

## Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Juan Antonio Amador Campos, María Ángeles Idiázabal Alecha\*, Javier Sangorrín García\*,  
José María Espadaler Gamissans\* y Maria Forns i Santacana  
Universidad de Barcelona y \* Hospital del Mar (Barcelona)

Se evalúa la utilidad de las escalas de Conners, para padres y profesores, para clasificar a sujetos con o sin Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en sus diferentes subtipos, en una muestra de 153 sujetos (113 con TDAH y 40 controles), con edades comprendidas entre 7 y 10 años. La información que proporcionan los padres permite clasificar mejor a los sujetos del grupo clínico y del grupo de control que la información que proporcionan los profesores.

*Utility of Conners Rating Scales to differentiate between subjects with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder.* The utility of Conners Ratings Scales for parent and teacher to classify subjects with or without Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), in their different subtypes, is assessed. The sample is composed of 153 subjects (113 with ADHD and 40 from a control group), aged between 7 and 10 years old. The results of discriminant analysis show that parent ratings classify more accurately than teacher ratings both control and clinical group subjects.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración psicopatológica que es objeto de consulta frecuente en los servicios de atención psicológica y psiquiátrica para población infantil y adolescente. El TDAH comprende un patrón persistente de conductas de falta de atención y/o de hiperactividad-impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas son más frecuentes e intensas de lo habitual, según la edad y desarrollo del sujeto. Además, algunos síntomas de hiperactividad o de desatención deben haber aparecido antes de los siete años, manifestarse en más de un contexto (escolar, familiar, etc.) e interferir en el rendimiento y en las actividades cotidianas. Según la cuarta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV; APA, 1995), el TDAH presenta los siguientes subtipos: con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo, tipo combinado y tipo no especificado.

Las escalas de valoración se utilizan habitualmente en la evaluación de los síntomas y conductas asociados al TDAH (Amador, Forns y Martorell, 2001a; Barkley, 1998; Balluerka y Gómez, 2000; Balluerka, Gómez, Stock y Caterino, 2000). Las *Escalas de Conners* (Conners, 1989) son, posiblemente, los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH. Aunque estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos, que recibían tratamiento con medicación estimulante, su uso se ha extendido al proceso de evaluación anterior al tratamiento, como instrumento útil para recoger información de padres

y profesores (Conners, 1994; Resnick y McEvoy, 1994). Las escalas de Conners son un listado de síntomas con un formato de escala de Likert. Existen cuatro versiones, dos extensas (Escala para padres: CPRS-93, con 93 ítems y Escala para profesores: CTRS-39, con 39 ítems) y dos abreviadas (Escala para padres: CPRS-48, que consta de 48 ítems y la Escala para profesores: CTRS-28, que contiene 28 elementos). Los análisis factoriales realizados con las versiones extensas y abreviadas han puesto de manifiesto la existencia de varios factores, que son distintos para las escalas de padres y profesores. Así, en las versiones abreviadas se han encontrado los siguientes factores en la escala de padres (CPRS-48): Problemas de conducta, Problemas de aprendizaje, Quejas psicósomáticas, Impulsividad/hiperactividad y Ansiedad. La versión para profesores (CTRS-28) ofrece la siguiente estructura: Problemas de conducta, Hiperactividad y Desatención/pasividad. El Índice de hiperactividad, que aparece en las escalas para padres y para profesores, está formado por los 10 ítems con mayor peso factorial. Este Índice agrupa conductas que se consideran prototípicas de la hiperactividad, y que son las más sensibles a los efectos del tratamiento (Conners, 1989). Los análisis factoriales de las versiones española y colombiana no han encontrado el mismo número de factores, ni la misma composición, que los realizados con las versiones originales de las escalas (Farré-Riba y Narbona, 1997; Pineda, Rosselli, Henao y Mejía, 2000).

El grado de acuerdo entre informantes varía según el tipo de informante, la edad del sujeto evaluado y el tipo de problema del que se informa. La correlación media entre la información que proviene de padres y profesores oscila entre 0,30 y 0,50 (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Barkley, 1995; Biederman et al., 1993; Hinshaw Han, Erhardt y Huber, 1992). Amador et al. (2001a) han analizado la concordancia de las valoraciones de padres y profesores sobre la presencia o ausencia de seis o más síntomas del TDAH en niños entre 4 y 12 años de edad. Utilizando la Y de Yu-

le como índice de concordancia, han encontrado valores que oscilan entre 0,54, para los síntomas de desatención, y 0,35 para los de hiperactividad-impulsividad. Cuando se utilizan las escalas de Connors, las correlaciones entre las valoraciones de padres y profesores, con muestras no clínicas, son de magnitud media y oscilan entre 0,30 y 0,40 (véase Goyette, Connors y Ulrich, 1978; Farré y Narbona, 1989, 1997; Taylor y Sandberg, 1984; y Sandberg, Rutter y Taylor, 1978).

