras, ello apenas ha supuesto leves cambios en los criterios diagnósticos y ningún cambio en los subtipos: predominante inatento, predominante hiperactivo-impulsivo y combinado.

En los últimos años, estos tres subtipos de TDAH han sido criticados por diferentes motivos, siendo uno de los más destacados el hecho de que aproximadamente el "30-40% de los niños con inatención pueden constituir un tipo separado de TDAH o incluso un trastorno aparte" [3]. Y aunque durante la elaboración del DSM-5 hubo varios informes favorables, basados en estudios previos, que avalaban la idea de crear un nuevo subtipo denominado "inatento restrictivo", definido como un individuo que cumple con los criterios de IN pero que apenas presenta sintomatología en HIM, finalmente la idea fue rechazada y no se incorporó al nuevo manual diagnóstico. Pero dichos estudios, evidenciaban la presencia de un subtipo inatento puro con una sintomatología que, aunque relacionada con el TDAH, podía ser diferente. Algunas revisiones recientes [4-6] corroboran y conectan dichos estudios con una dimensión definida tiempo atrás, y denominada *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT). El término *Sluggish Cognitive Tempo* se ha venido utilizando para referirse a personas lentas, hipoactivas, apáticas, olvidadizas, somnolientas, con tendencia a soñar despiertas, perdidas en sus pensamientos, desmotivadas, en las nubes, confundidas, con bajo rendimiento en algunos test neuropsicológicos pero con una inteligencia dentro de la normalidad, aunque con una alerta disminuida [7-11]. En un estudio del 2012 [12], Barkley señala que la comorbilidad entre SCT y TDAH supone un agravamiento de la mayoría de las disfunciones, sin embargo en el caso específico del mundo laboral, las disfunciones producidas por el SCT son mayores que las relacionadas con el TDAH. Estudios más recientes [13-14] han corroborado en gran parte estos datos y persisten en la misma línea. El objetivo del presente estudio es analizar si los niños de aulas ordinarias que muestran elevadas puntuaciones en SCT (sin presencia de sintomatología inatenta) presentan problemas comportamentales y de rendimiento similares o no a los niños con elevadas puntuaciones en inatención (IN).

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes y Procedimiento

La participantes fueron seleccionados de una muestra perteneciente a alumnos de aulas ordinarias de 3º de primaria de 30 colegios españoles, 22 de los cuales ubicados en la isla de Mallorca en las Islas Baleares (España) y 8 en la comunidad de Madrid (España). Los padres firmaron un consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CER) de la Universidad de las Islas Baleares. El criterio de exclusión fue descartar aquellos niños con algún diagnóstico psicopatológico, trastorno de aprendizaje o desconocimiento de la lengua por parte de los padres.

Del total de la muestra, 560 niños fueron evaluados por sus profesores, 502 por sus madres y 456 por sus padres en el *Children and Adolescent Disruptive Behavior Inventory* (CADBI) [15]. Dicho instrumento de medida se presenta en dos versiones: una para padres y otra para profesores. En su versión para padres está compuesto por 10 escalas que miden puntuaciones en: *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT), Ansiedad (AN), Depresión (DEP), Inatención (IN), Hiperactividad/Impulsividad (HIM), Trastorno Negativista Desafiante hacia los Adultos (TND-A), Trastorno Negativista Desafiante hacia sus compañeros (TND-I), Insensibilidad Emocional (IE), Funcionamiento Social (FS) y Habilidades Académicas (HA). En su versión para profesores, además de las escalas anteriormente mencionadas, también se incluye una escala de Aceptación Social (AS), pero que para el presente estudio no se ha tenido en cuenta para su análisis (*Tabla 1*). Todas las escalas son puntuadas de 0 - 5 (siendo 0=Casi Nunca, 1=Rara vez, 2=Algunas veces, 3=A menudo, 4=Muy a menudo y 5=Casi siempre), a excepción de las escalas FS y HA, que son puntuadas de 0-6 (siendo 0=Dificultad Severa, 1=Dificultad moderada, 2=Dificultad Leve, 3=Interacciones Normales/En el promedio normal para su curso, 4=Ligeramente por encima de la media, 5=Moderadamente por encima de la media y 6=Interacciones excelentes/Rendimiento excelente).

