

# MANUAL

---

George J. DuPaul

Thomas J. Power

Arthur D. Anastopoulos

Robert Reid

Escala de Valoración del TDAH-IV

*ADHD Rating Scale- IV*

Título original:

*ADHD Rating Scale-IV*. The Guilford Press, New York, NY, EE. UU.

Adaptación catalana:

Juan Jairo Ortiz Guerra, Jaume Carbonés López, Ramón Riera Eures y Lourdes Ezpeleta Ascaso.

Copyright © 1998 George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos and Robert Reid.

Copyright © 2008 de la adaptación catalana By Juan Jairo Ortiz Guerra.

Edita: Ediciones Dédalos, S. L. (Barcelona)

Impreso en España

Excepto cuando se anote, ninguna parte de este libro puede ser reproducida, fotocopiada, traducida, almacenada o transmitida por medios electrónicos, microfilmicos, mecánicos o por cualquier otro medio sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright".

#### LICENCIA LIMITADA DE FOTOCOPIA

Este material debe ser usado únicamente por profesionales cualificados.

Quien publica este libro garantiza a cada comprador el permiso no transferible para fotocopiar las escalas y los perfiles de puntuación de las páginas 21-27 de este libro. Esta licencia es limitada a usted el comprador individual para su uso con sus propios pacientes o estudiantes. Esta licencia no da derecho a reproducir estos materiales para reventa, redistribución o cualquier otro propósito (incluyendo pero no limitándose a libros, panfletos, artículos, video, y resúmenes o diapositivas para presentaciones). El permiso para reproducir estos materiales para estos y cualquier otro propósito debe ser obtenido escribiendo a quien publica.

# Índice

Prólogo a la adaptación catalana  
Ficha técnica

## CAPÍTULO 1

Introducción 1

## CAPÍTULO 2

ADHD Rating Scale – IV adaptada al catalán 5

Análisis factorial, consistencia interna y baremos 6

Participantes 6

Procedimiento y análisis estadístico 7

Análisis factorial exploratorio 8

Consistencia interna 11

Diferencias por sexo y edad 11

## CAPÍTULO 3

Fiabilidad test-retest, acuerdo entre observadores y validez concurrente 13

Participantes 13

Instrumentos 13

Fiabilidad test-retest y acuerdo entre observadores 14

Validez concurrente 15

## CAPÍTULO 4

Normas para la aplicación, la corrección y la interpretación de los resultados 17

Normas para la aplicación 17

Como se corrige la escala? 18

Como se interpretan los resultados? 19

## ANEXOS

ADHD Rating Scales: versió pares 22

ADHD Rating Scales: versió padres (castellano) 23

Baremos versió pares 24

ADHD Rating Scales: versió professors 26

Baremos versió professors 27

Referencias 29

Acerca de los autores 31

# Prólogo a la adaptación catalana

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del comportamiento más comunes en los niños. Los psicopedagogos, pediatras, psicólogos y psiquiatras se enfrentan frecuentemente con el reto de evaluar niños y adolescentes quienes podrían tener TDAH.

Después de la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) DuPaul, Power, Anastopoulos, Reid, Ikeda y Mc Goe y (1997, 1998) diseñaron un cuestionario breve que permitiera a los clínicos determinar rápidamente la frecuencia de los síntomas de TDAH, además investigaron las propiedades psicométricas obteniendo datos sobre fiabilidad, validez, datos normativos y sobre la utilidad clínica de la escala ADHD Rating Scale-IV en el cribado, diagnóstico y evaluación de la respuesta al tratamiento, este esfuerzo fue recogido en el manual *ADHD Rating Scale-IV, Checklists, Norms, and Clinical Interpretation* (DuPaul, Power, Anastopoulos, Reid, 1998).

Nosotros presentamos en este manual la adaptación catalana de la *ADHD Rating Scale-IV* con datos de fiabilidad, validez y baremos obtenidos en una muestra representativa de la población de Cataluña, además hacemos recomendaciones sobre el uso clínico de la escala en el cribado, diagnóstico y evaluación de resultados del tratamiento.

Apreciamos la ayuda del Doctor Pere Roura Poch, jefe del Servicio de Epidemiología Clínica del Hospital General de Vic, por su asesoría en la organización del proceso de investigación, en la estadística y por la elaboración y procesamiento de las escalas con Teleform©. La colaboración de los profesionales de los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico EAP de la Comarca de Osona hizo posible la obtención de los datos de fiabilidad y los baremos.

Especial agradecimiento a los padres de familia y a los profesores quienes completaron la *ADHD Rating Scale-IV* como parte de nuestro proceso de adaptación de la escala al catalán.

# Ficha técnica

**Nombre:** Escala de Valoración del TDAH-IV.

**Nombre original:** ADHD Rating Scale-IV.

**Autores:** George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos and Robert Reid.

**Procedencia:** The Guilford Press, New York, NY, EE. UU, 1998.

**Adaptación catalana:** Juan Jairo Ortiz Guerra, Jaume Carbonés López, Ramón Riera Eures y Lourdes Ezpeleta Ascaso, 2008.

**Aplicación:** Colectiva e individual.

**Ámbito de aplicación:** Cualquiera, sujeto evaluado de 6 a 16 años.

**Duración:** Entre 8 y 10 minutos (incluyendo aplicación y corrección).

**Finalidad:** Evaluación de sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad.

**Baremación:** Baremos en puntuaciones percentilares por grupos de sexo y cuatro rangos de edad (6-7 años, 8-10 años, 11-13 años y 14-16 años).

**Material:** Manual, ejemplares en catalán y castellano para padres y ejemplar en catalán para profesores.

## Introducción

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se caracteriza por la presencia de niveles de inatención, hiperactividad e impulsividad, que son inapropiados evolutivamente y producen un deterioro funcional en dos o más situaciones [1]. En población española, muestra mallorquina, se ha informado una prevalencia de TDAH del 4,6% [2]. Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones sociales como consecuencia de los síntomas del TDAH. Este trastorno es crónico para la mayoría de individuos con TDAH y requiere tratamiento a largo plazo [3].

Debido a la naturaleza crónica del trastorno y a la evolución problemática asociada, se requieren instrumentos de evaluación para su cribado e identificación oportuna, con miras a iniciar un tratamiento multi-modal que ayude a estos niños.

En el proceso de evaluación diagnóstica de los niños en quienes se sospecha el TDAH se utiliza una estrategia multi-método, se recoge información de los padres y del niño con entrevistas clínicas, con escalas de valoración comportamental completadas por padres, profesores y en algunos casos los propios niños, se hacen pruebas psicológicas específicas a los niños y en algunas ocasiones observación directa en clase [4].

Las escalas de valoración comportamental de banda estrecha, llamadas así porque valoran síntomas de un trastorno específico, son un método fundamental en el cribado y la identificación de niños con sintomatología de TDAH porque se administran fácilmente a padres y profesores para valorar la frecuencia de los síntomas del TDAH.

Se han desarrollado diferentes escalas para la evaluación del TDAH incluyendo las *Escalas de Conners* [5] que han sido muy utilizadas, la *Attention Deficit Disorder with Hyperactivity Comprehensive Teacher Rating Scale* [6], la *Attention Deficit Disorders Evaluation Scale* [7], la *Child Attention Profile* [8] y en España las *Escalas Magallanes de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* [9] y la *Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* [10].

