

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTO-DETECCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN HIPERACTIVIDAD-ADULTO (EATDAH-A) EN POBLACIÓN ADULTA DE PUERTO RICO CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

SCALE VALIDATION AUTO-DETECTION OF ATTENTION DEFICIT DISORDER HIPERACTIVITY-ADULT (EATDAH-A) IN ADULT POPULATION OF PUERTO RICO WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY

Recibido: 16 de Enero del 2011 | Aceptado: 31 de Marzo del 2011

ELIZABETH MORALES,¹; ALFONSO MARTINEZ-TABOAS,²; SEAN SAYERS-MONTALVO,³
(UNIVERSIDAD CARLOS ALBIZU, Recinto de San Juan, Puerto Rico).

RESUMEN

En Puerto Rico hay pocos instrumentos disponibles para medir el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adultos cuyas propiedades psicométricas estén documentadas. En el presente estudio se exponen las propiedades psicométricas de la Escala de Autodetección del Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad-Adulto (EATDAH-A) que fue creada por diversos autores relacionados a la Organización Mundial de la Salud. Para evaluar la capacidad discriminativa del instrumento, se compararon tres grupos de personas: el Grupo I estuvo compuesto de 45 personas con un diagnóstico de TDAH; el Grupo II estuvo compuesto de 49 personas con un diagnóstico de depresión; en el Grupo III participaron 50 personas sin ningún diagnóstico psiquiátrico. Adicional, se realizaron análisis estadísticos para determinar el alfa de Cronbach, la discriminación biserial de los reactivos, análisis de factores y determinar si existen diferencias significativas en los promedios de los tres grupos de comparación utilizando como medida las puntuaciones en la EATDAH-A. Los resultados indicaron que la EATDAH-A posee un alfa de Cronbach de .85. Asimismo, casi todos los reactivos de la EATDAH-A discriminaron entre el grupo de personas con TDAH y los otros dos grupos. Utilizando un análisis de discriminación con un punto de corte sugerido por los autores que crearon la prueba, el 82% de las personas con TDAH fueron identificados como positivos a TDAH, mientras que esto sólo ocurrió en un 6% y un 0% de los otros dos grupos. Se concluye que la EATDAH-A es una prueba corta adecuada para un posible diagnóstico de TDAH adultos hispanohablantes.

PALABRAS CLAVE: Escala de auto-informe; Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad; propiedades psicométricas.

ABSTRACT

In Puerto Rico there are very few instruments available to assess adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) whose psychometric properties have been well documented. In the present study we present the psychometric properties of the Spanish version of the Adult ADHD Self Report Scale (EATDAH-A). Three groups of participants completed the EATDAH-A: Group I was composed of 45 persons with an ADHD diagnosis; Group II was composed of 49 persons with a diagnosis of Major Depression; Group III included 50 persons with no known diagnosis. Various statistical tests and comparisons were made, among them the Cronbach's alpha, biserial discrimination, factor analysis, and the determination if there were significant differences among the three groups of participants in the AETDAH-A. Results indicated that the EATDAH-A has a Cronbach's alpha of .85. Also, nearly all the items of the EATDAH-A discriminated between the ADHD group and the other two groups. In addition, we found that utilizing the cut-off points of the original EATDAH-A, 82% of the participants with ADHD were positively identified as having ADHD, while the other two groups of participants obtained low scores on the EATDAH-A, being classified as ADHD in only 6% and 0% of the cases. It is concluded that the EATDAH-A is an adequate short instrument to screen for a possible ADHD diagnosis in adults.

KEY WORDS: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder; self-report scales; psychometric properties.

1. Elizabeth Morales Ph.D., San Juan, Puerto Rico.

2. Alfonso Martínez-Taboas Ph.D., Catedrático Asociado, Programa Ph.D. en, Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.

3. Sean K. Sayers-Montalvo, Ph.D., Catedrático Asociado, Programa Ph.D. en, Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.

Correspondencia: Para más información sobre esta investigación favor de comunicarse con Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D., Programa Ph.D. en Psicología Clínica, Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan; PO Box 9023711, San Juan, PR 00902-3711.

E-mail: amartinez@sju.albizu.edu

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos que más ha sido escudriñado utilizando diversas metodologías científicas. Como resultado de esto, al día de hoy se cuenta con un conocimiento vasto de sus parámetros etiológicos, curso clínico y respuestas terapéuticas a diferentes modalidades de tratamiento (Barkley, 2006; Brown, 2005; Peterson, McDonagh, & Fu, 2008; Ramsay, 2010; Robin, 1998; Sandberg, 2002). Guías publicadas en Europa (Kooij et al., 2010) y en América Latina (Palacio, Peña-Olvera, Palacios-Cruz, & Ortiz-León, 2009) indican que los tratamientos psicofarmacológicos y los de modificación de conducta poseen efectividad en su manejo clínico.

