

## **CUESTIONARIOS TDAH PARA PROFESORES. UN ANÁLISIS DESDE LOS CRITERIOS DEL DSM-IV-TR Y DSM-V**

### ***ADHD QUESTIONNAIRE FOR TEACHERS. AN ANALYSIS FROM THE DSM-IV-TR AND DSM-V CRITERIA***

José Valero **García Garrido**<sup>1</sup>  
Universidad Católica de Valencia

Claudia **Grau Rubio**  
Jordi **Garcés Ferrer**  
Universidad de Valencia

#### **RESUMEN**

Con frecuencia en el contexto escolar los profesionales de la orientación deben realizar la evaluación de alumnos que presentan síntomas de TDAH, tarea para la cual hacen uso de diferentes instrumentos de evaluación de probada eficacia.

Tomando como punto de referencia los criterios actuales para el diagnóstico de este trastorno, se realiza un análisis cualitativo de los ítems que componen 6 escalas y cuestionarios dirigidos a recoger información de los profesores para la evaluación del TDAH. Una vez realizado el vaciado de todos los ítems que componen los instrumentos, se ha realizado la asignación de cada uno de ellos al criterio del DSM-IV-TR y DSM-V al que va referido. Esto ha permitido un análisis de cuáles son los más frecuentes, qué ítems han sido omitidos o cuáles no pueden ser clasificados en ningún criterio diagnóstico por referirse a problemas de otra índole.

Se constata que algunos ítems que son frecuentemente observados y relevantes en el contexto escolar no suelen formar parte de los instrumentos analizados o están poco representados en ellos. Se propone a los orientadores una estrategia de buenas prácticas para

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Universidad Católica de Valencia. Av. Luis Suñer 23 Alzira 46600, Valencia. Correo-e: [pepe.garcia@ucv.es](mailto:pepe.garcia@ucv.es).

poder llevar a cabo un adecuado asesoramiento en el contexto escolar, seleccionando aquellos instrumentos que evalúen el mayor número posible de síntomas. Los profesionales de la orientación y la psicopedagogía, deben ir más allá de los datos que ofrecen unos pocos instrumentos estandarizados si quieren ofrecer la adecuada respuesta educativa a una realidad tan compleja como el TDAH.

**Palabras clave:** TDAH, orientación educativa, cuestionarios para profesores, evaluación, DSM-V.

## ABSTRACT

Frequently in scholar context orientation professionals should make an evaluation from the students who present ADHD, using different demonstrated efficacy assessment tools.

Taking as reference point the current criteria for the diagnosis of this disorder a qualitative analysis of the items is performed in six scales and questionnaires to collect information from teachers to the ADHD assessment. An assignation from every item to DSM-V criteria allows an analysis from the most frequent items, which ones have been omitted and which ones cannot be classified in any diagnostic criteria because of being referred to different kind of problems.

It is noted some items whose are frequently observed and relevant in the school environment do not usually take part of the analyzed instruments or they are underrepresented in them. A good practice strategy is proposed to councilors to conduct proper counseling at school, selecting those tools to assess as many symptoms as possible. Professionals in educational guidance should go further the data offered by a few standardized instruments to offer the proper educational answer to such a complex reality as the ADHD is.

**Keywords:** ADHD, educational guidance, teacher's questionnaires, assessment, DSM-V.

## Introducción

La investigación actual pone de manifiesto que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones de inicio en la infancia de las más estudiadas y controvertidas, al tiempo que es una de las que con mayor frecuencia se diagnostican en edad escolar. Su naturaleza es compleja y presenta con frecuencia, además de los síntomas centrales (desatención, impulsividad y exceso de movimiento), problemas asociados que tienen importantes implicaciones en la escuela, la familia y en las relaciones interpersonales.

Hasta la fecha el punto de partida para las tareas diagnósticas del TDAH han sido los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) que en este momento se han actualizado en la nueva clasificación del DSM-V (APA, 2013), aunque sin cambios relevantes en lo referente a los 18 síntomas fundamentales del trastorno.