Se ha comprobado que los niños con TDAH, o con trastornos del comportamiento, reciben puntuaciones más elevadas en el factor de Hiperactividad de las escalas de Connors que los sujetos de los grupos de control no clínicos (Stein y O'Donnell, 1985). Brown (1985) encontró que las valoraciones de los maestros permitían discriminar entre sujetos diagnosticados de trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, según los criterios del DSM-III. Halperin et al. (1988) encontraron que puntuaciones altas en las subescalas de Problemas de conducta e Hiperactividad, del CTRS-28, estaban relacionadas con conductas hiperactivas-impulsivas, mientras que puntuaciones altas en la escala de Desatención/pasividad estaban relacionadas con conductas de desatención. Newcorn et al. (1989) encontraron que los sujetos con trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, recibían puntuaciones más altas que los sujetos del grupo de control en la escala de padres (CPRS-48). Satin, Winsberg, Monetti, Sverd y Foss (1985) comprobaron que el Índice de hiperactividad permitía clasificar correctamente un 91% de sujetos hiperactivos y un 73% de sujetos no hiperactivos. Sandberg, Wieselberg y Shaffer (1980) comprobaron que la escala para padres es más útil que la escala de profesores para discriminar entre niños con TDAH y niños con trastornos del comportamiento.

Amador, Forns y Martorell (2001b), Power, Andrews, Eiraldi et al. (1998) y Power, Doherty, Panichelli-Mindel et al. (1998) han analizado la utilidad de las valoraciones de padres y profesores para diferenciar entre niños diagnosticados de TDAH y niños pertenecientes a grupos de control, utilizando análisis ROC (*Receiver Operating Characteristic*). Amador et al. (2001b) han encontrado que la información suministrada por ambos informantes permite clasificar, con una precisión elevada, a los dos grupos de sujetos y que el patrón de resultados difiere escasamente entre informantes. Power, Andrews, Eiraldi et al. (1998) y Power, Doherty, Panichelli-Mindel et al. (1998) encontraron que las valoraciones de los profesores eran más útiles que las de los padres para predecir la pertenencia de los sujetos al grupo clínico o al grupo de control.

En este trabajo se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas de las escalas abreviadas de Connors para padres y profesores, para un grupo de sujetos diagnosticados de TDAH, según criterios DSM-IV, y para un grupo de control. También se ofrecen las correlaciones entre las valoraciones de padres y profesores y se analiza la utilidad de estas escalas para clasificar a los sujetos del grupo clínico y del grupo de control.

## Método

### Sujetos

La muestra está compuesta por 153 sujetos (115 varones y 38 mujeres), con edades comprendidas entre 7 años y 3 meses y 10 años y 2 meses (media= 8 años y 3 meses, desviación típica= 0,84 años), escolarizados en los cursos 2º, 3º y 4º de Enseñanza Prima-

ria, en 60 escuelas públicas de la ciudad de Barcelona. El nivel socioeconómico de la muestra, según el índice de Hollingshead (1975), es medio.

El grupo clínico está compuesto por 113 sujetos (90 varones y 23 mujeres), diagnosticados de TDAH en sus diferentes subtipos (28 sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención: DA; 8 sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo: HI, y 77 sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado: TC). El grupo de control lo integran 40 sujetos (25 varones y 15 mujeres). No hay diferencias significativas entre las edades de los grupos de control y clínico ( $t = 1,21$ ;  $p = 0,23$ ).

Todos los sujetos del grupo clínico tienen un Cociente de inteligencia total (CIT) en el WISC-R (Wechsler, 1993) mayor de 85, cumplen los criterios del DSM-IV para el TDAH en sus diferentes subtipos, y no presentan ninguna alteración de tipo neurológico o sensorial (epilepsia, problemas auditivos o visuales no corregidos). A trece sujetos (11,50%) se les diagnosticó un TDAH, sin ningún trastorno asociado. El resto presenta los siguientes trastornos comórbidos: 36 sujetos (31,85%) un trastorno del aprendizaje, 32 (28,31%) un trastorno negativista desafiante, 16 (14,15%) un trastorno de tics, 9 (7,96%) trastornos de ansiedad, 4 (3,53%) trastornos afectivos y 3 (2,65%) enuresis.