Tabla 1. Descripción del instrumento de medida utilizado.

CHILDREN AND ADOLESCENT DISRUPTIVE BEHAVIOR INVENTORY (CADBI)		
ESCALAS	VERSIÓN PADRES	VERSIÓN PROFESORES
SCT	9 ítems	9 ítems
ANSIEDAD	6 ítems	6 ítems
DEPRESIÓN	7 ítems	7 ítems
INATENCIÓN	9 ítems	9 ítems
HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD	9 ítems	9 ítems
TND-A	8 ítems	8 ítems
TND-I	8 ítems	8 ítems
INSENSIBILIDAD EMOCIONAL	4 ítems	4 ítems
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	4 ítems	4 ítems
RENDIMIENTO ACADÉMICO	4 ítems	5 ítems
ACEPTACIÓN SOCIAL		12 ítems

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

En base a las puntuaciones obtenidas en el CADBI, se establecieron cuatro grupos en función del percentil 90 de las escalas de Inatención y SCT, para cada evaluador. De este modo, se establecieron cuatro grupos: Control, TDAH-IN ($P_c \geq 90$), SCT ($P_c \geq 90$) e IN+SCT. Es decir, para pertenecer al grupo control las puntuaciones en Inatención y SCT tenían que estar por debajo del percentil 90, para pertenecer al grupo TDAH-IN sólo la puntuación en Inatención tenía que ser igual o superior al percentil 90, para estar en el grupo SCT sólo la puntuación en esta escala tenía que ser igual o superior al percentil 90 y, finalmente, si el niño tenía una puntuación igual o superior al percentil 90 en Inatención y SCT se clasificaba en el grupo IN+SCT.

RESULTADOS

En la *Tabla 2*, se presenta la distribución de la muestra entre grupos y evaluadores. Podemos observar que tanto el grupo SCT como IN+SCT, presentan un número equiparable de sujetos. En cambio, el grupo TDAH-IN está formado por un número inferior de sujetos comparado con los otros grupos.

Tabla 2. Distribución de la muestra.

GRUPOS	Padres	Madres	Profesores
CONTROL	402	440	496
TDAH-IN	8	12	5
SCT	23	28	39
IN+SCT	23	22	20
TOTAL	456	502	560

Se realizó un Análisis de la Varianza (ANOVA unifactorial) para estimar si existían diferencias significativas entre los grupos. Todos los análisis de varianza realizados para cada uno de los informadores (padres, madres y profesores) fueron estadísticamente significativos.

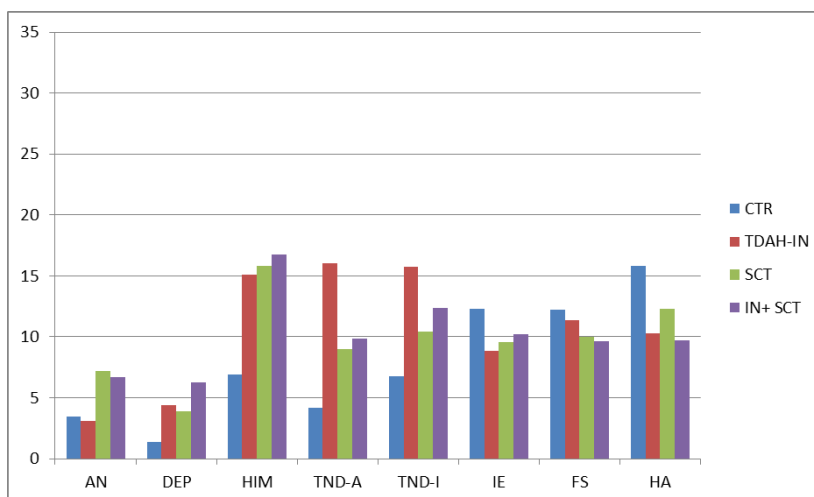
Concretamente, en el caso de los padres (ver gráfica 1), la variable con las mayores diferencias ha sido DEP ($F(3, 453) = 32.87, p < .001$) y la variable con la menor diferencia ha sido IE ($F(3, 454) = 4.16, p = .006$). En las comparaciones dos a dos controladas por Bonferroni, las principales diferencias se han detectado entre el grupo control y el grupo IN+SCT, los cuales se diferencian en todas las variables excepto en IE: el grupo IN+SCT siempre presenta mayores problemas. El segundo en mostrar más diferencias se encuentra entre el grupo control y el grupo SCT, los cuales son distintos en todas las variables, salvo en TND-A, TND-I e IE: el grupo SCT siempre presenta mayores dificultades. El siguiente par en mostrar más dificultades es el formado por el grupo control y el grupo IN, muestran diferencias significativas en las variables TND-A, TND-I y HA, pero no muestran diferencias en el resto de variables: los resultados son

