Análisis de la escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en población escolar chilena

BENJAMÍN VICENTE¹, LEANDRO NAVAS^{2a},
MARTA BELMAR^b, F. PABLO HOLGADO^{3c}

Analysis of a scale for the assessment of attention deficit disorder with hyperactivity in Chilean children

Background: Epidemiologic studies may be used as a starting point to improve interventions and improve diagnosis, with instruments that are both reliable and adequate. **Aim:** To analyze the psychometric properties of the Attention Deficit Disorder Evaluation Scale (ADDES) in Chilean primary and high school students. **Material and Methods:** The ADDES was applied by 142 teachers to 254 students. Attention Deficit Disorder was already diagnosed in 144 students. Explanatory and confirmatory factorial analyses were carried out. **Results:** Confirmatory Factorial Analysis (CFA) proved that the model suggested by the authors could not be replicated in the Chilean sample. Exploratory Factorial Analysis (EFA) showed that three new factors came out of the analysis. CFA was applied to the new model and modification indexes suggested the introduction of new saturations. Based on the model with the best goodness-of-fit, psychometric characteristics were evaluated. **Conclusions:** The ADDES adapted to the Chilean context has a high reliability and a strong discrimination ability, allowing the evaluation of behavior disorders, hyperactivity/impulsivity and attention deficit.

(Rev Med Chile 2010; 138: 1502-1509).

Key words: Attention deficit disorders with hyperactivity; Child; Mental disorders diagnosed in childhood.

¹Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Concepción, Chile.

²Facultad de Educación, Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica. Universidad de Alicante, España.

³Facultad de Psicología, Departamento Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

^aDoctor en Psicología.

^bDoctoranda Programa Diseño, Orientación e Intervención Psicopedagógica. Becaria CONICYT. Universidad de Alicante, España.

^cDoctor en Psicología, Facultad de Psicología.

Recibido el 4 de enero de 2010, aceptado el 5 de noviembre de 2010.

Fuente de Apoyo: No necesaria.

Correspondencia a: Leandro Navas Martínez. Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica. Apartado Correos, 99. 03080 Alicante, España. Teléfono: 34 96 590 3400 (Ext. 2913). Fax: 34 96 590 3495.

El trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos infantiles más diagnosticados en la práctica clínica infanto-juvenil¹, identificándose por la falta de atención, impulsividad, intolerancia a la frustración, frecuentemente hiperactividad, trastornos del aprendizaje² y dificultad en la atención sostenida. A nivel mundial, según el DSM- IV, entre 3 y 5% de los niños en edad escolar cumplirían con criterios de hiperactividad³⁻⁶, mientras en Chile los estudios hablan de 6,2%⁷ de estudiantes con trastornos de la actividad y atención, llegando

sólo 13% de los casos a ser atendido por los especialistas⁸; observándose retraso en el diagnóstico precoz, desacuerdo en la intervención y escasez de instrumentos clínicos de apoyo.

La sintomatología del cuadro tiende a interferir en la actividad social, académica o laboral, propia del nivel de desarrollo, sobre todo cuando no se dispone de variadas herramientas clínicas estandarizadas que permitan evaluar el grado de disfuncionalidad, siendo habitual catalogarles de malos estudiantes por obtener calificaciones más bajas, por reprobar más que sus iguales, o por presentar

más problemas de aprendizaje y de conducta que sus compañeros de inteligencia similar, sobre todo cuando no reciben los apoyos oportunos⁹.

Una de las mayores dificultades que experimentan los clínicos, es la obtención de datos para mejorar la anamnesis, para definir el cuadro clínico y juzgar el efecto que los síntomas del TDHA tiene en el rendimiento académico, en las relaciones sociales, escolares y familiares, en la autoestima y en las actividades de la vida diaria en general. Pese a que padres y profesores colaboran en esta tarea, no siempre es oportuna la recogida de la información, siendo menos efectiva la devolución clínica a los centros educativos, situación que entorpece tanto la atención médica como la acción pedagógica especializada. No obstante, hay estudios en los que los profesores mostraron una adecuada capacidad predictiva para detectar problemas de salud mental¹⁰⁻¹².