#### ORÍGENES DE LA PRESENTE EDICIÓN DE LA ESCALA DE VALORACION DEL TDAH – IV.

La *ADHD Rating Scale* [11] fue desarrollada por DuPaul para que padres y profesores valoraran la frecuencia de los 14 síntomas de TDAH definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) [12]. Análisis factoriales de las valoraciones de los síntomas de TDAH hechas por profesores de acuerdo a los criterios del DSM-III-R han revelado consistentemente dos factores separados: Inatención e Hiperactividad / Impulsividad [11, 17]. Basados en parte en estos hallazgos, el DSM-IV provee criterios diagnósticos organizados en dos dimensiones de Inatención e Hiperactividad / Impulsividad, cada una de las cuales consta de nueve síntomas. Debido al cambio de los criterios diagnósticos del TDAH con la publicación del DSM-IV [1], DuPaul y col. desarrollaron una escala que contuviera los 18 síntomas del DSM-IV

(*ADHD Rating Scale-IV*) para ser completadas por padres [14] y profesores [15].

## CONTENIDO, PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN

La presente edición de la Escala de Valoración del TDAH-IV contiene 18 ítems adaptados directamente de la lista de síntomas del TDAH de los criterios del DSM-IV, intentando reflejarlos lo más estrechamente posible mientras se mantiene la brevedad. El primer cambio hecho a cada síntoma fue omitir las palabras "a menudo" de la descripción sintomática ya que se le pide a quien responde que indique la frecuencia de cada síntoma en una escala tipo Likert de 4 puntos, nunca o rara vez (*mai/gairebé mai*)(0), algunas veces (*algunes vegades*)(1), a menudo (*sovint*)(2), o con mucha frecuencia (*molt sovint*)(3).

La Escala de Valoración del TDAH-IV está compuestas por dos sub-escalas: Inatención los ítems impares e Hiperactividad-Impulsividad los pares. Esta escala ha sido derivada empíricamente y conforma las dos dimensiones sintomáticas descritas en el DSM-IV. Para controlar posibles sesgos en las respuestas, los síntomas de inatención se han alternado con los de hiperactividad/impulsividad.

Las versiones de padres y profesores sólo se diferencian en las instrucciones y el encabezamiento de la escala, los ítems son idénticos.

A padres y profesores se les pide que seleccionen una sola respuesta para cada ítem, que debe ser la que mejor describe la frecuencia del comportamiento específico exhibido por el niño en el contexto que cada uno de ellos puede observar (en la casa para los padres y en la escuela para los profesores) durante los últimos 6 meses o desde el inicio del curso escolar si el profesor ha conocido al niño desde hace menos de 6 meses.



En el apéndice se presentan las versiones en catalán y castellano de la Escala de Valoración del TDAH-IV: versión padres (hemos incluido la versión en castellano para ser cumplimentada por padres que no dominen la lengua catalana), y la versión en catalán de la Escala de Valoración del TDAH-IV: versión profesores.

En muestras de población estadounidense estas escalas, que tienen una estructura bifactorial consistente con estudios previos (inatención e hiperactividad / impulsividad) [11,13-15,17-19] y con los puntos de vista teóricos actuales [20], han demostrado buena fiabilidad y validez [16]. También se han presentado datos normativos en dicha población [16].

Hasta ahora, no se disponía de escalas de valoración del TDAH en catalán para padres y profesores, de las que se hubiese informado evidencias relativas a la validez y fiabilidad, y que reflejaran los criterios diagnósticos actuales. El propósito de este manual es presentar el análisis factorial, la consistencia interna, la estabilidad temporal, el acuerdo entre observadores, la validez concurrente con un criterio externo y los baremos de la adaptación catalana de la *ADHD Rating Scale-IV* para padres y para profesores.

La disponibilidad de estas escalas, breves y basadas en criterios diagnósticos ampliamente utilizados, permitirá realizar cribados rápidos, eficaces y de bajo costo para detectar niños con sintomatología de TDAH que pueden requerir atención clínica y pedagógica especial; también podrán ser utilizadas como parte del proceso de evaluación diagnóstica y en la evaluación de la respuesta al tratamiento en estos niños .

## **ADHD Rating Scale–IV adaptada al catalán**

En el proceso de traducción/adaptación al catalán de la *ADHD Rating Scale–IV*, se han seguido las recomendaciones de la Comisión Internacional de Test [21]. Se obtuvo autorización para el uso en este estudio de las copias traducidas de la *ADHD Rating Scale–IV*. Partiendo de las versiones estadounidenses dos traductores independientes con conocimientos de los idiomas y culturas estadounidense y catalana y con experiencia clínica en la evaluación del TDAH realizaron la traducción.

La traducción inicial se sometió a análisis cualitativo por seis expertos en psicopatología infanto-juvenil: se consideró que el nivel de complejidad para la lectura de la escala correspondía a un nivel de 5º de primaria de modo que la mayoría de padres lo podrían comprender, las instrucciones se consideraron claras y concisas, y se sugirieron adaptaciones para hacer algunos ítems más precisos y coincidentes con los síntomas de TDAH especificados en el DSM-IV.

Incorporadas dichas modificaciones, se realizó una evaluación piloto con la escala adaptada para probar si padres y profesores comprendían las instrucciones y si había dificultad en el proceso de respuesta para valorar algún o algunos ítems. Participaron padres y profesores de 32 niños de una escuela de la Comarca, quienes no informaron ninguna dificultad para completar la escala; por lo cual se consideró como versión definitiva para administrar a los participantes.

# Análisis factorial, consistencia interna y baremos.

## ***Participantes***

La muestra se extrajo de la población de estudiantes del curso 2004-2005 de la Comarca de Osona, Cataluña (n=17724; primaria=69,3%; secundaria=30,7%). Se utilizó un muestreo multi-estratificado aleatorizado. Se estratificaron los centros escolares de la comarca (81 centros públicos y concertados) de acuerdo al tamaño de la población general del sitio donde estaban (menos de 1000 habitantes, de 1000 a 2999, de 3000 a 4999, de 5000 a 9999 y de más de 10000 habitantes). Luego se hicieron dos grupos en cada estrato: centros de primaria y centros de secundaria.

El tamaño de la muestra se calculó para una prevalencia estimada de TDAH del 4%, con una confianza del 95%, un error absoluto de  $\pm 2\%$  y pérdidas estimadas de 30%, resultando una muestra de 511 participantes. Se calcularon muestras proporcionales al estrato y grupo; si algún grupo resultaba con  $n < 30$  se aumentaba a  $n = 30$  para mejorar su representatividad. El tamaño de la muestra final así calculada fue de 563 niños y adolescentes (primaria=68,7%; secundaria=31,3%), con rango de edad entre 6 y 16 años (de 1º de primaria a 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, ESO).

En los grupos de cada estrato se escogieron aleatoriamente los centros de donde se extraería la muestra y se les invitó a participar en el estudio (23 centros: 11 de primaria públicos, 7 de primaria concertados, 1 de secundaria público, 4 de secundaria concertados). En los 22 centros que participaron (1 centro público de primaria no participó) los psicopedagogos de los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP)

determinaron el número proporcional de clases por nivel que participaron para completar la muestra del centro y seleccionaron al azar en cada clase un niño y una niña, por medio de una lista de números aleatorios; se excluyeron del proceso los niños cuyos padres no pudieran leer catalán.