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

peores para el grupo IN. Por lo que concierne a la comparación entre los grupos IN y SCT, sólo existen diferencias para la variable AN, pero no para el resto. Finalmente, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni en la comparación del grupo IN con el grupo IN+SCT, ni para el par formado por SCT e IN+SCT.

Por otro lado, el tamaño del efecto ha sido calculado mediante la d de Cohen, y en muestras pequeñas se ha utilizado la corrección de Hedges (g). El valor de la media del tamaño del efecto para los grupos control e IN es grande ($d = 1.06$), donde el tamaño del efecto más pequeño se encuentra para la variable AN ($d = 0.1$) y el más grande para la variable TND-A ($d = 2.31$). Para los grupos control y SCT, la media del valor es grande ($d = 0.83$), encontrando el tamaño del efecto más pequeño para la variable IE ($d = 0.53$), y el mayor para la variable HI ($d = 1.20$). Para los grupos control e IN+SCT, el valor medio del tamaño del efecto también es grande ($d = 1.06$), mostrando un tamaño del efecto muy grande para la variable DEP ($d = 1.94$), y un tamaño pequeño para IE ($d = 0.41$). En referencia al valor promedio para los grupos IN y SCT es pequeño ($g = 0.45$), el mayor tamaño del efecto se encuentra para la variable AN ($g = 0.95$) y un valor insignificante para la variable HI ($g = 0.06$). Por lo que concierne al valor de la media del tamaño del efecto para los grupos IN e IN+SCT, es también pequeño ($g = 0.42$), mostrando un tamaño del efecto mediano para la variable TND-A ($g = 0.73$) y un tamaño muy pequeño para HA ($g = 0.12$). Por último, el valor medio del tamaño del efecto para los grupos SCT e IN+SCT es muy pequeño ($g = 0.23$), encontrando valores insignificantes para las variables AN e HI ($g = 0.09$) y un tamaño mediano para HA ($g = 0.62$).

Gráfica 1. Comparación entre grupos en las escalas de padres.



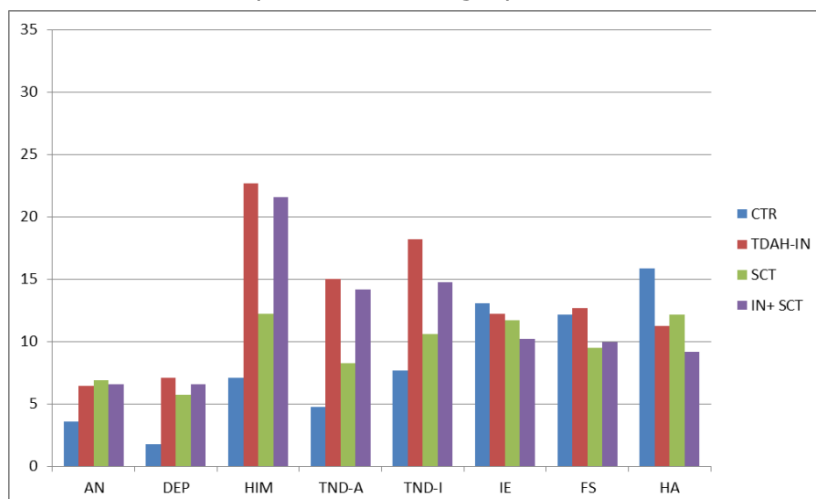
Por lo que respecto a las madres (ver gráfica 2), la variable con las mayores diferencias ha sido HIM ($F(3, 499) = 41.3, p < .001$) y la variable con la menor diferencia ha sido IE ($F(3, 500) = 2.72, p = .04$). En las comparaciones dos a dos controladas por Bonferroni, las principales diferencias se han detectado, al igual que en los padres, entre el grupo control y el grupo