Los sujetos del grupo de control tienen un CIT en el WISC-R mayor de 85, no cumplen los criterios del DSM-IV para el TDAH en sus diferentes subtipos, ni para ningún otro trastorno de inicio en la infancia o la adolescencia, y no presentan ninguna alteración de tipo neurológico o sensorial (epilepsia, problemas auditivos o visuales no corregidos). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de control y el grupo clínico en el CIT (grupo clínico: CIT= 108; grupo control, CIT= 109;  $t = -0,24$ ;  $p = 0,81$ ).

### Instrumentos

#### 1. Entrevista clínica estructurada

La entrevista estructurada que se utiliza en este trabajo es la que se emplea en el servicio de Psiquiatría del hospital en el que se desarrolló la investigación. En esta entrevista se recoge información sobre el desarrollo, historial médico, historial escolar, relaciones sociales, preocupaciones actuales sobre el comportamiento del sujeto, los criterios diagnósticos para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, tal como se recogen en el DSM-IV y antecedentes familiares (presencia de psicopatología en familiares cercanos, de enfermedades neurológicas, alcoholismo, etc).

#### 2. Escalas abreviadas de Connors para padres (CPRS-48) y profesores (CTRS-28)

La escala de padres (CPRS-48) consta de 48 ítems que se valoran en una escala Likert de cuatro grados: nada (0), poco (1), bastante (2) y mucho (3). La versión para profesores (CTRS-28) consta de 28 ítems y tiene el mismo formato de valoración que la escala de padres.

### Procedimiento

La investigación se ha realizado en los servicios de Psiquiatría y Neurología de un hospital de la ciudad de Barcelona. Desde es-

tos servicios se enviaron cartas a 60 escuelas de la ciudad de Barcelona, solicitando su colaboración en una investigación sobre el TDAH en los cursos de 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> de Enseñanza Primaria. A los profesores/tutores de estos cursos se les solicitó que rellenaran la escala abreviada de Conners para profesores (CTRS-28). Se recogieron 980 cuestionarios, de los cuales 414 presentaban una puntuación T mayor de 65 en el Índice de hiperactividad de Conners.

Se solicitó, mediante entrevista telefónica, la colaboración de los padres de estos 414 sujetos en la investigación. Doscientas cuarenta y cinco familias estuvieron de acuerdo en participar. Para cada familia se realizó una entrevista clínica estructurada con ambos padres. Una vez finalizada la entrevista se les suministró a los padres la escala abreviada de Conners para padres (CPRS-48), con la indicación de que la rellenaran conjuntamente y la devolvieran al hospital. La presencia o ausencia del TDAH se estableció, a partir de la entrevista estructurada, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995).

Los sujetos del grupo de control fueron seleccionados entre los que presentaban una puntuación T menor de 65 en la CTRS-28. Se solicitó la colaboración de 100 familias. Setenta y cinco estuvieron de acuerdo en participar en esta investigación. Con estas familias se siguió el mismo procedimiento de evaluación que con las de los sujetos del grupo clínico.

Cada uno de los sujetos del grupo clínico y de control fue evaluado en dos sesiones. En una de ellas se administraba el WISC-R y en la otra una batería de pruebas neuropsicológicas.

### Resultados

Las tablas 1 y 2 recogen las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de cada una de las subescalas y de la puntuación total de las escalas para profesores y padres, respectivamente, para los grupos de control y clínico, en sus diferentes subtipos.

Se ha realizado un análisis multivariable de la varianza (MANOVA) tomando como factores fijos el curso escolar (3), el sexo (2) y el diagnóstico (4). La puntuación total y las puntuaciones de cada una de las subescalas de las escalas de profesores y padres se han tomado como variables dependientes. Para realizar este análisis se fijó el nivel de significación en 0,05. Se han obtenido efectos estadísticamente significativos para el diagnóstico [Profesores:  $\lambda$  de Wilks= 0,636;  $F(15, 348,232)= 4,14$ ;  $p<0,001$ . Padres:  $\lambda$  de Wilks= 0,343;  $F(21, 356,611)= 7,67$ ;  $p<0,001$ ]. No se han obtenido efectos significativos para el curso [Profesores:  $\lambda$  de Wilks= 0,941;  $F(10, 252)= 0,77$ ;  $p<0,5$ . Padres:  $\lambda$  de Wilks= 0,940;  $F(14, 248)= 0,56$ ;  $p= 0,90$ ] ni para el sexo [Profesores:  $\lambda$  de Wilks= 0,923;  $F(5, 126)= 2,11$ ;  $p= 0,07$ . Padres:  $\lambda$  de Wilks= 0,939;  $F(7,124)= 1,16$ ;  $p= 0,33$ ].