De acuerdo a los criterios diagnósticos actuales (tabla 1), que continúan siendo globalmente los mismos que los del DSM-IV-TR, el TDAH se caracteriza por la aparición de un patrón de síntomas de desatención, exceso de actividad e impulsividad, con una gravedad y frecuencia mayor de lo que sería esperable para sujetos de la misma edad. Este patrón de síntomas es persistente e inapropiado para la edad o el nivel de desarrollo del niño y no se explica por otros trastornos del desarrollo u otros trastornos mentales (APA, 2000). Los síntomas deben estar

presentes antes de los 7 años, mantenerse durante más de 6 meses y manifestarse al menos en dos contextos diferentes (hogar y escuela), provocando en el niño un desajuste significativo.

**TABLA 1. Criterios para el diagnóstico del TDAH en el DSM-V (APA, 2013)**

<p><b>(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de <b>desatención</b> han persistido al menos durante 6 meses y tienen impacto en las actividades sociales y académicas:</b></p> <p>A1. No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares.  A2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.  A3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.  A4. No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares (no se debe a comportamiento negativista o a falta de comprensión).  A5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.  A6. Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares).  A7. Extravía objetos necesarios para tareas activas (p.e. ejercicios escolares, lápices, libros).  A8. Se distrae fácilmente por los estímulos externos.  A9. Es descuidado en las actividades diarias.</p> <p><b>(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de <b>hiperactividad-impulsividad</b> han persistido por lo menos durante 6 meses y tienen impacto en las actividades sociales y académicas:</b></p> <p>H1. Mueve en exceso manos o pies, o se retuerce en el asiento.  H2. Abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.  H3. Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos, sentimientos subjetivos de inquietud).  H4. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.  H5. "Está en marcha" o suele actuar "como si tuviera un motor".  H6. Habla en exceso.</p> <p>I1. Precipita las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.  I2. Tiene dificultades para guardar su turno.  I3. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. e. se entromete en conversaciones o juegos).</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Según el DSM-V, los síntomas fundamentales que definen el TDAH siguen siendo los problemas de atención, la hiperactividad y la impulsividad que pueden ser observados en el niño de modo diverso en función del predominio de unos síntomas sobre otros. De este modo se configuran 4 formas de presentación del trastorno en el momento de la evaluación: la presentación hiperactivo/impulsiva (H/I) si están presentes 6 o más síntomas de H/I pero menos de 5 de inatención, la presentación falta de atención si se cumplen 6 o más de inatención pero de 3 a 5 de hiperactividad impulsividad, la presentación de desatención restringida si se cumplen 6 o más de inatención pero 2 o menos de hiperactividad/impulsividad y la presentación combinada si se producen 6 o más de uno y otro.

A estos síntomas principales que definen el trastorno, se suelen añadir de forma comórbida otros trastornos de diversa índole. Los estudios actuales indican que alrededor de la mitad de los niños con TDAH tienen asociada al menos una dificultad o incluso 2 ó mas trastornos. Frecuentemente encontramos junto al TDAH, trastornos de conducta oposicionista desafiante (TOD), alteraciones del humor, trastornos de ansiedad, tics, Síndrome Gilles de la Tourette o dificultades de aprendizaje (Jensen et al., 2001).

De forma general se acepta que los alumnos/as con TDAH tienen un mayor riesgo de presentar problemas académicos y de aprendizaje, dificultades sociales y rechazo entre sus iguales, aunque aquellos que presentan TDAH con predominio de inatención suelen presentar

prioritariamente problemas de aprendizaje (Daley y Birchwood, 2010) mientras aquellos con predominio de hiperactividad impulsividad suelen mostrar mayores problemas de conducta y de relación social (Greenfield y Fischel, 2005).

Esta variedad de manifestaciones son observadas a diario en el contexto escolar y pueden provocar disfunciones importantes en la dinámica del aula si tenemos en cuenta que los maestros todavía tienen niveles de formación mejorables respecto a este trastorno (Jarque y Tárraga, 2009). Por ello los profesionales de la orientación educativa o psicopedagogía deben realizar una evaluación adecuada para poder asesorar y orientar la respuesta más adecuada en función de los medios disponibles. En este proceso de evaluación, es frecuente el uso de diferentes instrumentos como entrevistas con padres y profesores, cuestionarios y escalas de estimación conductual que han demostrado propiedades psicométricas aceptables.

Algunos de ellos que podríamos considerar de amplio espectro, son usados principalmente como instrumento de screening, otros son escalas específicas dirigidas a evaluar características y síntomas propios del TDAH, situaciones en las que aparecen o problemas de conducta asociados.