Aunque aún hay controversias al respecto, el consenso de los expertos es que el TDAH es un cuadro que en muchas ocasiones puede ser incapacitante y su curso longitudinal puede ser crónico (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008; Nigg, Hinshaw, & Huang-Pollock, 2006). En los niños y adolescentes, el TDAH se ha relacionado con factores de riesgo de tipo psicosocial, tales como abandono de la escuela, problemas de aprendizaje, delincuencia, arrestos en la adolescencia, uso de sustancias, entre otros (Farrington, Loeber, & Van Kammen, 1990; Mannuzza, Klein, Konig, & Giampino, 1990; Robin, 1998; Zamora, López, & Gómez, 2009). Por ejemplo, en el estudio reciente de Larson, Russ, Kahn y Halfon (2011) con 5,028 niños con TDAH, el 46% de éstos presentaba algún tipo de problemas de aprendizaje versus el 5% de niños sin TDAH. Asimismo, cuando los niños con TDAH fueron comparados con un grupo de 61,799 niños sin el trastorno, los primeros demostraron unos niveles significativamente más altos en problemas escolares, repetición de grados, pobre competencia social, síntomas depresivos y de ansiedad. También se sabe que el curso clínico tiende a empeorar cuando el TDAH es comórbido con el Trastorno Disocial (Burke, Loeber, & Lahey, 2003). Hasta la década de los 1970s se pensaba que estas adversidades se irían reduciendo con el pasar del tiempo. Sin embargo, con la publicación de estudios longitudinales quedó claro que cerca de un 50% de estos niños y niñas continuaban evidenciando el trastorno, con sus consabidas

secuelas negativas psicosociales (Barkley, 2007; Buitelaar, 2002).

Más reciente aún es el hallazgo de que la médula del TDAH podría permanecer pasada ya la adolescencia. Varios estudios longitudinales informan que luego de pasadas dos décadas, entre un 50-60% de los niños con TDAH aún evidenciaban al menos algunos síntomas del trastorno (Young & Bramham, 2007). De hecho, varios estudios epidemiológicos indican que cerca del 2% de la población general adulta cumple con los criterios diagnósticos de un TDAH (Shaffer, 1994; Young & Bramham, 2007). Estos hallazgos de corte epidemiológico han sido constatados en América Latina. Por ejemplo, Posada-Villa, Rodríguez, Duque, Garzón, Aguilar-Gaxiola y Breslau (2008) en un estudio epidemiológico llevado a cabo en Colombia, encontraron que el 0.5 de la muestra de comunidad presentaba criterios diagnósticos de un TDAH en adultos en los últimos 12 meses. Por su parte, Medina-Mora et al. (2008), en otro estudio epidemiológico llevado a cabo en México, encontraron una prevalencia en el último año de 1.1 para los hombres y de un 0.9 en las mujeres.

Sin embargo, varios investigadores han encontrado que la expresión de los síntomas cambia en la adultez. Por ejemplo, Young y Bramham (2007), en sus estudios en Londres, indican que la impulsividad y la hiperactividad parecen disminuir con la edad, pero los problemas de atención y desorganización persisten más. Más aún, se ha encontrado, más allá de los criterios sintomáticos, que cerca entre el 60-80% de los adultos con TDAH presentan problemas significativos en el área social, académica y emocional (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008). Por lo tanto, los síntomas medulares en el adulto se relacionan con impedimentos en atención, inhibición y auto-regulación. Esto repercute negativamente en la persona adulta con TDAH, encontrándose a menudo que éstos evidencian problemas en la organización en el trabajo, procrastinación, pobre manejo del tiempo, impulsividad al momento de tomar decisiones y pobres habilidades de comunicación (Barkley, 2010; Safren, Perlman, Sprich, & Otto, 2005). Asimismo, se han documentado otras dificultades adaptativas como son: bajo nivel de aprovechamiento académico, pobre manejo de

las finanzas y un caos generalizado de las rutinas diarias (Toone, 2002).