Hay que tener en cuenta que, por una parte, el trastorno se manifiesta cuando el niño entra en la escuela porque a partir de ese momento se espera que cumpla las normas de disciplina, que permanezca quieto y atento durante períodos prolongados de tiempo, etc¹³ y que, por otra parte, que el trastorno afecta a la adaptación escolar, manteniéndose estable al menos hasta la adolescencia³. Por ello, interesa contar con un instrumento que sea fácil y breve de contestar por los profesores, con el fin de contar con información relevante del contexto en el que el trastorno se hace más ostensible.

Así, para llegar a establecer diagnósticos eficaces, tempranos y oportunos se requiere, no sólo que los profesores proporcionen la información necesaria e imprescindible para el diagnóstico, sino también disponer de instrumentos que permitan recoger las valoraciones de la conducta habitual del alumno *“sensibles a las variaciones asociadas a la fuente de información, edad y sexo de la persona evaluada”*¹⁴, por ello el objeto del presente estudio es analizar las cualidades psicométricas de la *Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (EDAH)¹⁵ en estudiantes chilenos.

Material y Método

El estudio, de corte descriptivo, cuantitativo, no experimental, fue realizado en la Provincia de Concepción, ubicada en la región del Bío-Bío.

Participaron 142 profesores de educación básica, media y especial, que trabajaban en 84 establecimientos educacionales (35 eran subvencionados y 49 municipales). El instrumento fue aplicado por uno de los investigadores, que informó a los profesores sobre los objetivos y características generales del estudio, les ofreció un correo electrónico y varios números de teléfono para realizar consultas relativas al estudio y les solicitó su colaboración, destacando que su participación era voluntaria, confidencial y anónima. Tras obtener su consentimiento verbal, siguiendo los criterios relativos al “consentimiento informado” de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, en su aula habitual, los participantes completaron la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)¹⁵ sin limitación temporal y no recibieron retribución. Cada uno evaluó a los alumnos que les correspondían, hasta un total de 254 alumnos, de los cuales 144 (114 hombres y 30 mujeres) estaban diagnosticados con TDHA por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, sus edades fluctuaron entre los 6 y 18 años, con una media de 11,47 y una desviación típica de 2,98. Y los 110 restantes (67 hombres y 43 mujeres) eran alumnos sin diagnóstico objetivo, adscritos a un establecimiento educacional subvencionado y de los que se sospechaba podrían presentar el trastorno, sus edades fluctuaron entre los 6 y 14 años, con una media de 9,76 años y una desviación típica de 2,07.

La selección de los alumnos del primer grupo se realizó intencionalmente, entre la población consultante de la Unidad Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción y la selección del establecimiento educacional fue incidental y guardó relación con no tener alumnos diagnosticados clínicamente.

Las variables consideradas fueron las respuestas emitidas por los profesores a la escala EDAH que fue construida y baremada en España¹⁵, por lo que se adaptó semánticamente al contexto educativo chileno por medio del acuerdo entre jueces (2 psiquiatras infantiles, 3 psicólogos clínicos, 2 profesores y 3 psicopedagogos). Consta de 20 ítems que se valoran con una escala de tipo Likert de 4 grados que van desde nada a mucha presencia de la conducta. Como los ítems 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16 y 18 están redactados en sentido positivo, en ellos se invirtió la escala de puntuación.

En el manual de la escala¹⁵, los ítems se distribuyen del siguiente modo:

Hiperactividad/impulsividad: ítems 1, 3, 5, 13, 17.

Déficit de Atención: ítems 2, 4, 7, 8 y 19.

Trastorno de Conducta: ítems 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20.

Y se indica que el coeficiente de fiabilidad para el total de la escala fue Alfa = 0,929.

El análisis de los datos incluyó el examen, mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), de la estructura original propuesta por los autores de la escala, la exploración de la estructura interna del instrumento mediante Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Confirmatorio (AFC), y el estudio

de las propiedades psicométricas de los factores resultantes. Para ello se emplearon los software SPSS 15.0 y LISREL 8.71.