La información recogida a través de algunos de estos instrumentos es complementada con la obtenida a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR o del DSM-V, la observación directa del comportamiento y una evaluación específica de aspectos como la atención, control inhibitorio, impulsividad, memoria de trabajo o flexibilidad cognitiva.

La complejidad de las manifestaciones y sus implicaciones en el contexto escolar y familiar, hacen que la evaluación de los alumnos/as con TDAH sea un reto importante, puesto que la evaluación va a constituir el primer paso en la intervención educativa con este grupo de alumnos.

## Método

### *Muestra*

El objetivo fundamental que nos planteamos en el presente trabajo es la recopilación y análisis de los ítems que componen las diferentes escalas de evaluación del TDAH que van dirigidas a profesores. Los instrumentos utilizados para el análisis en este estudio han sido:

- Pruebas de amplio espectro:
  - Behavior Assessment System for Children (BASC) de Reynold y Kamphaus (2004).
  - Teacher Report Form/5-18 (TRF) de Achenbach (1991).
- Escalas y cuestionarios específicos de TDAH:
  - Escalas Conners para profesores (CTRS-28) (Conners, 1997)
  - Escala (EDAH) de Farré y Narbona (2003)
  - Escalas de calificación de autocontrol de Kendall y Wilcox (1979).
- Cuestionarios de problemas de conducta:
  - Alteración del comportamiento en la escuela (ACE) de Arias, Ayuso, Gil y González (2006).
  - Cuestionario Comportamental para Preescolares (CCP) de Miranda y Santamaría (1986).

Se han escogido esos cuestionarios en primer lugar por ser los más comúnmente utilizados en el contexto escolar o en investigación pero además por representar los diferentes niveles de edad que cubre la educación obligatoria en España. La elección de escalas dirigidas a evaluar problemas de conducta se ha realizado teniendo en cuenta que muchos de los ítems que las componen van referidos a aspectos que están directamente relacionados con los criterios que establece el DSM-V- para el TDAH. Con esta selección se pretende tener una muestra relevante de aquellos instrumentos usados con frecuencia en la población escolar para la evaluación en educación infantil y primaria.

### *Procedimiento*

Se han tomado como referencia los criterios establecidos en el DSM-V que son globalmente los mismos que los del anterior DSM-IV-TR para este trastorno, realizando la adscripción de cada ítem de los mencionados instrumentos a uno de esos criterios, de modo que por ejemplo el ítem de la escala Conners: “Es inquieto, no para de moverse” se ha asignado al criterio de hiperactividad H5 (TABLA 1) por ser éste el que mejor lo define.

Tras una primera clasificación realizada por los autores, se ha solicitado a 6 profesionales expertos orientadores/as de Servicios Psicopedagógicos Escolares (S.P.Es.) y Gabinetes Municipales Homologados de la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte de Valencia que enjuiciaran la adecuación de cada una de las asignaciones, consiguiendo la unanimidad en la adscripción de todos los ítems que componen las escalas a los correspondientes criterios del DSM-V.

Este mismo proceso se ha seguido para adscribir también aquellos ítems que no se refieren a ninguno de los criterios diagnósticos del DSM-V, clasificándolos en diferentes categorías en función del contenido semántico de su redacción. Así por ejemplo el ítem “niega sus errores o echa la culpa a otros” del cuestionario EDAH, ha sido catalogado como “mentiras”.

Una vez realizado el vaciado de todos los cuestionarios, se realizan dos análisis básicos: por un lado en función de cada instrumento concreto centrándonos en los aspectos a los que se refieren sus ítems, criterios diagnósticos que no han sido tenidos en cuenta en su redacción y aspectos conductuales que se reflejan en ellos. De igual modo se realiza otro tomando como referente cada uno de los criterios diagnósticos, mediante una observación transversal de cuales son los que están contemplados en las pruebas y cuales no han sido incluidos en ninguna de ellas.

## **Resultados**

A continuación observamos la composición de cada uno de los instrumentos seleccionados, analizando los criterios que contemplan y los que omiten, para realizar posteriormente un análisis global de los resultados en su conjunto.

### *Behavior Assesment System for Children (BASC) de Reynold. y Kamphaus (2004)*

En nuestro estudio se ha elegido el formato T1 dirigido a niños en edad preescolar, por considerar importante tener un muestreo de ítems referidos a este nivel de edad. Se han considerado los 29 ítems que saturan en desatención, hiperactividad, impulsividad y agresividad según los estudios originales.