Una necesidad apremiante que ha surgido al documentarse que el TDAH se puede seguir manifestando en el adulto, consiste en desarrollar instrumentos sensitivos y específicos para detectar y diagnosticar adultos con el trastorno. Al respecto, se han desarrollado al momento varias escalas o instrumentos que ayudan a fortalecer la sospecha de un diagnóstico. Claro está, debe tomarse en cuenta que un diagnóstico no puede nunca basarse en una sola prueba. Específicamente, para el TDAH se recomienda administrar un instrumento de auto-informe sobre los síntomas actuales y pasados del trastorno, un examen mental, una evaluación neuropsicológica con énfasis en el menoscabo en la atención e impulsividad y la compilación de información de varias fuentes, tales como informe de padres, maestros, o amistades (Barkley, 2010).

Una prueba de auto-informe estudiada en Puerto Rico es la Wender Utah Rating Scale (Wender, 1995). Esta escala posee 61 ítems y le da la oportunidad al paciente que se describa a sí mismo como niño. Diversos estudios indican que posee propiedades psicométricas que documentan que es de utilidad para evaluar comportamientos del TDAH en la adultez. En Puerto Rico, González y Vélez-Pastrana (2007) utilizaron esta escala, administrándola a 240 estudiantes adultos entre las edades de 20-55 años. La prueba obtuvo un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .94. Adicionalmente, esta escala mostró una estructura factorial muy similar a lo reportado por otros investigadores en los EEUU. González y Vélez-Pastrana indican que la Wender Utah Rating Scale es una medida confiable y válida del TDAH en adultos. Sin embargo, en este estudio no se utilizó un grupo clínico de personas con TDAH, por lo que este estudio no permitió conocer el nivel de especificidad o de sensibilidad de esta prueba en Puerto Rico con participantes con TDAH.

Propósito de la Investigación

El presente estudio tiene como meta validar la EATDAH-A con una muestra de personas adultas que se les ha diagnosticado por un profesional el TDAH. Asimismo, se examinan las propiedades psicométricas del instrumento y

su capacidad para discriminar a personas con un trastorno depresivo y personas sin diagnóstico.

Debido a que en América Latina se han llevado a cabo tan pocas investigaciones sobre la detección del TDAH en adultos, los autores del presente artículo se dieron a la tarea de auscultar la adaptabilidad y propiedades psicométricas de un instrumento que fuera corto y de utilidad en un ambiente clínico. Al respecto, decidimos escoger la Adult ADHD Self Report Scale (EATDAH-A). Esta escala resultó conveniente para el presente estudio ya que la misma es corta y de autoinforme, lo que facilita su uso en un ambiente clínico, ya sean clínicas de comunidad o una oficina privada. Esta escala fue desarrollada por los doctores Leonard Adler, Ronald C. Kessler y Thomas Spencer en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y está basada en algunos de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición (American Psychiatric Association, 1994).

La utilidad de la EATDAH-A fue confirmada recientemente por Adler, Ciranni, Shaw y Paunikar (2010) en un estudio novedoso en donde en una feria de salud se identificaron 30 personas con puntuaciones por encima del punto de corte de la EATDAH-A. Dos años luego estas personas fueron localizadas para documentar si habían sido diagnosticadas con un TDAH. Veintiocho (90%) de estas personas habían acudido a un especialista en salud mental y le habían diagnosticado el TDAH. Los autores concluyen que la EATDAH-A es una prueba efectiva para desarrollar una fuerte sospecha clínica de un probable TDAH en adultos. Por ende, los objetivos en esta investigación fueron los siguientes:

1. Conocer la discriminación biserial (rbis) de los reactivos.
2. Evaluar la consistencia interna del instrumento utilizando el criterio de alfa de Cronbach.
3. Realizar un análisis de factores exploratorio de ejes principales para evaluar si el instrumento mide un factor principal.
4. Determinar si existen diferencias significativas en los promedios de los tres grupos de comparación utilizando como medida las puntuaciones en la EATDAH-A.

MÉTODO

Participantes

Para realizar este estudio se utilizó una muestra de 144 participantes. Ciento cuatro eran mujeres y 40 eran hombres. Todos/as los/as participantes tenían 22 años o más, obteniéndose un rango de 22 hasta 64 años de edad. La edad promedio fue de 35.3 años (DE = 10.8).

El primer grupo de participantes estuvo compuesto por 45 personas (31 mujeres y 14 hombres) con un diagnóstico de TDAH. Todas estas personas presentaron una certificación de su condición emitida por parte de un/a psicólogo/a clínico/a o un/a psiquiatra. Una vez el participante presentó esta certificación, la primera autora (EMJ) utilizó los criterios del DSM-IV para constatar dicha impresión diagnóstica. Para esto, la autora creó una hoja con los 18 síntomas que expone el DSM-IV para el TDAH. Todos/as estas personas tenían que cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV para poder participar en el estudio.