Resultados

De acuerdo con la estructura original propuesta por Farré y Narbona¹⁵, la dimensión hiperactividad/impulsividad estaba compuesta por los ítems 1, 3, 5, 13 y 17. La dimensión déficit de atención estaba integrada por los elementos 2, 4, 7, 8 y 19. Finalmente, la dimensión trastornos de conducta la configuraban los ítems 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20. Este modelo es sometido a un AFC usando el método mínimos cuadrados no ponderados. Se obtuvieron los siguientes índices globales de bondad de ajuste: $\chi^2 = 1348,93$ (gl = 167); RMSEA = 0,19, con un intervalo al 90% comprendido entre 0,18 y 0,20; GFI = 0,98, y AGFI = 0,98. La solución completamente estandarizada se muestra en la Tabla 1. Con estos resultados no es posible aceptar la hipótesis que sostiene que el modelo propuesto por los autores se reproduzca en la muestra chilena. Dados estos resultados, se analizó la dimensionalidad de dicho instrumento mediante AFE y AFC.

El AFE se realizó con rotación Varimax y el método de estimación de mínimos cuadrados. De acuerdo con la estructura original, el gráfico de sedimentación¹⁶ y el criterio de Kaiser¹⁷ se extrajeron 3 factores para la estructura y, posteriormente, se analizaron las saturaciones de cada uno de los elementos en el factor correspondiente. Atendiendo a estas saturaciones ($x_i > 0,30$) y al contenido de los ítems propuestos por Farré y Narbona¹⁵ se seleccionó la estructura de factores que se muestra en la Tabla 2. Los autovalores finales y el porcentaje de varianza explicada fueron: 10,310 y 51,55% para el factor 1 (al que, mayoritariamente, pertenecen los ítems del factor trastornos de conducta); 1,789 y 8,95% para el factor 2 (que incluye los ítems 5 y 17 del factor hiperactividad/impulsividad, 15 y 20 del factor trastornos de conducta y 19 del factor déficit de atención), y 1,24 y 6,18% para el factor 3 (que mayoritariamente recoge elementos del factor hiperactividad / impulsividad). Las correlaciones (bivariadas r de Pearson) que se obtuvieron entre los factores aparecen al final de la Tabla 2 y, además de estadísticamente significativas ($p = 0,02$), fueron elevadas ($r > 0,50$ en todos los casos).

Tabla 1. Solución completamente estandarizada para el modelo teórico

Ítem	F1	F2	F3
6	0,79	-	-
9	0,63	-	-
10	0,79	-	-
11	0,86	-	-
12	0,90	-	-
14	0,85	-	-
16	0,93	-	-
18	0,75	-	-
20	0,80	-	-
1	-	0,73	-
3	-	0,89	-
5	-	0,72	-
13	-	0,84	-
17	-	0,90	-
2	-	-	0,58
4	-	-	0,74
7	-	-	0,78
8	-	-	0,67
15	-	-	0,75
19	-	-	0,66
F1	1	-	--
F2	0,80	1	--
F3	0,91	0,78	1

F1= Trastornos de conducta; F2= Hiperactividad/impulsividad; F3= Déficit de atención.

Tabla 2. Matriz factorial rotada para las respuestas de la EDAH

Ítems	F1	F2	F3
2. Presenta bajo rendimiento escolar	0,528	-	-
6. Disfruta trabajando en grupo y respeta la participación de otros	0,728	-	-
7. Habitualmente atiende al profesor mostrando interés por las actividades escolares	0,732	-	0,454
9. Tiene buenas relaciones interpersonales con sus compañeros	0,590	0,478	-
10. Reconoce sus errores	0,605	0,436	-
11. Se comporta adecuadamente en situaciones sociales o de aula	0,716	0,331	0,302
12. Admite la autoridad del profesor escuchando sus consejos	0,569	0,539	0,312
14. Respeta la opinión y participación de sus compañeros	0,616	0,433	-
16. El alumno(a) cumple las reglas pre establecidas	0,639	0,388	0,437
18. Es agradable con la mayoría de sus compañeros	0,588	0,570	-
5. Exige que sus demandas y necesidades sean satisfechas de inmediato	-	0,689	0,428
15. En ocasiones y sin motivo aparente se muestra enfadado y poco amigable	-	0,794	-
17. Generalmente tiene dificultad para controlar sus impulsos	-	0,620	0,498
19. Habitualmente se frustra con facilidad	-	0,674	-
20. Desaprueba las sugerencias del profesor	0,377	0,705	-
1. Durante la clase generalmente está en movimiento	-	-	0,846
3. Interrumpe el trabajo de sus compañeros	-	0,303	0,768
4. En clases se distrae con facilidad	-	-	0,810
8. Habitualmente no termina las actividades que inicia	0,365	-	0,465
13. Necesita moverse constantemente	-	0,377	0,722
F1	1	--	--
F2	0,737*	1	--
F3	0,700*	0,647*	1