La muestra total estuvo formada por 563 participantes; (niños=282; niñas=281) de los que el 68,7% cursaban primaria y el 31,3% secundaria.

Los padres contestaron la escala para 390 niños y adolescentes (primaria=274; 70% y secundaria =116; 30%). No participaron 173 niños (primaria=65,3%; secundaria=34,7%), el 30,7% de la muestra calculada. No hubo diferencias por sexo entre los que participaron y no participaron ( $p=1,0$ ), pero si hubo mayor proporción de niños de secundaria que rechazaron participar, aunque la diferencia no alcanzó significación estadística (34,7% vs. 30%;  $p=,158$ ).

La muestra final para realizar el análisis factorial, la consistencia interna y los datos normativos de la versión padres de la *ADHD Rating Scale-IV* en catalán incluyó 378 participantes (187 niños, 191 niñas) que tenían una media de edad de 10,87 años ( $DE=2,96$ ) y habían contestado todos los ítems de la escala.

La muestra para realizar el análisis factorial, la consistencia interna y los datos normativos de la versión profesores de la *ADHD Rating Scale-IV* en catalán incluyó 369 participantes (181 niños, 188 niñas) que tenían una media de edad de 10,79 años ( $DE=2,76$ ) y habían contestado todos los ítems de la escala.

### ***Procedimiento y Análisis Estadístico***

Los profesores distribuyeron a los padres, por mediación de los niños, las cartas y las *ADHD Rating Scale-IV* versión padres. En las cartas se describía el estudio, los riesgos potenciales, los beneficios asociados con

participar en el estudio y se les pedía retornar la escala contestada y el consentimiento firmado. Las valoraciones fueron completadas entre abril y junio de 2005.

Los datos se analizaron con el software SPSS versión 13.0. Se realizó un análisis factorial exploratorio para la *ADHD Rating Scale-IV* versión padres y para la versión profesores, mediante factorización de ejes principales y rotación oblicua Promax. Para determinar el número de factores a retener se uso el test de Sedimentación de Catell, la regla de Kaiser de valores propios mayores de uno y la interpretabilidad de estructuras simples. Para la retención de los ítems en un factor se utilizó una carga  $\geq ,40$  como criterio.

Para el análisis de las diferencias entre sexos y entre grupos de edad se utilizó la U de Mann-Whitney y la inspección de los boxplot, y para el análisis de las diferencias de edades en conjunto la H de Kruskal-Wallis debido a la marcada asimetría positiva de las distribuciones.

La consistencia interna se analizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).

### ***Análisis Factorial Exploratorio***

La inspección de las matrices y los resultados de la medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de la muestra ( $,90$  versión padres;  $,93$  versión profesores) y del test de esfericidad de Barlett ( $p < ,001$  en ambas versiones) mostraron que los datos eran adecuados para ser factorizados. En la tabla I se informa la varianza explicada por los factores extraídos y los rotados.

**TABLA I. Varianza explicada**

		Valor propio	Varianza Factor 1	Valor propio	Varianza Factor 2	Varianza total explicada
Escala de padres	Extracción	6,25	34,7%	1,68	9,3%	44%
	Rotación	5,43	30,3%	5,0	27,8%	44%
Escala de profesores	Extracción	8,28	46%	2,05	11,4%	57,4%
	Rotación	7,12	39,5%	6,80	37,8%	57,4%

La tabla II muestra las comunalidades y las cargas en las matrices rotadas de patrón y estructural. Los ítems de números impares que corresponden a los síntomas de inatención cargaron en el Factor 1 de manera consistente en las escalas de padres y de maestros. Los ítems de números pares que son los síntomas de hiperactividad / impulsividad cargaron en el Factor 2 de manera consistente en las dos escalas.

En la matriz patrón de las escalas de padres y de profesores se obtienen estructuras simples como las definen Nunally y Bernstein [23]. En la matriz patrón no hubo ítems con cargas mayores de ,30 en el factor secundario. Algunos ítems en la matriz factorial cargaron en los dos factores por encima de ,30 pero la carga fue mayor en el factor primario; el ítem 8 de la versión padres y el ítem 5 de la versión profesores tienen cargas en ambos factores muy cercanas ( $< ,10$ ).

La correlación entre los factores de la escala de padres fue 0,55 y la correlación entre los factores de la escala de profesores fue 0,57; valores que se consideran altos.

**TABLA II. Matrices Rotadas de la ADHD Rating Scale – IV**

ADHD Rating Scale – IV: versión padres (n=378)	Comunalidades	Matriz de Patrón Rotada		Matriz Estructural Rotada	
		Factor 1	Factor2	Factor 1	Factor 2
1. No presta atención a detalles	0,60	<b>0,79</b>	-0,03	<b>0,77</b>	0,40
3. No mantiene la atención	0,39	<b>0,56</b>	0,11	<b>0,62</b>	0,41
5. Parece no escuchar	0,40	<b>0,50</b>	0,20	<b>0,61</b>	0,47
7. No sigue instrucciones	0,59	<b>0,81</b>	-0,08	<b>0,77</b>	0,37
9. Dificultad para organizarse	0,31	<b>0,63</b>	-0,14	<b>0,55</b>	0,20
11. Evita esfuerzo mental	0,59	<b>0,76</b>	0,02	<b>0,77</b>	0,44
13. Pierde cosas	0,39	<b>0,61</b>	0,03	<b>0,63</b>	0,37
15. Se distrae fácilmente	0,64	<b>0,65</b>	0,23	<b>0,78</b>	0,59
17. Es olvidadizo	0,38	<b>0,67</b>	-0,10	<b>0,61</b>	0,27
2. Se mueve constantemente	0,34	0,03	<b>0,57</b>	0,34	<b>0,58</b>
4. Abandona el asiento	0,41	0,17	<b>0,53</b>	0,46	<b>0,62</b>
6. Corre, trepa	0,29	0,14	<b>0,45</b>	0,39	<b>0,53</b>
8. Dificultad para jugar tranquilo	0,21	0,23	<b>0,28</b>	0,39	<b>0,41</b>
10. Movido por un motor	0,54	-0,04	<b>0,76</b>	0,38	<b>0,74</b>
12. Habla mucho	0,46	-0,13	<b>0,74</b>	0,28	<b>0,67</b>
14. Se precipita en responder	0,42	0,08	<b>0,59</b>	0,41	<b>0,64</b>
16. No espera turno	0,44	0,02	<b>0,66</b>	0,38	<b>0,67</b>
18. Interrumpe, se entromete	0,53	-0,18	<b>0,81</b>	0,27	<b>0,71</b>
				$\alpha = ,88$	$\alpha = ,85$
ADHD Rating Scale – IV: versión profesores (n=369)	Comunalidades	Matriz de Patrón Rotada		Matriz Estructural Rotada	
		Factor 1	Factor2	Factor 1	Factor 2
1. No presta atención a detalles	0,68	<b>0,81</b>	0,02	<b>0,82</b>	0,49
3. No mantiene la atención	0,65	<b>0,73</b>	0,13	<b>0,80</b>	0,55
5. Parece no escuchar	0,36	<b>0,44</b>	0,23	<b>0,57</b>	0,48
7. No sigue instrucciones	0,67	<b>0,88</b>	-0,11	<b>0,81</b>	0,39
9. Dificultad para organizarse	0,69	<b>0,91</b>	-0,14	<b>0,82</b>	0,38
11. Evita esfuerzo mental	0,61	<b>0,77</b>	0,01	<b>0,78</b>	0,46
13. Pierde cosas	0,49	<b>0,65</b>	0,08	<b>0,69</b>	0,46
15. Se distrae fácilmente	0,72	<b>0,75</b>	0,15	<b>0,84</b>	0,59
17. Es olvidadizo	0,58	<b>0,80</b>	-0,06	<b>0,76</b>	0,40
2. Se mueve constantemente	0,53	0,17	<b>0,62</b>	0,53	<b>0,71</b>
4. Abandona el asiento	0,68	0,07	<b>0,78</b>	0,52	<b>0,82</b>
6. Corre, trepa	0,48	0,03	<b>0,67</b>	0,42	<b>0,69</b>
8. Dificultad para jugar tranquilo	0,39	0,22	<b>0,47</b>	0,49	<b>0,60</b>
10. Movido por un motor	0,57	-0,02	<b>0,77</b>	0,42	<b>0,76</b>
12. Habla mucho	0,41	-0,01	<b>0,65</b>	0,36	<b>0,64</b>
14. Se precipita en responder	0,51	0,04	<b>0,69</b>	0,44	<b>0,71</b>
16. No espera turno	0,74	-0,10	<b>0,91</b>	0,43	<b>0,86</b>
18. Interrumpe, se entromete	0,58	-0,14	<b>0,83</b>	0,34	<b>0,75</b>
				$\alpha = ,93$	$\alpha = ,91$