Un análisis de la varianza (ANOVA) para las puntuaciones de cada una de las subescalas y para la puntuación total de la escala de profesores (CTRS-28), fijando el nivel de significación en el 0,05, ha puesto de manifiesto efectos significativos según el grupo de pertenencia (control o clínico) y el diagnóstico (DA, HI, TC) en las puntuaciones de las subescalas de Problemas de conducta [ $F(3, 152)= 16,35$ ;  $p<0,001$ ], Hiperactividad [ $F(3, 152)= 17,95$ ;  $p<0,001$ ], Desatención-pasividad [ $F(3, 152)= 16,66$ ;  $p<0,001$ ], Índice de hiperactividad [ $F(3, 152)= 33,64$ ;  $p<0,001$ ] y puntuación total [ $F(3, 152)= 29,48$ ;  $p<0,001$ ]. Cuando los padres son la fuente de información (CPRS-48) se obtienen diferencias significativas entre las puntuaciones de las subescalas de Problemas de conducta [ $F(3, 152)= 19,06$ ;  $p<0,001$ ], Problemas de aprendizaje [ $F(3, 152)= 80,04$ ;  $p<0,001$ ], Ansiedad [ $F(3, 152)= 3,59$ ;  $p=$

0,01], Impulsividad-hiperactividad [ $F(3, 152)= 53,25$ ;  $p<0,001$ ], Índice de hiperactividad [ $F(3, 152)= 82,78$ ;  $p<0,001$ ] y puntuación total [ $F(3, 152)= 56,37$ ;  $p<0,001$ ]. Las diferencias entre los diferentes grupos, y el sentido de estas diferencias, a partir de los contrastes *post hoc*, utilizando la prueba de diferencia honestamente significativa de Tukey (DHS), se recogen en la tabla 3.

*Tabla 1*  
Puntuaciones medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las subescalas y de la puntuación total de las escalas de Conners para profesores (CTRS-28). Grupos de control y clínico

Subescalas	Grupo control	Grupo clínico		
		DA	HI	TC
Problemas de conducta	5,03 (2,97)	7,36 (4,64)	9,00 (5,48)	11,19 (5,28)
Hiperactividad	6,38 (4,72)	8,86 (5,51)	11,88 (6,10)	13,70 (5,54)
Desatención-pasividad	7,93 (4,88)	13,54 (4,59)	9,25 (4,30)	14,27 (4,99)
Índice hiperactividad	7,58 (4,62)	13,75 (6,78)	13,82 (5,35)	18,57 (6,24)
Puntuación total	24,00 (10,10)	35,07 (10,69)	34,63 (12,07)	45,04 (12,53)

DA= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención; HI= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo; TC= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado

*Tabla 2*  
Puntuaciones medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las subescalas y de la puntuación total de las escalas de Conners para padres (CPRS-48). Grupos de control y clínico

Subescalas	Grupo control	Grupo clínico		
		DA	HI	TC
Problemas de conducta	1,78 (2,35)	3,50 (3,00)	5,88 (4,04)	7,35 (4,86)
Problemas de aprendizaje	1,88 (1,54)	6,61 (1,97)	3,13 (1,25)	8,35 (2,63)
Problemas psicósomáticos	0,73 (1,20)	0,64 (1,28)	1,00 (1,20)	1,40 (1,93)
Impulsividad-hiperactividad	2,30 (2,02)	4,46 (2,71)	6,88 (2,17)	8,14 (2,60)
Ansiedad	1,88 (1,44)	2,64 (1,85)	1,50 (0,93)	3,08 (2,54)
Índice de hiperactividad	4,63 (3,22)	11,32 (4,58)	12,75 (3,65)	18,34 (5,11)
Puntuación total	16,52 (9,14)	34,07 (12,51)	35,13 (14,13)	53,52 (17,75)

DA= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención; HI= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo; TC= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado

*Tabla 3*

Diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los grupos de control y clínico, y sentido de las diferencias, en las escalas de Connors para profesores (izquierda de la tabla) y padres (derecha de la tabla)