Tras la adscripción de ítems a criterios, se observa que en la escala están presentes la mayor parte de signos de desatención y de impulsividad pero solo 3 referidos a hiperactividad. Han sido omitidas las referencias a los ítems A5 - A6 - A7 - H2 - H3 - H6 e I1. Un total de 11 ítems no van directamente referidos a criterios diagnósticos sino que hacen referencia a otras conductas asociadas de forma habitual al TDAH.

Aspectos como la dificultad para organizar tareas y actividades, resistencia a realizar aquellas que requieren un esfuerzo mental sostenido o extravío de objetos necesarios para las actividades, no están entre sus ítems. Igualmente no existen referencias a los niveles altos de actividad que se reflejan en aspectos como abandonar la silla de forma frecuente, correr o saltar en situaciones inapropiadas o hablar en exceso.

Por otro lado, llama la atención que 7 ítems hacen alusión al criterio I3 “interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros” (p. e. “se entromete en conversaciones o juegos”), pero no se considera en este instrumento el signo de impulsividad caracterizado por ofrecer respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas.

#### *Teacher Report Form /5-18 (TRF) de Achenbach (1991)*

Es una versión para profesores aplicable de 5 a 18 años que es muy utilizada en investigación porque permite discriminar entre niños normales y con TDAH, así como analizar la presencia de ciertas comorbilidades.

Achenbach encontró 2 factores principales: desatención e hiperactividad-impulsividad, aunque otros estudios con muestras españolas (Amador, Forns, Guardia y Perú, 2006) han encontrado 3 factores diferenciados: desatención-problemas escolares, desatención-ensimismamiento e hiperactividad-impulsividad. Al tratarse de un instrumento con muchos ítems, se han seleccionado solo aquellos que componen estos 3 factores según el mencionado estudio.

En su composición tienen representación mayoritaria los referidos a criterios de desatención, y dos de los 3 que establece el DSM-V para impulsividad. En cambio los criterios de hiperactividad se refieren únicamente al criterio H5 (“Está siempre en marcha”). Los criterios no contemplados son: A1 - A6 - A7 - H1 - H2 - H3 - H4 y H6. Un total de 7 ítems más, hacen referencia a otros aspectos que no pueden ser adscritos a ningún criterio diagnóstico.

Los ítems de desatención hacen hincapié en síntomas como “no finalizar las cosas que empieza” y en aspectos relacionados con el ensimismamiento y la ensoñación, característica importante de un gran grupo de niños con TDAH subtipo inatento. Por otro lado, los signos de hiperactividad solo son valorados mediante 2 ítems referidos a un mismo criterio y que tal como se ha señalado, hacen alusión a movilidad e inquietud excesiva. Otros síntomas como los movimientos en la silla, levantarse frecuentemente etc. que pueden ser importantes en situaciones escolares, no están presentes entre sus ítems, a pesar de ser una versión dirigida a profesores. De igual modo tampoco existen alusiones a otro aspecto relacionado con la impulsividad que consideramos esencial, como es la tendencia generalizada en los niños TDAH a precipitar respuestas verbales sin reflexión.

#### *Conners Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R) de Conners, (1997)*

Esta escala es, sin duda, la más utilizada para la evaluación de los síntomas del TDAH en todo tipo de poblaciones. Es aplicable de 3 a 17 años y sirve para evaluar la presencia y severidad

de conductas relacionadas con este trastorno. Desde la versión inicial (CTRS-39) de 39 ítems, han aparecido diferentes revisiones abreviadas con un número variable de ítems. La escala abreviada para profesores utilizada en nuestro estudio será la de 28 ítems. Los factores que mide son: oposicionismo, desatención, hiperactividad-impulsividad y un índice global de TDAH.

Los 28 ítems de esta versión analizada, tienen una relación directa con 4 criterios de desatención, los 3 de impulsividad y tan solo con uno de hiperactividad: el H5, al igual que sucedía con el cuestionario TRF. Están en cambio excluidos los referidos a los criterios: A1 - A5 - A7 - A8 - A9 - H1 - H2 - H3 - H4 - H6. Otros 18 ítems de los incluidos en la escala evalúan aspectos distintos que se pueden presentar de forma comórbida junto al TDAH pero no clasificables directamente en ninguno de los criterios diagnósticos.