## **Consistencia interna**

La consistencia interna de la *ADHD Rating Scale-IV* versión padres fue de .90 y de .94 en la versión de profesores. Los coeficientes alfa de los factores, también de nivel alto, se muestran en la Tabla II.

## **Diferencias por sexo y edad.**

Para maximizar el tamaño de los grupos y facilitar el análisis estadístico de las diferencias por edad y sexo, se han agrupado las edades en cuatro rangos (6-7 años, 8-10 años, 11-13 años y 14-16 años).

Los padres puntuaron más alto a los niños que a las niñas en Inatención ( $p < ,01$ ) y en Puntuación Total ( $p < ,01$ ). Los profesores puntuaron más alto a los niños que a las niñas en Inatención ( $p < ,01$ ), en Hiperactividad/Impulsividad ( $p < ,01$ ) y en Puntuación Total ( $p < ,05$ ).

Debido a estas diferencias por sexo los análisis entre los diferentes grupos de edad se realizaron por separado para niños y niñas.

Los padres no informaron diferencias en síntomas de Inatención entre grupos de edad de niños ni de niñas ( $p > ,05$  para cada una de las comparaciones entre dos grupos). Sí informaron de disminución de los síntomas de Hiperactividad/Impulsividad en los niños entre el 2º y el 3º grupo de edad ( $p < ,05$ ), y en las niñas entre el 1º y el 2º grupo de edad ( $p < ,05$ ). No hubo diferencias entre grupos de edad en la Puntuación Total en los niños ( $p > ,05$ ), pero en las niñas la Puntuación Total disminuía entre el 1º y el 2º grupo de edad ( $p < ,05$ ).

Los profesores no informaron diferencias en síntomas de Inatención entre grupos de edad de niños ( $p > ,05$ ), pero si informaron disminución de los síntomas de Inatención en las niñas entre el 2º y el 3º grupo de edad ( $p < ,05$ ). La Hiperactividad/Impulsividad disminuía en los niños entre el 2º y el 3º grupo de edad ( $p < ,05$ ) y en las niñas entre el 3º y el 1º grupo ( $p < ,05$ ). No hubo diferencias por edad en la Puntuación Total de



los niños. La Puntuación Total de las niñas disminuía entre el 2º y el 3º grupo de edad ( $p < ,05$ ).

En los perfiles de puntuación (páginas 23, 24, 26 y 27) se recogen los baremos de las versiones de padres y profesores (Versió pares y Versió professors) para niños y para niñas, respectivamente, presentan los percentiles 50 (mediana), 75, 85, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98 y 99 para las puntuaciones de las sub-escalas Inatención ( I ), Hiperactividad/Impulsividad ( H-I ) y para la Puntuación Total ( PT ), para cuatro grupos de edad (6-7 años, 8-10 años, 11-13 años, 14-16 años).

## **Fiabilidad test-retest, acuerdo entre observadores y validez de criterio.**

### ***Participantes***

Un total de 34 niños y adolescentes (25 niños y 9 niñas) de entre 4 y 17 años ( $M=9,7$ ;  $DE=3,0$ ) admitidos consecutivamente para una primera evaluación en la consulta externa de psiquiatría infantil del Hospital General de Vic participaron en el estudio de fiabilidad test-retest y validez convergente. Entre el test y el retest mediaron 5,1 semanas ( $DE=2,6$ ) para los padres y 4 semanas ( $DE=2,8$ ) para los profesores.

Se excluyeron los niños cuyos padres no pudieran leer en catalán y del test-retest los niños que requerían iniciar de inmediato tratamiento farmacológico para TDAH.

### ***Instrumentos***

El *Child Behavior Checklist (CBCL)* y el *Teacher Report Form (TRF)* [22] son cuestionarios de psicopatología general para padres y profesores respectivamente. Los cuestionarios tienen 112 ítems que se valoran con una escala tipo Likert de 3 puntos. Están compuestos por 8 síndromes derivados factorialmente (ver tabla III). A su vez estas dimensiones se reagruparon en dos grandes factores, interiorizado y exteriorizado.

En este estudio se han utilizado las traducciones del *CBCL* y *TRF* realizadas en España para ASEBA [22]. Estas escalas se utilizaron como

criterio externo para evaluar la validez concurrente de las *ADHD Rating Scale-IV*.

### ***Procedimiento y Análisis Estadístico***

Para el estudio de fiabilidad test-retest, acuerdo entre observadores y validez de criterio se entregó a los padres en la primera visita de evaluación el *CBCL* y la *ADHD Rating Scale-IV* versión padres para que los completaran en casa, también el *TRF* y la *ADHD Rating Scale-IV* versión profesores para que pidieran a los profesores que los completaran, y fueran devueltos en la siguiente visita.

El coeficiente de correlación intraclase (CCI) se utilizó para estudiar la fiabilidad test-retest y el acuerdo entre observadores. La relación de las *ADHD Rating Scale-IV* con las medidas criterio se analizó con el coeficiente de correlación de Pearson.

### ***Fiabilidad test re-test y Acuerdo entre observadores***

El acuerdo entre el test y el retest (CCI) de la versión de padres para la escala Inatención fue .89 ( $p < .01$ ), de .93 ( $p < .01$ ) para la Hiperactividad/Impulsividad y de .92 ( $p < .01$ ) para la Puntuación Total. Para la versión de profesores estos coeficientes fueron: .87 ( $p < .01$ ) para la Inatención, .91 ( $p < .01$ ), para la Hiperactividad / Impulsividad y .92 ( $p < .01$ ) para la Puntuación Total.

Los coeficientes de acuerdo (CCI) entre las valoraciones realizadas por padres y profesores alcanzaron .40 ( $p > .05$ ) para la Inatención, .68 ( $p < .01$ ) para la Hiperactividad/Impulsividad y .54 ( $p < .05$ ) para la Puntuación Total.

## Validez concurrente

La Tabla III sintetiza las correlaciones entre las puntuaciones de los factores y la Puntuación Total con los síndromes del *CBCL* y del *TRF*.