Escala de profesores (CTRS-28)	Diferencias entre grupos y sentido de las diferencias	Escala de padres (CPRS-48)	Diferencias entre grupos y sentido de las diferencias
Problemas de conducta	C < TC DA < TC	Problemas de conducta	C < HI C < TC DA < TC
		Problemas de aprendizaje	C < DA C < TC DA > HI DA < TC HI < TC
		Quejas psicósomáticas	
Desatención-pasividad	C < DA HI < TC C < TC		
Hiperactividad	C < HI C < TC DA < TC	Impulsividad-hiperactividad	C < DA C < HI C < TC DA < TC
		Ansiedad	C < TC
Índice de hiperactividad	C < DA C < HI C < TC DA < TC	Índice de hiperactividad	C < DA C < HI C < TC DA < TC HI < TC
Puntuación total	C < DA C < TC DA < TC	Puntuación total	C < DA C < HI C < TC DA < TC HI < TC

C= Grupo de control; DA= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención; HI= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo; TC= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado

Los sujetos con diagnóstico TC son los que presentan las puntuaciones medias más elevadas en las diferentes subescalas y en la puntuación total, tanto si la información proviene de los padres como si los profesores son la fuente de información. Los sujetos del grupo de control son los que obtienen las puntuaciones más bajas.

El grupo de sujetos con DA presenta puntuaciones más elevadas que el grupo HI en la subescala de problemas de aprendizaje de la escala de padres.

Las correlaciones entre las valoraciones de padres y profesores para las subescalas que evalúan conductas características de la hiperactividad e impulsividad (Problemas de conducta, Hiperactividad-impulsividad, Hiperactividad e Índice de hiperactividad) son medias, oscilan entre 0,25 y 0,43, y son estadísticamente significativas, para el grupo clínico. En el grupo de control, las correlaciones entre las puntuaciones de las mismas subescalas son bajas o muy bajas y no significativas.

La subescala de Problemas de aprendizaje de la CPRS-48 presenta correlaciones medias y estadísticamente significativas con las subescalas de Desatención-pasividad e Índice de hiperactividad de la CTRS-28, tanto para el grupo clínico como para el de control. Las subescalas de Quejas psicósomáticas y Ansiedad de la CPRS-48 muestran correlaciones bajas, o muy bajas, y no significativas con todas las subescalas de la CTRS-28, en el grupo clínico. En el grupo de control se obtiene el mismo patrón de correlaciones, excepto en la correlación entre las subescalas de Quejas psicósomáticas y Desatención-pasividad, que es media, significativa y de signo negativo (véase tabla 4).

Las tablas 5, 6 y 7 recogen los resultados del análisis discriminante mediante el método de inclusión por pasos. Se han realizado tres análisis discriminantes tomando como variables dependientes el grupo diagnóstico: control, DA, HI o TC, y como variables independientes las puntuaciones totales y las puntuaciones de cada una de las subescalas de las escalas de profesores (tabla 5), de padres (tabla 6) y de profesores y padres conjuntamente (tabla 7).

Como puede apreciarse, el porcentaje de sujetos correctamente clasificados es más elevado cuando se emplea la información que proviene de los padres (79,1%) que cuando se utiliza la proporcionada por los profesores (64,7%). Cuando se parte de la información suministrada por padres y profesores conjuntamente, aumenta el porcentaje de casos clasificados correctamente (80,4%). De todas formas, la información que proviene de padres y profesores, ya se tome de forma separada o conjunta, no permite descri-

*Tabla 4*

Correlaciones entre las puntuaciones de las escalas de Connors para padres y profesores para el grupo clínico (N= 113), en **negrita**, y control (N= 40), en *cursiva*