El segundo grupo de participantes estuvo compuesto por 49 personas (36 mujeres y 13 hombres) con un diagnóstico de depresión. A todos se les solicitó una certificación por un/a psiquiatra o psicólogo/a con el objetivo primordial de documentar que dicha persona tenía al momento el diagnóstico clínico de depresión mayor.

El tercer grupo de participantes consistió de un grupo control de personas que cursan estudios graduados en la Universidad Carlos Albizu. Este grupo estuvo compuesto por 50 personas (37 mujeres y 13 hombres).

Los participantes de los primeros dos grupos fueron reclutados por diversos medios de comunicación, como, por ejemplo, cartas que fueron enviadas a diferentes medios como grupos de apoyo y oficinas de profesionales de la salud mental, tales como psicólogos/as, psiquiatras y neurólogos/as. Asimismo, todos los participantes del grupo de TDAH y los del grupo de depresión, estaban en medicación para su condición clínica. Los participantes del grupo control se reclutaron entre estudiantes de la Universidad Carlos Albizu. Se le proveyó a la comunidad universitaria un folleto con

información sobre el estudio y en qué consistiría su participación. Adicional a esto, se les ofreció a los participantes un folleto de información sobre el estudio. Finalmente, los criterios de exclusión para participar de este estudio fueron tener un diagnóstico de algún tipo de psicosis, trastorno disociativo, trastorno generalizado del desarrollo y que no supiera entender o leer el idioma español. Estos criterios de exclusión se basaron en las contestaciones que dieron los propios participantes al preguntársele sobre posible historial o presencia clínica de dichas condiciones.

Instrumentos

Adult Self Report Scale-Versión 1.1 (EATDAH-A), versión en español. Esta escala es una versión abreviada del Adult ADHD Self Report Scale Screener (Adler, Kessler, & Spencer, 2004; Adler et al., 2006). Está diseñada para ser contestada por personas mayores de 18 años. En su versión original esta escala tiene 18 reactivos. Sin embargo, los autores redujeron la misma a seis reactivos que son útiles como una medida de alta sospecha de TDAH. A nivel psicométrico, estos seis reactivos son los ítems más predictivos de tener un TDAH en la adultez, con un valor predictivo de 93% (Kessler et al., 2005). La EATDAH-A es de dominio público y se puede bajar su contenido a través del contacto electrónico de la World Health Organization.

Esta escala de seis reactivos es de auto-informe y es estilo Likert. Las puntuaciones van desde 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (a veces), 3 (frecuentemente) y 4 (muy frecuentemente). Esta escala mide inatención, hiperactividad e impulsividad. Las seis preguntas que se le hacen a la persona son las siguientes:

1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar citas u obligaciones?
4. Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?

5. ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?
6. ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?

La escala que se utilizó fue adaptada y traducida en México. La traducción se llevó a cabo utilizando el protocolo estándar que utiliza la Organización Mundial de la Salud, el cual consiste de una traducción a la inversa y compararla con la escala original. En un estudio piloto la EATDAH-A demostró tener consistencia entre escalas (validez de criterio concurrente) cuando se comparó con la escala de síntomas del DSM-IV, conocida como la ADHD Rating Scale. Asimismo, los índices de correlación entre las escalas fueron altos y obtuvo un nivel adecuado de confiabilidad interna (alfa > .80).

Datos sociodemográficos.

En esta hoja se le preguntó al participante edad, género, ocupación y preguntas sobre la presencia de problemas emocionales y del aprendizaje.

Hoja de consentimiento informado.

En este documento el participante hace constar que leyó el procedimiento del estudio y su deseo de participar voluntariamente del mismo. En la misma se explica también el propósito del estudio y que puede retirarse en cualquier momento de la investigación sin ningún tipo de penalidad. Asimismo, se establece que toda la información provista es confidencial. Esta investigación recibió la aprobación de IRB de la Universidad Carlos Albizu.

Diseño de Investigación

Para realizar este estudio se utilizó un diseño no experimental de tipo exploratorio para evaluar las propiedades psicométricas de la EATDAH-A, versión en español. Según Hernández, Fernández y Baptista (2008), este tipo de diseño se efectúa en circunstancias donde el problema de investigación ha sido poco estudiado o no ha sido abordado anteriormente. En esta investigación se analizaron las propiedades psicométricas (i.e. discriminación y confiabilidad) así como la estructura factorial (validez de constructo) del EATDAH-A, versión en español. También se evaluó si existía validez discriminante y diferencias significativas en los

promedios de los tres grupos de comparación utilizando como medida las puntuaciones en la escala.