**TABLA III. Validez concurrente entre la ADHD RS-IV y el CBCL y TRF**

versión padres	Inatención	Hiperactividad/ Impulsividad	Puntuación Total
CBCL inatención	,72 ***	,31	,59 ***
CBCL ansiedad/depresión	,02	-,05	,03
CBCL retraimiento/depresión	,09	-,22	-,04
CBCL quejas somáticas	,09	,07	,18
CBCL problemas sociales	,05	,19	,18
CBCL problemas pensamiento	,14	,14	,20
CBCL conducta romper reglas	,18	,19	,24
CBCL conducta agresiva	,18	,38 *	,36 *
versión profesores	Inatención	Hiperactividad/ Impulsividad	Puntuación Total
TRF puntaje inatención	,75 ***	,62 ***	,81 ***
TRF ansiedad/depresión	,10	-,01	,05
TRF retraimiento/depresión	,22	-,26	-,05
TRF quejas somáticas	,07	-,20	-,10
TRF problemas sociales	,41 *	,33	,44 *
TRF problemas pensamiento	,33	,20	,31
TRF conducta romper reglas	,38 *	,41 *	,47 ***
TRF conducta agresiva	,31	,63 ***	,58 ***

n= 34; \*p<,05; \*\*p<,01; \*\*\*p<,006.

En la versión de padres 4 correlaciones de 24 alcanzaron significación estadística. Si aplicamos la corrección de Bonferroni para controlar por error Tipo I debido a múltiples comparaciones ( $\alpha = ,006$ ) dos correlaciones continuaron siendo estadísticamente significativas: *CBCL*-inatención con el factor Inatención y con la Puntuación Total. Con los otros síndromes los factores de la *ADHD Rating Scale-IV* correlacionaron débilmente.

En la versión de profesores hubo 10 correlaciones con significación estadística, al aplicar la corrección de Bonferroni ( $\alpha = ,006$ ) seis correlaciones continuaron siendo estadísticamente significativas: *TRF*-inatención con los dos factores y la Puntuación Total, *TRF*-conducta romper reglas con la Puntuación Total y *TRF*-conducta agresiva con el factor Hiperactividad/Impulsividad y la Puntuación Total. Con los síndromes restantes las correlaciones no fueron significativas.

## **Normas para la aplicación, la corrección y la interpretación de los resultados**

### ***Normas para la aplicación***

La Escala de Valoración del TDAH-IV debe ser cumplimentada independientemente por el padre o por el profesor, se puede aplicar de manera individual o colectiva. El sujeto que cumplimenta es instruido para proveer información demográfica (nombre del niño, edad, curso y nombre de quien cumplimenta) y para que encierre en un círculo el número que mejor describe para cada ítem el comportamiento específico exhibido por el niño en el contexto que cada uno de ellos puede observar (en la casa para los padres y en la escuela para los profesores) durante los últimos 6 meses o desde el inicio del curso escolar si el profesor ha conocido al niño desde hace menos de 6 meses.

Si el calificador deja sin contestar un ítem, se le debe pedir que provea una respuesta para este ítem. Si el calificador afirma que no ha tenido la oportunidad de observar este comportamiento y lo deja sin completar, entonces este ítem no se incluirá en la puntuación de la escala. Si tres o más ítems se dejan sin completar, el clínico debe extremar su cuidado en la interpretación de la escala para propósitos de cribado, evaluación diagnóstica o evaluación de resultados del tratamiento.

## ***¿Cómo se corrige la escala?***

La Escala de Valoración del TDAH-IV, versión padres y versión profesores, está compuesta por dos sub-escalas: Inatención (nueve ítems) e Hiperactividad-Impulsividad (nueve ítems). Así, es posible obtener tres puntuaciones de cada versión: Inatención (I), Hiperactividad-Impulsividad (H-I), y Total (PT).

La puntuación directa de la sub-escala Inatención de la Escala de Valoración del TDAH-IV se computa sumando los ítems con números impares (Ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 y 17) y la puntuación directa de la sub-escala Hiperactividad / Impulsividad de la Escala de Valoración del TDAH-IV se computa sumando los ítems con números pares (Ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 y 18). La puntuación directa Total de la escala se obtiene sumando las puntuaciones directas de las sub-escalas Inatención e Hiperactividad / Impulsividad.

Las puntuaciones directas se transforman a puntuaciones percentiles mediante la consulta de las tablas de baremos diferenciados por el género y la edad (páginas 23, 24, 26 y 27). La puntuación directa según género, grupo de edad (6-7 años, 8-10 años, 11-13 años, 14-16 años) y versión de la escala es escogida y señalada en el perfil del baremo. La puntuación del percentil correspondiente se muestra en las columnas extremas derecha e izquierda del perfil.

La figura 1 es un ejemplo de perfil de puntuación de la Escala de Valoración del TDAH-IV: Versión Padres para un niño de 8 años de edad. La madre del niño proveyó calificaciones que resultaron en las siguientes puntuaciones directas y percentiles: Inatención (I) 18 (percentil 98), Hiperactividad-Impulsividad (H-I) 14 (entre el percentil 85 y el 90), y Total (PT) 32 (percentil 96).

Cuando una puntuación directa está asociada a más de una puntuación percentil el clínico debe informar la puntuación percentil más baja posible.

**Figura 1. Baremos para la ADHD Rating Scale–IV: versió pares (niños)**

Niños / n	34			56			58			33			
Grupos de edad (años)	6-7			8-10			11-13			14-16			
Percentil	I	H-I	PT	I	H-I	PT	I	H-I	PT	I	H-I	PT	Percentil
50	5	5	10	6	5	13	6	3	11	4	3	7	50
75	9	10	19	10	10	19	9	7	16	10	7	17	75
85	15	11	26	12	12	23	12	12	21	15	10	23	85
90	18	14	29	15	16	25	13	13	23	16	12	29	90
93	19	15	32	17	18	29	16	15	24	18	15	32	93
94	19	15	34	17	19	30	16	15	28	20	16	33	94
95	19	17	37	17	19	31	17	15	32	21	16	34	95
96	20	18	39	17	19	32	17	16	33	22	16	35	96
97	20	20	41	17	19	32	18	18	34	23	16	36	97
98	20	21	41	18	20	32	20	22	36	23	16	36	98
99	20	21	41	18	20	32	21	24	37	23	16	36	99

### **¿Cómo se interpretan los resultados?**

Si la Escala de Valoración del TDAH–IV se utiliza como instrumento de cribado o *screening* en población general se puede escoger un punto de corte p. Ej., el percentil 85 o 90, que permita predecir con mayor precisión la ausencia de TDAH en los niños que estén por debajo del percentil escogido y detectar a la mayoría de niños con TDAH en los que



estén por encima del punto de corte, así obtengamos un porcentaje relativamente alto de niños que no tienen TDAH es decir falsos positivos (alta sensibilidad). Para el cribado, es generalmente preferible, errar por ser en exceso incluyente de niños con TDAH, a lo opuesto de ser excesivamente excluyente de estos niños, dado que posteriormente debe ser efectuada una evaluación más extensa para proveer una información diagnóstica más concluyente.