	Escala de Connors para padres (CPRS-48)						PT
	PC	PA	Q Ps	I-H	An	Ih	
<b>Escala de Connors para profesores (CTRS-28)</b>							
PC	<b>.38**</b> <i>.02</i>	<b>.13</b> <i>.10</i>	<b>.09</b> <i>-.17</i>	<b>.30**</b> <i>.25</i>	<b>.01</b> <i>-.02</i>	<b>.35**</b> <i>.15</i>	<b>.38**</b> <i>.07</i>
Ds-Pa	<b>.09</b> <i>-.36*</i>	<b>.43**</b> <i>.46**</i>	<b>.08</b> <i>-.40**</i>	<b>-.17</b> <i>.24</i>	<b>.10</b> <i>.19</i>	<b>.04</b> <i>-.07</i>	<b>.14</b> <i>-.27</i>
H	<b>.28**</b> <i>.02</i>	<b>.24*</b> <i>.10</i>	<b>.02</b> <i>-.13</i>	<b>.42**</b> <i>.29</i>	<b>.08</b> <i>.09</i>	<b>.43**</b> <i>.18</i>	<b>.38**</b> <i>.19</i>
Ih	<b>.37**</b> <i>-.09</i>	<b>.31**</b> <i>.37*</i>	<b>.05</b> <i>-.28</i>	<b>.29**</b> <i>.24</i>	<b>.03</b> <i>.09</i>	<b>.39**</b> <i>.22</i>	<b>.39**</b> <i>.09</i>
PT	<b>.36**</b> <i>-.25</i>	<b>.36**</b> <i>.37*</i>	<b>.07</b> <i>-.41**</i>	<b>.25**</b> <i>.01</i>	<b>.06</b> <i>.17</i>	<b>.38**</b> <i>.02</i>	<b>.42**</b> <i>-.10</i>

\* p= 0.05  
\*\* p= 0.01

CPRS-48: PC= problemas de conducta; PA= problemas de aprendizaje; QPs= Quejas psicósomáticas; I-H= Impulsividad-hiperactividad; An= ansiedad; Ih= Índice de hiperactividad; PT= Puntuación total

CTRS-28: PC= problemas de conducta; Ds-Pa= Desatención-pasividad; H= hiperactividad; Ih= Índice de hiperactividad; PT= puntuación total

Tabla 5

Resultados del análisis discriminante, mediante el método de etapas, para los grupos de control y clínico, a partir de la puntuación total y de las puntuaciones de las subescalas de la escala de Conners para profesores (CTRS-28)

Paso	Variable	Lambda de Wilks			
1	Índice de hiperactividad	0,603*			
2	Desatención-pasividad	0,549*			
Exactitud de la clasificación (64,7%)					
		Grupo pronosticado			
Grupo actual		C	DA	HI	TC
C	40	30 (75%)	2	0	8
DA	28	7	2 (7,1%)	0	19
HI	8	5	0	0 (0%)	3
TC	77	9	1	0	67 (87%)
* < 0,0001. C= Grupo de control; DA= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención; HI= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo; TC= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado					

Tabla 6

Resultados del análisis discriminante, mediante el método de etapas, para los grupos de control y clínico, a partir de la puntuación total y de las puntuaciones de las subescalas de la escala de Conners para padres (CPRS-48)

Paso	Variable	Lambda de Wilks			
1	Índice de hiperactividad	0,375*			
2	Problemas de aprendizaje	0,272*			
Exactitud de la clasificación (79,1%)					
		Grupo pronosticado			
Grupo actual		C	DA	HI	TC
C	40	39 (97,5%)	1	0	0
DA	28	4	13 (46,4%)	0	11
HI	8	4	0	3 (37,5%)	1
TC	77	3	5	3	66 (85,7%)
* < 0,0001 C= Grupo de control; DA= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención; HI= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo; TC= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado					

Tabla 7

Resultados del análisis discriminante, mediante el método de etapas, para los grupos de control y clínico, a partir de la puntuación total y de las puntuaciones de las subescalas de la escala de Conners para padres (CPRS-48) y profesores (CTRS-28)

Paso	Variable	Lambda de Wilks			
1	Índice de hiperactividad padres	0,375*			
2	Problemas de aprendizaje padres	0,272*			
3	Índice de hiperactividad profesores	0,252#			
Exactitud de la clasificación (80,4%)					
		Grupo pronosticado			
Grupo actual		C	DA	HI	TC
C	40	40 (100%)	0	0	0
DA	28	4	14 (50%)	0	10
HI	8	4	0	3 (37,5%)	1
TC	77	3	5	3	66 (85,7%)
* < 0,0001 # < 0,001 C= Grupo de control; DA= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención; HI= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo; TC= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado					

minar entre los diferentes subtipos del TDAH; la discriminación más exacta se establece entre el grupo de control y el grupo de sujetos que presentan un TDAH de tipo combinado (TC). El Índice de hiperactividad de las escalas de padres y profesores es la variable que mejor permite discriminar entre los sujetos que pertenecen al grupo de control o a cualesquiera de los grupos clínicos.