Solamente 4 ítems hacen referencia directa a signos de desatención descritos en el DSM-V, quedando obviados algunos como las dificultades para organizar tareas, olvido de materiales etc. Otros 5 están clasificados en los criterios de hiperactividad-impulsividad y van referidos, de forma genérica, a la existencia de movimiento excesivo e inquietud. Los síntomas más típicos en el contexto escolar como no permanecer bien sentado, levantarse a menudo o hablar en exceso, no aparecen entre sus ítems.

El hecho de que gran parte de los ítems de la escala hagan alusión a aspectos como problemas de conducta, de relación social, sumisión etc., nos da un referente de la comorbilidad que presenta el TDAH y del peso que tienen en él este tipo de manifestaciones conductuales.

#### *Escala de Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH) de Farré y Narbona (2003)*

Es un cuestionario muy utilizado en los contextos educativos y baremado con población escolar de 1º a 6º curso de educación primaria, por tanto aplicable de 6 a 12 años. Está compuesto por 20 ítems de los cuales solo 10 se refieren a hiperactividad y desatención. El resto de ítems (la mitad de la escala) evalúan problemas de conducta. Los baremos obtienen puntuaciones en los factores de hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta y trastorno combinado.

En nuestro análisis aparecen representados solo 3 criterios de desatención, los 3 de impulsividad y el mismo criterio H5 que estamos observando en las escalas anteriores, mientras que los referidos a A1 - A2 - A5 - A6 - A7 - A9 - H1 - H2 - H3 - H4 y H6 no están presentes.

Aspectos como la atención a los detalles, el mantenimiento de la atención, la organización de tareas, el extravío de materiales escolares, o los frecuentes olvidos en situaciones cotidianas, no están contemplados entre sus ítems, así como tampoco las manifestaciones de hiperactividad referidas a levantarse de su silla, moverse en ella, o las dificultades para jugar tranquilamente, situaciones todas ellas que podrían ser observadas en el contexto escolar de forma habitual.

#### *Escala de Autocontrol (SCRS) de Kendall y Wilcox (1979)*

La Escala de Autocontrol SCRS se desarrolló para evaluar la dimensión de impulsividad/autocontrol basándose en una conceptualización cognitivo-conductual. Está compuesta por 33 ítems de los cuales 10 evalúan impulsividad, 13 autorregulación y los otros 10 evalúan conductas en las que intervienen ambas variables. El uso de esta escala resulta interesante teniendo en cuenta que el déficit en el control de impulsos es uno de los núcleos fundamentales del TDAH.

Los criterios representados son 6 de desatención, 3 de hiperactividad y los 3 de impulsividad, mientras que no existe ninguno relacionado con los síntomas A5 - A6 - A7 - H3 - H5 - H6. Un total de 4 ítems se refieren a otros dominios fuera de los criterios diagnósticos.

En esta escala, a diferencia de las anteriores, los ítems aparecen en el formato de preguntas que hacen referencia a situaciones concretas y fácilmente identificables por el profesor. La proporción de ítems que pueden ser asignados a los criterios del DSM-V respecto a los problemas conductuales, es razonable. A pesar de ello, algunos aspectos escolares como la dificultad para organizar tareas y actividades, extraviar objetos necesarios para el trabajo escolar o la resistencia a realizar actividades que requieren un esfuerzo mental, no son consideradas en la escala. Por otro lado, también hay que señalar que algunas manifestaciones conductuales de hiperactividad como "saltar en situaciones inadecuadas", "estar en marcha como un motor" o "hablar en exceso" no aparecen entre sus ítems. En contrapartida, debemos resaltar una buena distribución de los ítems de impulsividad.

Los problemas de conducta están representados de una forma discreta con 4 ítems referidos a respeto de normas, resistencia a la frustración, dominancia y tirar/estropear objetos.

#### *Escala de Alteración del Comportamiento en la escuela (ACE) de Arias, Ayuso, Gil y González (2006)*

Este cuestionario dirigido a profesores es aplicable de 3 a 13 años y tiene dos finalidades básicas, la de detección de posibles desviaciones conductuales y la de sentar las bases para una adecuada intervención. Permite clasificar a los alumnos en 4 categorías: desviación conductual no constatada, ligera, moderada y severa, en función de puntos de corte que están establecidos de forma diferencial por etapas (infantil y primaria) y por sexos.