Si la Escala de Valoración del TDAH-IV se utiliza como parte de una evaluación diagnóstica deberíamos escoger un punto de corte que sea altamente preciso en predecir la presencia de TDAH (valor predictivo positivo, VPP) y que a la vez sea capaz de detectar un porcentaje relativamente alto de niños que tienen TDAH (alta sensibilidad). Para el propósito de evaluación diagnóstica es preferible errar en el lado de ser excluyente en exceso. Dado que el diagnóstico de TDAH tiene a menudo implicaciones de tratamiento farmacológico y psicopedagógico, es importante que el clínico esté seguro de un diagnóstico preciso y de identificar pocos falsos positivos.

Los puntos de corte óptimos para diagnosticar TDAH de tipo inatento y combinado utilizando la sub-escala Inatención en muestras derivadas por los padres, atendidos en clínica, surgen de una estrategia que combinó valoraciones de profesores y padres, según informa DuPaul [16]. La combinación más útil pareció ser puntuaciones del profesor iguales o mayores del percentil 90 y puntuaciones del padre iguales o mayores al percentil 93. La sub-escala Hiperactividad-Impulsividad solo pareció ser útil para diagnosticar el tipo combinado cuando las puntuaciones del profesor eran iguales o mayores al percentil 98. Recomienda primero decidir si el niño tiene un trastorno de inatención (cualquiera, TDAH tipo inatento o TDAH tipo combinado) usando la sub-escala Inatención. Luego el clínico determina si además tiene un trastorno de hiperactividad / impulsividad utilizando la sub-escala Hiperactividad - Impulsividad.

Barkley (2006) sugiere que una intensidad de sintomatología de TDAH 1,5 desviaciones estándar por encima del percentil 50, es decir la puntuación correspondiente al percentil 93, indica que la sintomatología es evolutivamente inapropiada, siendo este uno de los criterios que el clínico debe valorar para llegar al diagnóstico de TDAH.

Es importante enfatizar que el diagnóstico de TDAH de acuerdo a los criterios DSM-IV exige además de la presencia de una sintomatología evolutivamente inapropiada, que los síntomas ocasionen un deterioro o impacto en por lo menos dos contextos de funcionamiento de los niños, y que el clínico determine que el cuadro clínico no es explicado mejor por otras causas.

Se puede utilizar también la Escala de Valoración del TDAH-IV para evaluar la eficacia de un tratamiento y la evolución de los sujetos sometidos a una intervención terapéutica. Es decir ha mostrado sensibilidad al cambio, por ello ha sido ampliamente usada en ensayos clínicos controlados de intervención farmacológica y psicosocial.

## ADHD RATING SCALE-IV: versió pares

Nom: \_\_\_\_\_ Edat: \_\_\_\_\_ Sexe: M F Curs: \_\_\_\_\_

Completat per: Pare \_\_\_ Mare \_\_\_ Avi(a) \_\_\_ Data: dia \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ any \_\_\_\_\_

Marqui amb una creu la freqüència que descriu millor cada un dels comportaments següents referits al seu fill/a.

Per cada ítem, pregunti's en quina mesura ha estat present el problema durant els últims 6 mesos. Marqui 0 per "mai" o "gairebé mai", 1 per "algunes vegades", 2 per "sovint" i 3 per "molt sovint".

**SI US PLAU, respongui tots els ítems.**

	Mai/ Gairebé mai	Algunes vegades	Sovint	Molt Sovint
1. No està prou atent als detalls o fa errors per distracció en tasques escolars o en d'altres activitats.	0	1	2	3
2. Joga amb les mans o els peus o es mou constantment a la seva cadira.	0	1	2	3
3. Té dificultats en mantenir l'atenció en tasques o activitats de joc.	0	1	2	3
4. Abandona el seu seient a la classe o en altres situacions en què ha d'estar-se assegut.	0	1	2	3
5. Sembla que no escolti quan se li parla directament.	0	1	2	3
6. Corre o s'enfila excessivament en situacions en què no és apropiat fer-ho.	0	1	2	3
7. No segueix del tot les instruccions i no acaba la feina.	0	1	2	3
8. Té dificultats per jugar o dedicar-se tranquil·lament a activitats d'oci.	0	1	2	3
9. Té dificultats per organitzar tasques i activitats.	0	1	2	3
10. Està "sempre en moviment" o actua com si estigués "mogut per un motor".	0	1	2	3
11. Evita les tasques (ex. a l'escola o a casa) que requereixin un esforç mental continuat.	0	1	2	3
12. Parla excessivament.	0	1	2	3
13. Perd coses necessàries per a les seves activitats o tasques.	0	1	2	3
14. Es precipita i respon sense pensar abans que la pregunta s'hagi acabat de formular.	0	1	2	3
15. Es distreu fàcilment per qualsevol cosa.	0	1	2	3
16. Té dificultat en esperar el torn.	0	1	2	3
17. S'oblida de les coses en les seves activitats diàries.	0	1	2	3
18. Es fica on no el demanen o interromp els altres en les converses o els jocs.	0	1	2	3

Adaptada con autorización para la validación catalana por J. Ortiz, J. Carbonés y R. Riera, de *ADHD Rating Scale - IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation* por George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. Copyright 1998 para Guilford Press. Permiso para fotocopiar esta escala se garantiza a los compradores de *ADHD Rating Scale - IV* únicamente para uso personal. Los criterios de TDAH fueron adaptados por permiso de DSM-IV. Copyright 1994 para American Psychiatric association.

## ADHD Rating Scale-IV: versión padres

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Curso: \_\_\_\_\_

Completado por: Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Abuelo(a) \_\_\_ Fecha: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

**Escoja el número que mejor describa la conducta de su niño(a) en los últimos 6 meses.**

		Nunca o Rara vez	Al- gunas veces	A menudo	Con mucha fre- cuencia
1.	No logra prestar atención a detalles o es descuidado con su trabajo escolar.	0	1	2	3
2.	Continuamente mueve sus manos o pies o se retuerce en el asiento.	0	1	2	3
3.	Tiene dificultad en mantener su atención en las tareas o actividades de juego.	0	1	2	3
4.	No permanece en su asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las cuales se requiere que se mantenga sentado.	0	1	2	3
5.	No parece escuchar cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
6.	Corre y se encarama en forma excesiva en situaciones en las cuales esta conducta no es apropiada.	0	1	2	3
7.	No sigue instrucciones y no logra terminar su trabajo.	0	1	2	3
8.	Tiene dificultad jugando o envolviéndose calladamente en actividades recreativas o de descanso.	0	1	2	3
9.	Tiene dificultad para organizar sus tareas o actividades.	0	1	2	3
10.	Está siempre de prisa o actúa como si estuviera "activado por un motor".	0	1	2	3
11.	Evita tareas (trabajo en la escuela) que requieren un esfuerzo mental continuo	0	1	2	3
12.	Habla excesivamente.	0	1	2	3
13.	Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades.	0	1	2	3
14.	Responde impulsivamente antes de que se le termine de preguntar.	0	1	2	3
15.	Se distrae fácilmente.	0	1	2	3
16.	Tiene dificultad en esperar su turno.	0	1	2	3
17.	Es olvidadizo con sus actividades diarias.	0	1	2	3
18.	Interrumpe o se entromete sin la autorización de otros.	0	1	2	3

De *ADHD Rating Scale - IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation* por George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. Copyright 1998 para Guilford Press. Permiso para fotocopiar esta escala se garantiza a los compradores de *ADHD Rating Scale - IV* únicamente para uso personal. Los criterios de TDAH fueron adaptados por permiso de DSM-IV. Copyright 1994 para American Psychiatric Association.