### Conclusiones

En el DSM-IV se recoge que para que se establezca el diagnóstico de TDAH, algunas de las alteraciones provocadas por los síntomas deben presentarse en dos o más contextos (por ejemplo, en la casa y en la escuela). Por esto, el recurso a diferentes fuentes de información es útil, e imprescindible, dentro del proceso diagnóstico. Padres y profesores son las fuentes de información más habituales en la valoración de los trastornos de comportamiento en los niños. Las escalas de valoración y las entrevistas clínicas son instrumentos complementarios en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Su utilización conjunta permite valorar la frecuencia e intensidad de los síntomas evaluados. Además, las escalas de valoración proporcionan valores de referencia normativos, que facilitan el diagnóstico y el seguimiento de una forma objetiva.

La mayoría de trabajos que han analizado la concordancia entre las valoraciones que padres y profesores hacen de las conductas y síntomas asociados al TDAH ponen de manifiesto que el grado de acuerdo, entre ambos informantes, es de magnitud media.

Este trabajo se sitúa en la misma línea, ya que hemos encontrado que la concordancia entre las valoraciones de padres y profesores es moderada. El acuerdo es algo más elevado cuando padres y profesores informan sobre sujetos que presentan un TDAH, que cuando valoran a sujetos que no presentan el trastorno.

Dentro del grupo clínico, los distintos subtipos de TDAH, evaluados según criterios del DSM-IV, presentan diferentes perfiles de problemas en las escalas de Conners. Los sujetos diagnosticados de TDAH tipo combinado son los que obtienen las puntuaciones más elevadas, tanto en la escala de profesores como en la de padres. Los sujetos con TDAH de tipo combinado (TC) tienen más problemas de conducta, de aprendizaje y de hiperactividad que los niños diagnosticados de TDAH con predominio del déficit de atención (DA); estos últimos, a su vez, presentan más problemas de aprendizaje que el grupo de sujetos con TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (HI). Estos datos concuerdan con los resultados de otros trabajos, en los que se pone de manifiesto que los niños en los que predomina el déficit de atención son más desatentos y tienen más problemas de aprendizaje escolar y de ansiedad (aunque para esta última subescala no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subtipos del TDAH), mientras que los hiperactivos-impulsivos, y los que presentan un trastorno de tipo combinado, muestran más problemas de hiperactividad y de conducta (Carlson, 1986).

La información que proviene de padres y profesores es imprescindible para establecer el diagnóstico de TDAH. Por esto, la utilidad de la información suministrada por ambos informantes, para discriminar entre sujetos con TDAH y sin el trastorno, ha sido objeto de varios estudios. Los datos no son concluyentes. Algunos trabajos han encontrado que la información que proviene de los profesores permite discriminar mejor entre los sujetos con TDAH y los del grupo de control (Brown, 1995; Power, Andrews, Eiraldi et al., 1998; y Power, Doherty, Panichelli-Mindel et al., 1998). También se ha encontrado que la información que proviene de am-

bos informantes predice, con una exactitud equivalente, la pertenencia de los sujetos al grupo con TDAH o de control (Amador et al., 2001b). Finalmente, en algún trabajo se ha encontrado que la información de los padres permite discriminar mejor entre sujetos con TDAH y sin este trastorno (Sandberg et al., 1980). En este trabajo se ha encontrado que la información que proviene de los padres proporciona una exactitud mayor en la clasificación de los sujetos, como pertenecientes al grupo clínico o de control, que la información suministrada por los profesores. Puede que la mayor precisión de la información que proviene de los padres, para predecir la pertenencia de los sujetos al grupo clínico o de control, sea debida, en parte, a que la presencia o ausencia del TDAH se realizó a partir de la entrevista estructurada con los padres. Es posible que esto haya hecho aumentar la concordancia entre la información proporcionada por el mismo informante, a través de distintos instrumentos.

La utilización conjunta de ambas fuentes de información aumenta la exactitud de la clasificación. El Índice de hiperactividad de las escalas para padres y profesores, y la subescala de Problemas de aprendizaje de la escala de padres, son las variables que mejor permiten clasificar a los sujetos del grupo de control y del grupo clínico. Recuérdese que el Índice de hiperactividad agrupa las conductas y síntomas prototípicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por lo que la puntuación de este Índice se podría utilizar como un indicador fiable de la presencia del trastorno. Dentro del grupo clínico, la exactitud de la clasificación es mayor para el grupo que presenta un trastorno de tipo combinado que para los sujetos que presentan un trastorno con predominio del déficit de atención o hiperactivo-impulsivo. En este sentido, la utilización conjunta de la información de padres y profesores permite discriminar, con un elevado grado de precisión, entre los sujetos que presentan TDAH tipo combinado y los que pertenecen al grupo de control, pero no permite discriminar, con precisión, entre los diferentes subtipos de TDAH.