Omite un total de 7 criterios de desatención, 1 de impulsividad y todos los de hiperactividad, de modo que solo tiene en cuenta 2 criterios de desatención y 2 de impulsividad. Ocho ítems hacen referencia a otros aspectos no contemplados en los criterios diagnósticos del DSM-V.

Debemos tener en cuenta que esta escala evalúa problemas conductuales, por lo cual, la mayor parte de sus ítems se dirigen a ello. Algunos ítems referidos a provocaciones, molestias a los compañeros y gritos, hemos considerado que son manifestaciones de interrupción y entrometimiento en las actividades de los otros (criterio I3).

#### *Cuestionario de Conductas problemáticas para Preescolares (CCP) de Miranda y Santamaría (1986)*

Dirigido a padres y profesores de niños entre 3 y 6 años, incluye ítems de diferentes instrumentos con los criterios del DSM-III. Para este estudio se ha utilizado la versión de 46 ítems con una distribución en 4 factores: hiperactividad-inatención, irritabilidad-bajo control, agresividad y ansiedad.

Los criterios presentes en el cuestionario son 3 de desatención, 4 de hiperactividad y los 3 referidos a impulsividad, pero ninguno de sus ítems hacen referencia a los criterios A1 - A2 - A5 - A6 - A7 - A9 - H3 - H6. Un total de 22 ítems se refieren a aspectos que no son los síntomas centrales del TDAH.

El cuestionario enfatiza los aspectos desatencionales referidos a que no escucha, no sigue instrucciones o se distrae por estímulos irrelevantes, pero omite el resto de manifestaciones relacionadas con las dificultades de atención propias del trastorno. Por otra parte, hace alusión a los aspectos de impulsividad y rastrea problemas relacionados con varias conductas de hiperactividad, posiblemente debido a que los síntomas más evidentes del TDAH en edad infantil son los relacionados con hiperactividad-impulsividad y no los de desatención (Barkley, 2009). Cabe señalar que el número de ítems relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-V supone la mitad del cuestionario.

La síntesis de resultados aparece reflejada en la tabla 2.

Podemos realizar en primer lugar un breve análisis tomando como referencia la representación de cada criterio en el total de los instrumentos analizados. En cuanto a los signos de **desatención**, se observa que algunos de ellos no están presentes en ninguno de los cuestionarios. Este es el caso del A7 referido al extravío de objetos necesarios para el trabajo escolar: libros, cuadernos, lápices etc. que son conductas observadas con frecuencia en el contexto escolar. Este es un signo sorprendente si pensamos que todos los instrumentos seleccionados para el análisis son cuestionarios que van dirigidos a profesores.

**TABLA 2. Criterios del DSM-V representados en los ítems de los diferentes instrumentos**

CRITERIOS DSM-V		BASC	TRF	Conners	EDAH	Kendall	ACE	CCP	Total pruebas
A1	No atención a detalles, errores por descuido	1	-	-	-	1	-	-	2
A2	No mantenimiento de la atención	2	1	1	-	1	-	-	4
A3	Parece no escuchar	1	2	1	1	1	-	3	6
A4	No sigue instrucciones, no finaliza tareas	1	3	1	2	3	1	3	6
A5	Dificultades para organizarse	-	1	-	-	-	1	-	2
A6	Evita tareas de esfuerzo mental	-	-	1	-	-	-	-	1
A7	Extravía objetos	-	-	-	-	-	-	-	-
A8	Distracción con estímulos externos	1	1	-	1	1	-	1	5
A9	Olvidadizo en las actividades diarias	1	-	-	-	2	-	-	2
H1	Mueve manos y pies	1	-	-	-	1	-	1	3
H2	Se levanta	-	-	-	-	1	-	2	2
H3	Corre o salta situaciones inadecuadas	-	-	-	-	-	-	-	-
H4	Dificultades en jugar tranquilamente	1	-	-	-	1	-	2	2
H5	Está siempre en marcha	1	3	2	2	-	-	1	5
H6	Habla en exceso	-	-	-	-	-	-	-	-
I1	Precipita respuestas	-	1	1	1	3	1	2	6
I2	Dificultades en respetar turnos	1	-	1	1	3	-	3	5
I3	Interrumpe, se inmiscuye	7	1	2	2	2	3	2	7
<b>TOTAL</b>		18	13	10	10	20	8	18	
<b>N. ítems representados</b>		11	8	8	7	12	4	10	