**FIGURA 2. Baremos para la ADHD Rating Scale-IV: versió pares (niños)**

Niños / n	34			56			58			33			
Grupos de edad (años)	6-7			8-10			11-13			14-16			
Percentil	I	H-I	PT	I	H-I	PT	I	H-I	PT	I	H-I	PT	Percentil
<b>50</b>	5	5	10	6	5	13	6	3	11	4	3	7	<b>50</b>
<b>75</b>	9	10	19	10	10	19	9	7	16	10	7	17	<b>75</b>
<b>85</b>	15	11	26	12	12	23	12	12	21	15	10	23	<b>85</b>
<b>90</b>	18	14	29	15	16	25	13	13	23	16	12	29	<b>90</b>
<b>93</b>	19	15	32	17	18	29	16	15	24	18	15	32	<b>93</b>
<b>94</b>	19	15	34	17	19	30	16	15	28	20	16	33	<b>94</b>
<b>95</b>	19	17	37	17	19	31	17	15	32	21	16	34	<b>95</b>
<b>96</b>	20	18	39	17	19	32	17	16	33	22	16	35	<b>96</b>
<b>97</b>	20	20	41	17	19	32	18	18	34	23	16	36	<b>97</b>
<b>98</b>	20	21	41	18	20	32	20	22	36	23	16	36	<b>98</b>
<b>99</b>	20	21	41	18	20	32	21	24	37	23	16	36	<b>99</b>

Nota: I, inatención. H-I, Hiperactividad-Impulsividad. PT, Puntuación Total.  
 De ADHD Rating Scale - IV: adaptación catalana, versión padres y versión profesores por J. Ortiz, J. Carbonés y R. Riera. Copyright 2007 para los autores. Permiso para fotocopiar este perfil de puntuación se garantiza a los compradores de ADHD Rating Scale - IV únicamente para uso personal.

**FIGURA 3. Baremos para la ADHD Rating Scale–IV: versió pares (niñas)**

<b>Niñas / n</b>	<b>36</b>			<b>62</b>			<b>58</b>			<b>33</b>			
<b>Grupos de edad (años)</b>	<b>6-7</b>			<b>8-10</b>			<b>11-13</b>			<b>14-16</b>			
<b>Percentil</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>Percentil</b>
<b>50</b>	6	5	10	3	3	7	4	3	8	4	2	6	<b>50</b>
<b>75</b>	8	7	15	8	7	14	7	5	12	7	8	14	<b>75</b>
<b>85</b>	9	9	19	11	8	18	9	7	14	10	9	21	<b>85</b>
<b>90</b>	12	11	22	12	9	21	11	7	15	13	12	21	<b>90</b>
<b>93</b>	13	12	24	13	12	21	12	8	16	15	14	24	<b>93</b>
<b>94</b>	14	12	25	14	13	21	12	9	17	15	15	26	<b>94</b>
<b>95</b>	14	12	25	15	14	21	12	10	19	16	16	30	<b>95</b>
<b>96</b>	15	12	26	17	17	31	15	11	26	18	18	34	<b>96</b>
<b>97</b>	15	13	27	20	21	41	19	13	31	19	19	38	<b>97</b>
<b>98</b>	15	13	27	20	22	42	23	15	33	19	19	38	<b>98</b>
<b>99</b>	15	13	27	20	23	43	24	16	33	19	19	38	<b>99</b>

Nota: I, inatención. H-I, Hiperactividad-Impulsividad. PT, Puntuación Total.  
 De *ADHD Rating Scale - IV: adaptación catalana, versió pares y versió profesores* por J. Ortiz, J. Carbonés y R. Riera. Copyright 2007 para los autores. Permiso para fotocopiar este perfil de puntuación se garantiza a los compradores de *ADHD Rating Scale - IV* únicamente para uso personal.

## ADHD RATING SCALE-IV: versió professors

Nom: \_\_\_\_\_ Edat: \_\_\_\_\_ Sexe: M F Curs: \_\_\_\_\_

Completat per: \_\_\_\_\_ Data: dia \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ any \_\_\_\_\_

Marqui amb una creu la freqüència que descrigui millor cada un dels comportaments següents referits a l'alumne/a.

Per cada ítem, pregunti's en quina mesura ha estat present el problema durant els últims 6 mesos. Marqui 0 per "mai" o "gairebé mai", 1 per "algunes vegades", 2 per "sovint" i 3 per "molt sovint".

### SI US PLAU, respongui tots els ítems.

	Mai/ Gairebé mai	Algunes vegades	Sovint	Molt Sovint
1. No està prou atent als detalls o fa errors per distracció en tasques escolars o en d'altres activitats.	0	1	2	3
2. Juga amb les mans o els peus o es mou constantment a la seva cadira.	0	1	2	3
3. Té dificultats en mantenir l'atenció en tasques o activitats de joc.	0	1	2	3
4. Abandona el seu seient a la classe o en altres situacions en què ha d'estar-se assegut.	0	1	2	3
5. Sembla que no escolti quan se li parla directament.	0	1	2	3
6. Corre o s'enfila excessivament en situacions en què no és apropiat fer-ho.	0	1	2	3
7. No segueix del tot les instruccions i no acaba la feina.	0	1	2	3
8. Té dificultats per jugar o dedicar-se tranquil·lament a activitats d'oci.	0	1	2	3
9. Té dificultats per organitzar tasques i activitats.	0	1	2	3
10. Està "sempre en moviment" o actua com si estigués "mogut per un motor".	0	1	2	3
11. Evita les tasques (ex. a l'escola o a casa) que requereixin un esforç mental continuat.	0	1	2	3
12. Parla excessivament.	0	1	2	3
13. Perd coses necessàries per a les seves activitats o tasques.	0	1	2	3
14. Es precipita i respon sense pensar abans que la pregunta s'hagi acabat de formular.	0	1	2	3
15. Es distreu fàcilment per qualsevol cosa.	0	1	2	3
16. Té dificultat en esperar el torn.	0	1	2	3
17. S'oblida de les coses en les seves activitats diàries.	0	1	2	3
18. Es fica on no el demanen o interromp els altres en les converses o els jocs.	0	1	2	3

Adaptada con autorización para la validación catalana por J. Ortiz, J. Carbonés y R. Riera, de *ADHD Rating Scale - IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation* por George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. Copyright 1998 para Guilford Press. Permiso para fotocopiar esta escala se garantiza a los compradores de *ADHD Rating Scale - IV* únicamente para uso personal. Los criterios de TDAH fueron adaptados por permiso de DSM-IV. Copyright 1994 para American Psychiatric association.

**FIGURA 4. Baremos para la ADHD Rating Scale –IV: versió professors (niños)**

Niños / n	38			52			54			33			
Grupos de edad (años)	6-7			8-10			11-13			14-16			
Percentil	I	H-I	PT	I	H-I	PT	I	H-I	PT	I	H-I	PT	Percentil
<b>50</b>	5	4	10	5	3	8	5	1	6	4	2	5	<b>50</b>
<b>75</b>	12	8	21	8	9	17	10	5	12	10	4	15	<b>75</b>
<b>85</b>	15	12	25	13	11	23	13	13	26	15	7	20	<b>85</b>
<b>90</b>	16	15	28	14	12	26	17	14	32	18	10	26	<b>90</b>
<b>93</b>	19	17	31	15	14	28	18	15	32	19	11	30	<b>93</b>
<b>94</b>	20	17	33	16	14	28	18	16	32	19	12	30	<b>94</b>
<b>95</b>	20	17	36	16	15	29	19	17	33	20	13	31	<b>95</b>
<b>96</b>	21	21	40	17	17	32	22	18	35	20	13	32	<b>96</b>
<b>97</b>	22	24	45	19	19	33	23	18	38	21	14	33	<b>97</b>
<b>98</b>	22	25	47	23	23	34	23	19	41	21	14	33	<b>98</b>
<b>99</b>	22	25	47	24	23	34	23	19	41	21	14	33	<b>99</b>

Nota: I, inatención. H-I, Hiperactividad-Impulsividad. PT, Puntuación Total.