Análisis Estadístico

Se utilizó un banco de datos creado por el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 19.0). En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para las variables sociodemográficas de la muestra. Luego se realizaron distintos análisis estadísticos para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento desarrollado al igual que su estructura factorial. Se realizó un análisis de reactivos para conocer el índice de discriminación (rbis) de cada uno de los reactivos. Los índices que eran mayores a .30 se seleccionaron como aceptables (Kline, 2000). A su vez, se evaluó la consistencia interna del instrumento utilizando el análisis de alfa de Cronbach. Se esperaba que el coeficiente alfa de Cronbach fuese igual o mayor que .70 para considerar que el instrumento es confiable (DeVellis, 2003).

También se realizó un análisis de factores exploratorio de ejes principales (AEP) con rotación ortogonal (Varimax) y oblicua (Direct Oblimin) para conocer como los reactivos se agrupan entre sí. En comparación con un análisis de componente principal (ACP), el AEP provee un mejor estimado de las correlaciones ya que las soluciones con ACP incluyen errores de medición. Por otro lado, las rotaciones ortogonales no permite que los factores correlacionan entre sí (se mantengan independiente) mientras que las rotaciones oblicuas sí permite que exista una relación entre ellos mismos (Field, 2009; Pett, Lackey, & Sullivan, 2003). De acuerdo a Pett et al. (2003), la rotación Varimax maximiza las varianzas de las cargas factoriales dentro de los factores mientras que a la misma vez maximiza las diferencias entre las cargas factoriales más altas y bajas en un factor particular. Al contrario, el Direct Oblimin trata de satisfacer los principios de una estructura simple con respecto a la matriz de patrones, utilizando un parámetro (delta) para controlar el grado de relación entre los factores. Se esperaba que la carga del factor fuese mayor o igual a .30 y que los factores tuviesen un valor Eigen mayor o igual a 1 (Kline, 2000).

Posteriormente se realizó un análisis para evaluar la capacidad discriminativa del instrumento, comparándose el grupo de participantes con TDAH con el grupo con depresión y el grupo control normativo. Para estos propósitos se utilizaron pruebas de análisis de varianza (ANOVA) con un nivel de significancia de .05.

RESULTADOS

Análisis de Reactivos

Para evaluar la capacidad discriminativa de los seis reactivos que componen la EATDAH-A, versión en español, se obtuvieron los índices de discriminación biserial (r_{bis}). Este índice es una medida estadística que nos ayuda a identificar si el reactivo discrimina entre grupos. En la Tabla 1 se puede observar los resultados del análisis de discriminación de reactivos de la escala EATDAH-A para la muestra total y los tres grupos. Para la muestra total y el grupo control, todos los reactivos discriminaron adecuadamente. Sin embargo, sólo tres reactivos para el grupo de depresión y cuatro para el grupo de TDAH discriminaron adecuadamente.

TABLA 1.
Análisis de Discriminación de los Ítems de la EATDAH-A, Versión en Español, por Grupo

Ítem	Grupo			
	Muestra Total (n = 143)	Grupo control (n = 49)	Depresión (n = 49)	Grupo TDAH (n = 45)
1	.66	.52	.32	.25
2	.66	.52	.39	.47
3	.59	.41	.02	.33
4	.68	.59	.46	.23
5	.56	.34	.27	.42
6	.64	.37	.27	.66
Alfa de Cronbach	.85	.71	.54	.66

Nota. Kline (2000) sugiere una muestra no menos de 100 participantes por grupo de comparación para obtener resultados confiables. Los resultados por grupos se han presentado para hacer comparaciones preliminares.

Confiabilidad

Para evaluar la consistencia interna de la escala EATDAH-A, versión en español, se llevó a cabo un análisis de alfa de Cronbach. En la muestra total, el índice de confiabilidad para la escala EATDAH-A fue de .85. Este nivel de confiabilidad es adecuado (Kline, 2000). La Tabla 1 presenta los resultados para cada uno de los grupos de comparación.

Análisis de Factores

Se utilizó la muestra total para llevar a cabo este análisis. La prueba de esfericidad de Barlett [$\chi^2(15) = 357.66, p = .001$] indicó que la matriz de correlación obtenida no es una matriz de identidad ($p < .05$). A su vez, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .81$) indicó que el tamaño de la muestra fue lo suficientemente grande para establecer que la solución factorial obtenida era adecuada ($KMO > .70$). Finalmente, la matriz de correlación anti-imagen (CAI) reveló índices que fluctuaron entre .73 y .90, indicando que las correlaciones entre los ítems individuales fueron lo suficientemente robustos para sugerir que se puede obtener factores de la matriz de correlación ($CAI > .60$). En resumen, los resultados indican que se puede proceder a evaluar los resultados del análisis de factores ya que se ha cumplido con los criterios anteriores.