* $p < 0,01$

Las evidencias de validez de constructo aportadas por los análisis exploratorios fueron la base para estudiar la estructura confirmatoria de la EDAH. El AFC se realizó por el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados. La especificación del modelo, además de los criterios estadísticos derivados del AFE, siguió los criterios teóricos procedentes de Farré y Narbona^{15,18}. Básicamente la estructura que se analizó se correspondió con la obtenida en el AFE. El modelo propuesto (modelo 1), cuya estructura, solución completamente estandarizada y la correlación entre las dimensiones se observa en la Tabla 3. Se obtuvieron los siguientes índices globales de bondad de ajuste: $\chi^2 = 363,53$ (gl = 167; $p < 0,01$); RMSEA = 0,12, con un intervalo al 90% comprendido entre 0,10 y 0,14; GFI = 0,99, y AGFI = 0,99. Es decir, no sería

del todo razonable aceptar la hipótesis nula sobre la adecuación del modelo a los datos (téngase en cuenta el elevado valor del RMSEA). Sin embargo, dado el primer autovalor obtenido en el AFE, así como la alta correlación mostrada entre los tres factores de primer orden, pareció indicado probar una estructura de orden superior.

Los índices de bondad de ajuste de este nuevo modelo (modelo 2) son: $\chi^2 = 280,23$ (gl=164; $p = 0,00$); RMSEA = 0,095, con un intervalo al 90% comprendido entre 0,075 y 0,11; GFI = 0,99, y AGFI = 0,99. Ello supone un incremento de χ^2 de 83,30 para 3 grados de libertad, lo que indica que el modelo 2 mejora significativamente al modelo 1. La estructura del modelo 2 con la solución completamente estandarizada se muestra en la Tabla 4.

A pesar de que el modelo 2 se sostenía teóri-

Tabla 3. Solución completamente estandarizada para el modelo 1

Ítem	F1	F2	F3
2	0,57	-	-
6	0,79	-	-
7	0,78	-	-
9	0,63	-	-
10	0,79	-	-
11	0,86	-	-
12	0,90	-	-
14	0,84	-	-
16	0,96	-	-
18	0,76	-	-
5	-	0,71	-
15	-	0,81	-
17	-	0,89	-
19	-	0,71	-
20	-	0,86	-
1	-	-	0,72
3	-	-	0,89
4	-	-	0,79
8	-	-	0,73
13	-	-	0,85
F1	1	-	-
F2	0,84	1	-
F3	0,81	0,78	1

F1= Problemas de comportamiento; F2= Impulsividad; F3= Déficit de atención.

Tabla 4. Solución completamente estandarizada para el modelo 2

Ítem	F1	F2	F3
2	0,57	-	-
6	0,79	-	-
7	0,78	-	-
9	0,63	-	-
10	0,79	-	-
11	0,86	-	-
12	0,90	-	-
14	0,84	-	-
16	0,92	-	-
18	0,76	-	-
5	-	0,71	-
15	-	0,81	-
17	-	0,89	-
19	-	0,71	-
20	-	0,86	-
1	-	-	0,72
3	-	-	0,89
4	-	-	0,79
8	-	-	0,73
13	-	-	0,85
THD	0,62	0,19	0,12
F1	1	-	-
F2	0,84	1	-
F3	0,81	0,78	1

F1= Problemas de comportamiento; F2= Impulsividad; F3= Déficit de atención; TDH= Factor de segundo orden.