De *ADHD Rating Scale – IV: adaptación catalana, versión padres y versión profesores* por J. Ortiz, J. Carbonés y R. Riera. Copyright 2007 para los autores. Permiso para fotocopiar este perfil de puntuación se garantiza a los compradores de *ADHD Rating Scale – IV* únicamente para uso personal.



**FIGURA 5. Baremos para la ADHD Rating Scale –IV: versió professors (niñas)**

<b>Niñas / n</b>	<b>38</b>			<b>52</b>			<b>54</b>			<b>33</b>			
<b>Grupos de edad (años)</b>	<b>6-7</b>			<b>8-10</b>			<b>11-13</b>			<b>14-16</b>			
<b>Percentil</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>I</b>	<b>H-I</b>	<b>PT</b>	<b>Percentil</b>
<b>50</b>	3	2	6	3	1	4	2	1	3	2	1	4	<b>50</b>
<b>75</b>	8	5	12	8	3	10	4	2	6	5	4	8	<b>75</b>
<b>85</b>	10	6	14	12	5	17	6	4	10	9	6	11	<b>85</b>
<b>90</b>	13	9	21	15	8	21	7	5	11	11	7	18	<b>90</b>
<b>93</b>	17	11	22	17	10	21	8	6	14	12	10	19	<b>93</b>
<b>94</b>	17	12	23	17	10	22	8	7	15	13	11	19	<b>94</b>
<b>95</b>	18	12	23	19	12	24	9	8	15	15	15	26	<b>95</b>
<b>96</b>	18	12	24	19	15	26	11	8	15	17	18	33	<b>96</b>
<b>97</b>	18	13	24	19	18	28	12	8	15	19	21	40	<b>97</b>
<b>98</b>	18	13	24	20	19	35	13	8	16	19	21	40	<b>98</b>
<b>99</b>	18	13	24	20	19	38	13	8	16	19	21	40	<b>99</b>

Nota: I, inatención. H-I, Hiperactividad-Impulsividad. PT, Puntuación Total.

De *ADHD Rating Scale – IV: adaptación catalana, versión padres y versión profesores* por J .Ortiz, J. Carbonés y R. Riera. Copyright 2007 para los autores. Permiso para fotocopiar este perfil de puntuación se garantiza a los compradores de *ADHD Rating Scale – IV* únicamente para uso personal.

# Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author; 1994.
2. Cardo E, Servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol* 2005; 40: S11-5.
3. Amador J, Forns M, Martorell B. Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología* 2001; 32: 5-21.
4. Barkley R. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment (2 ed.). New York: The Guilford Press; 2006.
5. Conners C. Conners Rating Scales. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 1989.
6. Ullman RK, Sleator EK, Sprague RL. Introduction to the use of the ACTeRS. *Psychopharmacol Bull* 1985; 21: 915-20.
7. McCarney SB. The Attention Deficit Disorders Evaluation Scale: School version technical manual. Columbia, MO: Hawthorne Educational Services; 1989.
8. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook. New York: The Guilford Press; 1991.
9. García EM, Magaz A. Escalas Magallanes de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EMTDA-H). Bilbao: Grupo Albor-Cohs; 2002.
10. Farré-Riba A, Narbona J. Evaluación Del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH). Madrid: Tea; 1997.
11. DuPaul G. Parent and Teacher Ratings of ADHD symptoms: Psychometric Properties in a Community-Based Sample. *J Clinical Child Psychology* 1991; 20: 245-53.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (3rd ed., rev). Washington, DC: Author; 1987.
13. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Barkley R, et al. DSM-IV Field trials for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1673-85.
14. DuPaul G, Anastopoulos A, Power T, Reid R, Ikeda M, McGoey K. Parent Ratings of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Factor Structure and Normative Data. *J Psychopatol Behav Assessment* 1998; 20: 83-102.
15. DuPaul G, Anastopoulos A, Power T, Reid R, Ikeda M, McGoey K. Teacher Ratings of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Factor Structure and Normative Data. *Psychological Assessment* 1997; 9: 436-44.
16. DuPaul G, Anastopoulos A, Power T, Reid R. ADHD Rating Scale: Checklist, Norms, and Clinical Interpretation. New York, NY: The Guilford Press; 1998.

17. Bauermeister JJ, Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M, Alegría M. Dimensions of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: findings from Parent and Teacher reports in a Community Sample. *J Clinical Child Psychology* 1995; 24: 264-71.
18. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a German elementary school Sample. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 629-38.
19. Brito GNO, Pinto RCA, Lins MFC. A behavioral assessment scale for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a Brazilian children Based on DSM-III-R criteria. *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23: 509-20.
20. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing an unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997;121:65-94.
21. Hambleton RK. Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En Muñiz J, ed. *Psicometría*. Madrid: Universitas; 1996. p. 207-38.
22. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: an integrated system of multi-informant assessment (Unitat d'Epidemiologia I de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament Trad.)*. Burlington, VT: ASEBA; 2001.
23. Nunally J, Bernstein I. *Teoría Psicométrica (3 ed)*. México: Mc Graw Hill; 1995.
24. Gomez R, Harvey J, Quick C, Scharer I, Harris G. DSM-IV AD/HD: confirmatory factor models, prevalence and gender and age differences based on parents and teacher ratings of Australian primary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 265-74.
25. Hartman CA, Hox J, Mellenbeg GJ, Boyle MH, Offord DR, Racine Y, et al. DSM-IV internal construct validity: when a taxonomy meets data. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 817-36.
26. Amador J, Forns M, Martorell B. Síntomas de desatención e hiperactividad impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología* 2001; 32: 51-66.
27. Hart EL, Lahey BB, Loeber R, Applegate B, Frick PJ. Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorders in boys: a four-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23: 729-49.
28. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 816-18.
29. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psicol. UVI* 1987; 101: 213-32.
30. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-44.
31. Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R et al. The DSM-IV Rates of Child And Adolescent Disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 61: 85-93.

## Acerca de los Autores

Juan Jairo Ortiz Guerra, es médico adjunto y coordinador de la Unidad Especializada en TDAH-TCP del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Coordina también un equipo de psiquiatría y psicología que atiende niños y adolescentes en la consulta del Centre Balmes de Barcelona. Ha participado en investigaciones sobre epidemiología del TDAH y actualmente participa en investigaciones sobre evaluación y tratamiento del TDAH.

Jaume Carbonés López, es psicopedagogo del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico de la Comarca de Osona y profesor de la facultad de psicopedagogía de la Universidad de Vic.

Ramón Riera Eures, es psicopedagogo del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico de la Comarca de Osona y profesor de la facultad de psicopedagogía de la Universidad de Vic.