Al analizar los resultados de la matriz de factores del AEP, se extrajo un factor único que agrupó los seis reactivos del EATDAH-A, versión en español; un ACP también reveló la misma estructura factorial. Esto indica que los seis reactivos son parte de una combinación lineal que explican el mismo constructo: síntomas de TDAH en adultos. Para la muestra total, este factor único tiene un valor Eigen de 2.96 y explica el 49% de la varianza. El ítem que obtuvo la mayor carga factorial fue el reactivo 4 ("Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?"). Como sólo se extrajo este factor único en el AEP, no se pudo rotar la solución. La Tabla 2 presenta las cargas factoriales del factor único para la muestra total para el AEP y ACP.

TABLA 2.

Análisis de Factores de los Ítems de la EATDAH-A, Versión en Español, para la Muestra Total

Ítem	Extracción de la suma de las cargas factoriales al cuadrado	
	AEP	ACP
1	.74	.79
2	.75	.79
3	.66	.73
4	.76	.80
5	.61	.69
6	.69	.76
Valor Eigen	2.96	3.46
Varianza explicada	49%	58%

Nota. Kline (2000) sugiere una muestra no menos de 100 participantes para obtener resultados confiables en un análisis de factores.

Información Descriptiva de las Puntuaciones de los/as Participantes

La Tabla 3 presenta las medidas descriptivas de los/as participantes en la EATDAH-A, versión en español. Al evaluar los resultados de la prueba de homogeneidad de las varianzas de Levene,

se encontró que no hay diferencias significativas entre la distribución de las varianzas de los tres grupos [$F(2,140) = 1.02, p = .36$]. A su vez, los valores de Kurtosis y Skewness indican que la distribución de frecuencia de las puntuaciones obtenidas por la muestra total cumplen con el supuesto de normalidad (véase Tabla 3).

TABLA 3.

Medidas Descriptivas de los Tres Grupos en la EATDAH-A, Versión en Español

Grupo	M	DE	Mínimo	Máximo	Kurtosis	Skewness
Control	6.16	3.78	0	13	-1.12	0.10
Depresión	7.04	3.37	1	16	-0.36	0.34
TDAH	15.84	3.87	7	23	-0.43	-0.39
Total	9.51	5.66	0	23	-0.70	0.41

Nota. Para cumplir con los supuestos de normalidad, los índices de Kurtosis y Skewness deben fluctuar entre ± 1.00 .

Luego, se realizó un ANOVA para determinar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones de los tres grupos. Los resultados evidencian que existen diferencias significativas entre las puntuaciones de los tres grupos [$F(2,140) = 98.14, p = .001$], obteniendo el promedio más alto el grupo de TDAH, seguido por el grupo de depresión y luego el control. No se encontró diferencias entre las puntuaciones de los grupos controlando por género y edad. Al realizar un análisis Post-Hoc de Tukey se

encontró que las diferencias se encuentran entre el grupo de TDAH con el grupo control (diferencia de promedio = 9.68, $p = .001$) y depresión (diferencia de promedio = 8.80, $p = .001$). La Tabla 4 presenta cómo se agrupan los promedios de los grupos. Finalmente, el ANOVA también reveló un poder observado de 1.00 (poder $> .80$) para los grupos comparados y un valor Eta parcial de .76, indicando que existe un tamaño de efecto grande (Eta $> .5$).

TABLA 4.
Resultados del Análisis Post-Hoc de Tukey para los Promedios de los Grupos por Subgrupos Homogéneos

Grupo	n	Subgrupo para alfa = .05	
		1	2
Control	49	6.16	
Depresión	49	7.04	
TDAH	45		15.84
Sig.		.47	1.000