camente, desde un punto de vista estadístico, el RMSEA seguía siendo muy elevado, por lo que se decidió indagar los índices de modificación. Éstos indicaron que el modelo mejoraba haciendo saturar el ítem 8 en el factor 1 y el ítem 17 en el factor 3. Los índices de bondad de ajuste de este nuevo modelo (modelo 2 teniendo en cuenta los índices de modificación) fueron: $\chi^2 = 260,65$ (gl = 162; p = 0,00); RMSEA = 0,08, con un intervalo del 90% comprendido entre 0,06 y 0,11; GFI = 0,99, y AGFI = 0,99, además el incremento en χ^2 fue 19,58 para 2 grados de libertad, lo que supone una diferencia significativa. Estos resultados ava-

lan empíricamente la estructura propuesta, cuya solución completamente estandarizada se muestra en la Figura 1. Que el ítem 8 (“habitualmente no termina las actividades que inicia”), además de en el factor de hiperactividad y desatención (factor 3), sature en el factor 1 (mala conducta) parece lógico si se considera que no finalizar la tarea en la escuela es una conducta inadecuada en el contexto educativo. Por otra parte, que el ítem 17 (“generalmente tiene dificultad para controlar sus impulsos”), además de ser un indicador de la conducta impulsiva, sature en el factor 3 (hiperactividad y desatención) concuerda con los resul-

Figura 1. Solución completamente estandarizada para el modelo 2 cuando se tienen en cuenta los índices de modificación. (TDH= Factor de segundo orden; PROB= Problemas de conducta; IMPULS= Impulsividad; DESAT= Déficit de atención).

Tabla 5. Descriptivo en la muestra total para los factores de primer y segundo orden

Estadísticos	F1	F2	F3	TDH
Media	18,39	8,27	10,30	36,96
Desviación estándar	6,75	3,75	4,38	13,63
Asimetría estandarizada	-0,74	-0,23	-0,31	-0,58
Curtosis estandarizada	0,40	-0,61	-0,48	0,09
Alfa de Cronbach	0,92	0,87	0,89	0,86
Discriminación media	0,69	0,69	0,71	0,10
Correlación corregida factor-total	0,82*	0,78*	0,80*	-

*p < 0,01. F1= Problemas de comportamiento; F2= Impulsividad; F3= Déficit de atención; TDH= Factor de segundo orden.

tados de Farré y Narbona¹⁵ en los que hiperactividad e impulsividad componían su primer factor.

En cuanto a las características psicométricas básicas de las dimensiones obtenidas en el AFC, se resumen en la Tabla 5. Como puede observarse en ella, la fiabilidad para los factores del primer y segundo orden resultó satisfactoria. Del mismo modo, en todos los casos la discriminación media superó el valor absoluto de 0,30, lo que indica valores adecuados¹⁵.

Discusión

La evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad por parte de los profesores puede ser de gran utilidad a la hora de adoptar medidas tanto clínicas como educativas. Por ello el objetivo de este trabajo fue analizar el comportamiento de la EDAH en población chilena. En cuanto a la fiabilidad, que se hizo operativa a través del coeficiente de consistencia interna, de los distintos factores de primer orden (problemas de comportamiento, impulsividad y déficit de atención) oscila entre 0,87 y 0,92 lo que nos informa de una adecuada escala con adecuados niveles de confiabilidad. También, el factor de segundo orden obtenido presenta un valor de consistencia interna aceptable.

Con respecto a la normalidad de las respuestas, en el presente estudio, tanto los factores de primer orden como el factor de segundo orden, se mantienen en los rangos de normalidad en asimetría y curtosis estandarizadas, lo que confirma la pertinencia de los análisis factoriales realizados sin la necesidad de transformar los datos iniciales.

Los resultados indican la exis-

tencia de tres factores de primer orden. El factor problemas de comportamiento se refiere a situaciones de aula que entorpecen las relaciones con el profesor o con los compañeros y, por lo tanto, afecta a las normas de convivencia del aula y al rendimiento académico. El factor impulsividad hace referencia al control de los impulsos, a la satisfacción de sus necesidades de forma inmediata y el enfado que todo ello supone.

El tercer factor déficit de atención, se vincula con el control de impulsos, la conclusión de las tareas, el exceso de actividad y las distracciones. Además surge un factor de segundo orden que subsume o representa la variabilidad de los tres anteriores.