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

IN+SCT, los cuales se diferencian en todas las variables excepto en AN e IE: el grupo IN+SCT siempre presenta mayores problemas. El segundo en mostrar más diferencias, al igual que en el caso de los padres, se encuentra entre el grupo control y el grupo SCT, los cuales son distintos en todas las variables, salvo en TND-A, TND-I e IE: el grupo SCT siempre presenta mayores dificultades. El siguiente par en mostrar más dificultades, siendo el mismo caso que en los padres, es el formado por el grupo control y el grupo IN, los cuales muestran diferencias significativas en las variables DEP, HI, TND-A, TND-I, pero no muestran diferencias en el resto de variables: los resultados son peores para el grupo IN. Por otro lado, se encuentran diferencias entre los grupos SCT e IN+SCT en las variables HI y TND-A, pero no para el resto. Finalmente, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni en la comparación del grupo IN con el grupo IN+SCT, ni para el par formado por IN y SCT.

El valor de la media del tamaño del efecto, en las madres, para los grupos control e IN es grande ($d = 1.18$), donde el tamaño del efecto más pequeño se encuentra para la variable FS ($d = 0.13$) y el más grande para la variable HIM ($d = 2.08$). Para los grupos control y SCT, el tamaño del efecto es mediano ($d = 0.72$), encontrando el valor más pequeño para la variable IE ($d = 0.26$), y el mayor para la variable DEP ($d = 1.42$). Para los grupos control e IN+SCT, el valor medio del tamaño del efecto es grande ($d = 1.19$), mostrando un tamaño del efecto muy grande para la variable HIM ($d = 1.91$), y un tamaño mediano para IE ($d = 0.55$). En referencia al valor promedio para los grupos IN y SCT es mediano ($g = 0.52$), el mayor tamaño del efecto se encuentra para la variable HIM ($g = 1.06$) y un valor insignificante para la variable AN ($g = 0.09$). Por lo que concierne al valor de la media del tamaño del efecto para los grupos IN e IN+SCT, es pequeño ($g = 0.27$), mostrando un tamaño del efecto mediano para la variable FS ($g = 0.71$) y un tamaño muy pequeño para AN ($g = 0.02$). Por último, el valor medio del tamaño del efecto para los grupos SCT e IN+SCT es pequeño ($g = 0.46$), encontrando un tamaño mediano para la variable FS ($g = 0.71$) y un tamaño no relevante para AN ($g = 0.02$).

Gráfica 2. Comparación entre grupos en las escalas de madres.



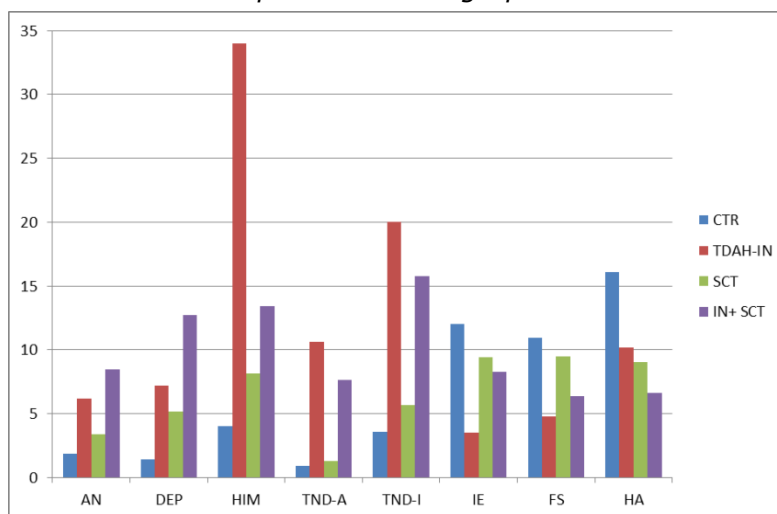
¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