## Referencias

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. y Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Amador, J.A., Forns, M. y Martorell, B. (2001a). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*, 32, 51-66.
- Amador, J.A., Forns, M. y Martorell, B. (2001b). Sensibilidad y especificidad de las valoraciones de padres y profesores de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 65-78.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (edición original, 1994).
- Balluerka, N. y Gómez, J. (2000). Comparación entre los resultados obtenidos en la escala TDA-H (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en una muestra americana y en una muestra española de adultos. *Psicothema*, 12 (Supl nº 2), 64-68.
- Balluerka, N., Gómez, J., Stock, W. y Caterino, L. (2000). Características psicométricas de las versiones americana y española de la escala TDA-H (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad): un estudio comparativo. *Psicothema*, 12, 629-634.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2ª edición). Nueva York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1995). A closer look at the DSM-IV criteria for ADHD. *The ADHD Report*, 3 (3), 1-5.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Doyle, A., Lehman, B.K., Kraus, I., Perrin, J. y Tsuang, M.T. (1993). Convergence of the Child Behavior Checklist with structured interview-based psychiatric diagnosis of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1.241-1.251.
- Brown, R.T. (1985). The validity of teacher ratings in differentiating between two subgroups of attention deficit disorder children with or without hyperactivity. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 661-669.
- Carlson, C. (1986). Attention deficit disorder without hyperactivity: A review of preliminary experimental evidence. En B. Lahey y A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 9, pp. 153-176). Nueva York: Plenum Press.
- Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four-factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Conners, C.K. (1994). Conners Rating Scales. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 550-578). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Farré, A. y Narbona, J. (1989). Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediátrica Española*, 47, 103-109.

- Farré-Riba, A. y Narbona, J. (1997). Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Revista de Neurología*, 25 (138), 200-204.
- Goyette, C.H., Conners, C.K. y Ulrich, R.F. (1978). Normal data on revised Conners Parent and Teachers Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Halperin, J.M., Wolf, L.E., Pascualvaca, D.M., Newcorn, J.H., Healey, J.M., O'Brien, J.D., Morganstein, A. y Young, J.G. (1988). Differential assessment of attention and impulsivity in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 326-329.
- Hinshaw, S.P., Han, S.S., Erhardt, D. y Huber, A. (1992). Internalizing and Externalizing behavior problems in preschool children: correspondence among parent and teachers rating and behavior observation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 143-150.
- Newcorn, J.H., Halperin, J.M., Healey, J.M., O'Brien, J.D., Pascualvaca, D.M., Wolf, L.E., Morganstein, A., Sharma, V. y Young, J.G. (1989). Are ADDH and ADHD the same or different? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 734-738.
- Pineda, D.A., Roselli, M., Henao, G.C. y Mejía, S.E. (2000). Neurobehavioral assessment of attention deficit hyperactivity disorder in a Colombian sample. *Applied Neuropsychology*, 7 (1), 40-46.
- Power, T.J., Andrews, T.J., Eiraldi, R.B., Doherty, B.J., Ikeda, M.J., DuPaul, G.J. y Landau, S. (1998). Evaluating attention deficit hyperactivity disorder using multiple informants: The incremental utility of combining teacher with parent reports. *Psychological Assessment*, 10, 250-260.
- Power, T.J., Doherty, B.J., Panichelli-Mindel, S.M., Karustis, J.L., Eiraldi, R.B., Anastopoulos, A.D. y DuPaul, G.J. (1998). The predictive validity of parent and teacher report of ADHD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 57-81.
- Resnick, R.J. y McEvoy, K. (1994). *Attention-deficit/hyperactivity disorder. Abstract of the psychological and behavioral literature, 1971-1994*. Washington: American Psychological Corporation.
- Sandberg, S.T., Rutter, M. y Taylor, E. (1978). Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 20, 279-299.
- Sandberg, S.T., Wieselberg, M. y Shaffer, D. (1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: Some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 21, 293-311.
- Satin, M.S., Winsberg, B.G., Monetti, C.H., Sverd, J. y Foss, D.A. (1985). A general population screen for attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 756-764.
- Stein, M.A. y O'Donnell, J.P. (1985). Classification of children's behavior problems: Clinical and quantitative approaches. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 209-214.
- Wechsler, D. (1993). *WISC-R. Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada*. Madrid: TEA.