Estos resultados no concuerdan con los obtenidos por los autores de la escala¹⁵ ya que las variables latentes obtenidas por ellos discrepan de las que resultan en este estudio puesto que el modelo teórico inicial no halló apoyo empírico en los datos. Tales diferencias pueden deberse a que la expresión de los ítems no tiene el mismo significado para los docentes españoles y para los chilenos. También puede haber influido el contexto social y cultural diferente. O incluso las adecuaciones semánticas introducidas por acuerdo entre jueces pueden ser las responsables de la falta de ajuste. En todo caso los autores llegaron a obtener hasta cuatro factores partiendo de una escala de 28 ítems y que finalmente quedó reducida a 3 factores y 20 ítems siguiendo criterios estadísticos.

Que el modelo que contempla el factor de segundo orden y las relaciones sugeridas por los índices de modificación logre el mejor ajuste a los datos nos indica que la escala EDAH en el contexto chileno es un instrumento que cumple los criterios de validez y confiabilidad en Chile. De ahí se deriva la utilidad clínica de este estudio, porque la escala EDAH constituye un instrumento para el diagnóstico precoz, aportando al clínico una visión realista del comportamiento en el aula.

No obstante, sería recomendable replicar estos resultados en una muestra extraída de las distintas regiones que componen el país dado que los docentes participantes procedían únicamente de la región del Bío-Bío. También deberían valorarse las cualidades de la escala cuando son los padres los que valoran al estudiante, así como analizarse el funcionamiento diferencial de los ítems y la invarianza del modelo de medida y del modelo estructural. La superación de ambas limitaciones

junto con la construcción de baremos que permitan evaluar casos clínicos y su evolución durante el tratamiento constituyen posibles líneas de trabajo de cara al futuro.

Agradecimientos: De manera especial agradecemos a los docentes participantes y a la Unidad Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Referencias

1. Mediavilla C. Neurobiología del Trastorno de Hiperactividad. *Rev Neurol* 2003; 36: 555-65.
2. Valdivieso A, Cornejo A, Sánchez M. Tratamiento del síndrome de déficit atencional (SDA) en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000; 38 (1): 7-14.
3. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson, S. A.; 1997.
4. Moreno I. *Hiperactividad: Prevención, Evaluación y Tratamiento en la Infancia*. Madrid: Pirámide; 1995.
5. Orjales I. *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE; 1999.
6. Miranda A, Amado L, Jarque S. *Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una guía Práctica*. Málaga: Aljibe; 2001.
7. Minsal. Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA). Guía Clínica. Santiago, Chile: Ministerio de Salud-Subsecretaría de Salud Pública; 2008.
8. Minsal. Las Enfermedades Mentales en Chile, Magnitud y Consecuencias. Santiago de Chile: Editores Departamento Programa de las Personas. Ministerio de Salud; 1999.
9. Barragán E, De La Peña F. Grupo de expertos nacionales para el estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Primer consenso Latinoamericano sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr*. 2007; 2: 26-39.
10. Ablow Jc, Measelle Jr, Kraemer Hc, Harrington R, Luby J, Sminder N, et al. The McArthur Three-city Outcome Study: Evaluating Multi-informant Measures of Young Children's Symptomatology. *J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1580-90.
11. Achenbach T, Howell C, McConaughy S, Stanger C. Six year Predictors of problems in a National Sample of Children & Youth: II. Signs of Disturbance. *J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry* 1995b; 34: 488-98.
12. Hofstra M, Van Der Ende J, Verhulst F. Child and Ado-

- lescent Problems Predict DSM-IV Disorders in Adulthood: a 14-Year Follow-up of a Dutch Epidemiological Sample. *J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 182-9.
13. Pérez AM. Problemas del aprendizaje del comportamiento. En: Castejón JL, Navas L, editores. *Unas bases psicológicas de la educación especial*. Alicante: Editorial ECU; 2009. p. 171-86.
 14. Amador J, Fornis M, Guàrdia J, Però M. Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema* 2006; 18: 696-703.
 15. Farré A, Narbona J. *Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones; 2000.
 16. Catell R. The scree test for the number of factors. *Mult Behav Res* 1966; 1: 245-76.
 17. Kaiser H. The Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika* 1958; 23: 187-200.
 18. Farré A, Narbona J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Act Ped Esp* 1989; 47: 103-9.
 19. Nunnally J. C, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. (3ª ed.). New York: MacGraw-Hill Publishers; 1994.