Por último, para los profesores (ver gráfica 3), al igual que en el caso de los padres, la variable con las mayores diferencias ha sido DEP ($F(3, 558) = 82.53, p < .001$) y la variable con la menor diferencia ha sido IE ($F(3, 517) = 7.64, p < .001$). En las comparaciones dos a dos controladas por Bonferroni, las principales diferencias se han detectado, al igual que en los padres y en las madres, entre el grupo control y el grupo IN+SCT, los cuales se diferencian en todas las variables: el grupo IN+SCT siempre presenta mayores problemas. El segundo en mostrar más diferencias, al igual que en el caso de los padres y las madres, se encuentra entre el grupo control y el grupo SCT, los cuales son distintos en todas las variables, salvo en TND-A, TND-I y AN: el grupo SCT siempre presenta mayores dificultades. El siguiente par en mostrar más dificultades, es el formado por el grupo SCT e IN+SCT, los cuales muestran diferencias significativas en las variables AN, DEP, TND-I y FS, pero no muestran diferencias en el resto de variables: los resultados son peores para el grupo SCT+IN. Por otro lado, se encuentran diferencias significativas en las variables HI y FS, pero no para el resto, tanto para los pares formados por el grupo control e IN, y por el formado por los grupos IN y SCT. En último lugar, sólo se encuentran diferencias significativas para la variable HI, en la comparación de los grupos IN e IN+SCT.

En cuanto al valor de la media del tamaño del efecto para los grupos control e IN es muy grande ($d = 2.32$), donde el tamaño del efecto más pequeño se encuentra para la variable HA ($d = 1.08$) y el más grande para la variable HIM ($d = 4.52$). Para los grupos control y SCT, el tamaño del efecto es mediano ($d = 0.63$), encontrando el valor más pequeño para la variable TND-I ($d = 0.38$), y el mayor para la variable HA ($d = 1.31$). Para los grupos control e IN+SCT, el valor medio del tamaño del efecto es muy grande ($d = 1.81$), mostrando un tamaño del efecto muy grande para la variable DEP ($d = 3.34$), y un tamaño mediano para IE ($d = 0.66$). En referencia al valor promedio para los grupos IN y SCT es muy grande ($g = 1.40$), el mayor tamaño del efecto se encuentra para la variable HIM ($g = 2.96$) y un valor pequeño para la variable HA ($g = 0.30$). Por lo que concierne al valor de la media del tamaño del efecto para los grupos IN e IN+SCT, es mediano ($g = 0.72$), mostrando un tamaño del efecto muy grande para la variable HIM ($g = 1.56$) y un tamaño pequeño para TND-A ($g = 0.26$). Por último, el valor medio del tamaño del efecto para los grupos SCT e IN+SCT es mediano ($g = 0.83$), encontrando un tamaño grande para la variable FS ($g = 1.18$) y un tamaño no relevante para IE ($g = 0.24$).

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

Gráfica 3. Comparación entre grupos en las escalas de profesores.



CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio ha sido analizar si los niños con elevadas puntuaciones en SCT (sin presencia de elevadas puntuaciones en la escala de Inatención del TDAH –TDAH-IN-) presentaban problemas comportamentales y de rendimiento similares a los niños con elevadas puntuaciones en Inatención con y sin SCT. Para ello se ha obtenido una muestra en aulas normales de niños e 3º de EP que ha sido dividida en cuatro grupos: controles, SCT, TDAH-IN y SCT+IN.