Nota. El tamaño de los grupos es desigual. El promedio armónico de los tamaños de los grupos es utilizado. No se garantiza niveles de error tipo I.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de frecuencia donde se establecieron los criterios establecidos de cuatro síntomas o más dentro de un renglón de la escala. Según las instrucciones de la escala, si en los primeros tres reactivos la persona puntúa dentro de los renglones de a veces, frecuentemente o muy frecuentemente, entonces estaría cumpliendo un criterio de TDAH. Si en los ítems, cuatro, cinco y seis, la persona puntúa las preguntas con un frecuentemente o muy frecuentemente, entonces estaría cumpliendo un criterio de TDAH. Si la persona puntúa en al menos cuatro de las seis preguntas dentro del área sombreada, estaría cumpliendo los criterios de un posible TDAH. A tono con este criterio, se clasificó a los participantes de cada uno de los tres grupos como "positivo" o "negativo" a un TDAH. En la Tabla 5 se puede observar el número de personas que cumplieron los cuatro criterios de la escala EATDAH-A, versión en español, para cada uno de los tres grupos. Interesantemente, ninguna persona del grupo control (0%) cumplió los criterios de la escala. Sólo tres personas (6%) lo cumplieron del grupo con depresión y el 82% del grupo con TDAH lo cumplió.

TABLA 5.
Número de Personas que Cumplen el Mínimo de Cuatro Criterios de TDAH en la EATDAH-A, Versión en Español

Grupo	Si	No	Clasificados correctamente
TDAH	37	8	82%
Depresión	3	46	94%
Control	0	50	100%

DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio fueron apoyados empíricamente de acuerdo a los análisis de los datos obtenidos. El primer objetivo era establecer si la EATDAH-A posee un índice de consistencia interna apropiado. El análisis indicó que la prueba cuenta con una confiabilidad interna adecuada.

El segundo objetivo de la investigación se relacionaba con la validez discriminativa del instrumento. Para este propósito utilizamos un grupo de personas con depresión clínica y un grupo de personas que son estudiantes universitarios. El primer grupo fue seleccionado ya que muchas personas con depresión informan problemas de concentración y atención, por lo que podría haber un traslape en términos de puntuaciones en la escala EATDAH-A. Los resultados de esta investigación reflejan que la EATDAH-A pudo fácilmente discriminar entre el grupo que posee un diagnóstico de TDAH y los otros dos grupos. De hecho, como puede notarse en la Tabla 3, ninguna persona del grupo control cumplió los cuatro criterios mínimos de la escala. Interesantemente, sólo tres (6%) personas del grupo con depresión cumplieron dichos criterios.

En la presente investigación, la gran mayoría (82%) de las personas con TDAH cumplieron los cuatro criterios mínimos de la EATDAH-A. Este dato es de sumo interés y relevancia para los clínicos que desean obtener una medida rápida, confiable y válida de un posible TDAH en un paciente adulto. Debido a que nuestros datos reflejan que la EATDAH-A posee buena sensibilidad y sensibilidad, la EATDAH-A podría utilizarse como instrumento de discernimiento inicial en pacientes adultos que presentan dificultades de procrastinación, desorganización, de memoria, y conducta motora hiperactiva. Si el paciente activa los cuatro criterios mínimos el clínico podría auscultar con más precisión la presencia de un TDAH con una entrevista clínica más minuciosa para corroborar la sospecha. La EATDAH-A es ideal para estos propósitos debido a que es una medida corta y apenas toma unos 3-4 minutos cumplimentarse.

Una recomendación adicional que se desprende del presente estudio, es que debe de llevarse a cabo una investigación similar a la aquí reportada pero en donde se pueda correlacionar la EATDAH-A con la Wender Utah

Rating Scale, la cual cuenta con ciertos datos de confiabilidad interna en Puerto Rico (González & Vélez-Pastrana, 2007). En los Estados Unidos, la escala Wender ha podido distinguir el 86% de los adultos con TDAH de personas con depresión y un grupo control de personas sin diagnóstico (Ward, Wender, & Reimherr, 1993). Estos resultados se asemejan mucho a los que pudimos obtener con la EATDAH-A.

Como toda investigación, la nuestra cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, la muestra se obtuvo por disponibilidad, y se limitó a personas que mayormente residen en el área metropolitana de Puerto Rico. Asimismo, no incluimos una medida del estado socio-económico de los participantes, lo que podría traer variaciones en los hallazgos. Asimismo, todos los pacientes de los grupos de TDAH y de depresión se encontraban recibiendo algún tipo de terapia (fármacos o psicoterapia). Una muestra más representativa, con personas sin estar recibiendo intervenciones terapéuticas, podría también modificar nuestros hallazgos.

La presente investigación apoya la idea de que la EATDAH-A es una escala útil y práctica a nivel de evaluación inicial de un TDAH. Por lo tanto, recomendamos que la misma se pueda diseminar entre los clínicos que atienden a pacientes adultos. Asimismo, en las clases graduadas de psicología clínica, los estudiantes deben de familiarizarse con escalas como la EATDAH-A para que su práctica clínica tenga un mayor fundamento en lo que se conoce como Prácticas Psicológicas Basadas en la Evidencia (Martínez-Taboas, 2005; Grupo de Trabajo Asociación de Psicología de Puerto Rico, 2007).