La primera conclusión a destacar es que dentro de una muestra normotípica parece mucho más fácil detectar a niños que presentan altas puntuaciones en SCT sin IN, que niños con altas puntuaciones en IN sin SCT. Por tanto, los resultados son favorables a una consideración más clínica de IN frente a una más “dimensional” de SCT. Es decir, SCT se puede dar tanto en presencia o no de IN, en cambio es difícil que se dé IN sin que además no esté presente SCT. Por otra parte, y en relación a la metodología utilizada para analizar las diferencias, el bajo número de niños en los grupos IN provoca que aunque todos los análisis de varianza presentados hayan sido estadísticamente significativos, deben ser tomados con prudencia.

En relación a las diferencias en las variables examinadas entre los grupos y evaluadas por los padres, madres y profesores, observamos que en los tres casos el hecho de presentar sintomatología SCT, TDAH-IN o SCT+IN, supone mayor presencia de problemas comportamentales y de rendimiento, comparado con niños controles. En relación a las comparaciones entre los grupos subclínicos podemos destacar que ha habido muy pocas diferencias estadísticamente significativas entre ellos en el caso de los padres. En cambio en el caso de los profesores la presencia de Inatención (sola o asociada a SCT) ha provocado mayores problemas en casi todas las variables que la presencia sola de SCT.

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

En definitiva, los niños sólo con puntuaciones elevadas SCT presentan más problemas que los niños controles en medidas comportamentales y de rendimiento. En casa, evaluados por los padres, sus problemas no son muy diferentes de los que se presentan con la presencia de Inatención, si bien esta variable tiende a implicar más problemas. En el colegio, aunque los maestros también perciben más problemas en los niños con SCT que los controles, la presencia de Inatención tiene mucho mayor peso específico. Por tanto, aunque la dimensión SCT parece ser más un rasgo temperamental en el niño, su presencia puede predecir problemas, sino al mismo nivel que la dimensión Inatención (mucho más clínica), sí de modo relevante, aconsejándose su evaluación en el futuro.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada gracias al proyecto (PSI2014-52605-R) del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) y a la ayuda concedida a B. Sáez para contratos predoctorales para la formación de doctores correspondiente al año 2015 (BES-2015-075142) del MINECO y cofinanciada por el Fondo Social Europeo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E. y Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and a meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), 994-1001.
2. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
3. Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-5. *Revista Neurología*, 48 (Supl. 2), S101-S106.
4. Barkley, R. A. (2014). Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 117-125.
5. Becker, S. P. (2013). Topical review: sluggish cognitive tempo: research findings and relevance for pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(10), 1051-1057.
6. Becker, S. P., Marshall, y S. A. y McBurnett, K. (2014). Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1-6.
7. Barkley, R. A., DuPaul, G. J. y McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.

¿PRESENTAN LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN SLUGGISH COGNITIVE TEMPO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SIMILARES A LOS NIÑOS CON ALTAS PUNTUACIONES EN INATENCIÓN?

8. Barkley, R. A., Grodzinsky, G. y DuPaul, G. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and research report. *Journal of Abnormal Child and Psychology*, 20, 163-88.
9. Carlson, C. L. y Mann, M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 123-129.
10. McBurnett, K., Pfiffner, L. J. y Frick, P. J. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 207-213.
11. Milich, R., Ballentine, A. C. y Lynam, D. R. (2001), ADHD/combined type and ADHD/predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488.
12. Barkley, R. A. (2012). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 978-990.
13. Becker, S. P. y Langberg, J. M. (2013). Sluggish cognitive tempo among young adolescents with adhd: relations to mental health, academic, and social functioning. *Journal of Attention Disorders*, 17(8), 681-689.
14. Lee, S., Burns, G. L., Snell, J. y McBurnett, K. (2014). Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 7-19.
15. Burns, G. L., Lee, S., Becker, S. P., Servera, M., & McBurnett, K. (2013). Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory—Parent Version 5.0. Pullman, WA: Author.