REFERENCIAS

- Adler, L. A., Ciranni, M., Shaw, D. M., & Paunikar, P. (2010). ADHD screening and follow-up: Results from a survey of participants 2 years after an adult ADHD screening day. *Primary Psychiatry, 17*, 32-37.
- Adler, L. A., Kessler, R. C., & Spencer, T. (2004). *Adult ADHD Self Report Scale (EATDAH-A) Screener*. New York: World Health Organization. Información buscada de <http://www.med.nyu.edu/psych/training/adhdscreeener18.pdf>
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (EATDAH-A) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry, 18*, 145-148.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A. (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fisher, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.
- Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. New Haven: Yale University Press.
- Buitelaar, J. K. (2002). Epidemiological aspects: What have we learned over the last decade? In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 30-63). New York: Cambridge University Press.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Lahey, B. B. (2003). Course and outcomes. En C. A. Essau (Ed.), *Conduct and oppositional defiant disorders* (pp. 61-96). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- De Vellis, R. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Farrington, D., Loeber, R., & Van Kammen, W. B. (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood. In L. Robbins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 62-81). New York: Cambridge University Press.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Goldstein, S., & Ellison, A. T. (2002). *Clinician's guide to adult ADHD*. London: Academic Press.
- González, R., & Vélez-Pastrana, M. C. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Auto Informe Wender Utah Rating Scale para la evaluación de síntomas del TDAH

- en adultos puertorriqueños. *Ciencias de la Conducta*, 22, 159-185.
- Grupo Especial de Trabajo Prácticas Psicológicas Basadas en la Evidencia (2007). *Boletín Asociación de Psicología de Puerto Rico*, 29(3), 16-17.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México: McGraw Hill.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ...Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Kooij, S. J. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., ...Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European network adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10, 1-24.
- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, R. (2011). Patterns of comorbidity, functioning and service use for US children with ADHD. *Pediatrics*, 127, 462-470.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Konig, P. H., & Giampino, T. L. (1990). Childhood predictors of psychiatric status in the young adulthood of hyperactive boys: A study controlling for chance associations. In L. Robbins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 279- 299). New York: Cambridge University Press.
- Martínez-Taboas, A. (2005). Investigación de las psicoterapias: Hallazgos, avances y controversias. En G. Bernal & A. Martínez-Taboas (Eds.), *Psicoterapia en Puerto Rico: Teoría y práctica* (pp. 407-431). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Fleiz, C., Rojas, G. E., ...Kessler, R. C. (2008). The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Overview and results. En R. C. Kessler & F. B. Ustun (Eds.), *The WHO world mental health surveys* (pp. 144-164). New York: Cambridge University Press.
- Nigg, J. T., Hinshaw, S. P., & Huang-Pollock, C. (2006). Disorders of attention and impulse regulation. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 358-403). New York: Wiley.
- Palacio, J. D., Peña-Olvera, F., Palacios-Cruz, L., & Ortiz-León, S. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, 35-65.
- Peterson, K., McDonagh, M. S., & Fu, R. (2008). Comparative benefits and harms of competing medications for adults with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and indirect comparison meta-analysis. *Psychopharmacology*, 197, 1-11.
- Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. J. (2003). *Making sense of factor analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Posada-Villa, J., Rodríguez, M., Duque, P., Garzón, A., Aguilar-Gaxiola, S., & Breslau, J. (2008). Mental disorders in Colombia: Results from the World Mental Health Survey. En R. C. Kessler & T. B. Ustun (Eds.), *The WHO world mental health surveys* (pp. 131-143). New York: Cambridge University Press.
- Ramsay, J. R. (2010). CBT for adult ADHD: Adaptations and hypothesized mechanisms of change. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 37-45.
- Robin, A. L. (1998). *ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral program*. New York: Oxford University Press.
- Sandberg, S. (Ed.) (2002). *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. New York: Cambridge University Press.
- Shaffer, D. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 151, 633-638.
- Toone, B. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. En S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 468-490). New York: Cambridge University Press.
- Ward, M. F., Wender, P.H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 885-891.

- Wender, P. H. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorders in adults*. New York: Oxford University Press.
- Young, S., & Bramham, J. (2007). *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. New York: Guilford.
- Zamora, M. M., López, G. C. H., & Gómez, L. A. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, 178-194.