Muy escasa representación tienen algunos ítems de desatención como el A6: “evita tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido”, el A1: “No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido”, el A5 “tiene dificultades para organizarse” o el A9: “Es olvidadizo en las tareas diarias”. En contrapartida tienen una presencia importante en la mayor parte de instrumentos las descripciones que resaltan la habitual facilidad para distraerse con estímulos irrelevantes (A8) o las dificultades para mantener la atención en tareas o actividades (A2).

Globalmente constatamos que en aspectos de desatención destaca la mayor importancia de los ítems referidos al no seguimiento de instrucciones o no finalización de las tareas (A4) con formulaciones relacionadas con “no finalizar las tareas que comienza”, “inconstancia en el trabajo” o “pasar de una actividad a otra sin finalizar ninguna de ellas”. También evidenciamos frecuentes referencias a las conductas de “no escucha cuando se le habla directamente” (A3). Estos criterios son incluidos de forma muy frecuente en las escalas utilizadas.

Del mismo modo como sucede en los signos de inatención, podemos observar que en los signos de hiperactividad, el criterio H3 “corre o salta en situaciones inapropiadas” o el de “hablar en exceso” (H6), no aparecen a pesar de que suelen ser signos que se observan en las aulas durante las tareas escolares o en algunas situaciones educativas que exigen una conducta “controlada”. Otros como mover manos y pies (H1) y levantarse de la silla (H2), están poco presentes aunque son conductas muy evidentes en el contexto escolar y que suelen llamar la atención de los profesores/as. Este último aspecto de no permanecer sentado, curiosamente solo aparece en los cuestionarios más antiguos.

Con una importancia relativa se sitúan también los signos referidos a movimientos de manos y pies cuando está sentado y a la dificultad para jugar tranquilamente. La conducta de levantarse de forma frecuente resulta poco representada en estos instrumentos, mientras que el resto de criterios como correr o saltar en situaciones inapropiadas o hablar excesivamente, no son tenidos en cuenta.

Curiosamente los aspectos de hiperactividad o están ausentes en los cuestionarios o bien están poco representados, excepción hecha del criterio “está siempre en marcha” (H5) que se evidencia como signo más relevante para la mayoría de los instrumentos. Parece que esa formulación sintetiza las diferentes manifestaciones conductuales referidas a un movimiento excesivo en las diferentes situaciones cotidianas.

Respecto a los signos de **impulsividad**, cabe señalar que todos los ítems están incluidos en las escalas, aunque se suele dar más peso a los síntomas relacionados con conductas que interrumpen la actividad de los otros: conductas de provocación, gritos etc. que son las más llamativas y molestas (I3). Este ítem es el único que está representado en la totalidad de los instrumentos analizados en este estudio. En general los porcentajes de representación de los ítems de impulsividad son proporcionalmente los más elevados si los comparamos con los de desatención y los de hiperactividad.

Continuando con nuestro análisis puede resultar también de utilidad analizar qué combinación de pruebas cubre un mayor espectro de criterios diagnósticos (tabla 3).

**TABLA 3. Criterios que se evalúan utilizando combinaciones de instrumentos (sobre 18 del DSM-V)**

	RTF	CONNERS	EDAH	KENDALL	ACE	CCP
<b>BASC</b>	13	15	12	14	12	13
<b>TRF</b>		10	9	14	11	8
<b>CONNER</b>			10	15	11	9
<b>EDAH</b>				13	9	8
<b>KENDALL</b>					13	11
<b>ACE</b>						10

Por último, con la finalidad de completar el análisis sobre la composición de estos instrumentos, realizamos un breve análisis de los ítems que aparecen en ellos pero que no tienen un referente directo en el DSM-V. Son signos conductuales que se asocian con frecuencia al

TDAH y que precisamente por ello, ocupan una gran cantidad de ítems en la composición de los cuestionarios que hemos analizado. En la tabla 4 se especifica a qué aspectos se refieren esos ítems.

**TABLA 4. Otras conductas reflejadas en los ítems sin relación directa con criterios del DSM-V**

	BASC	TRF	Conners	EDAH	Kendall	ACE	CCP	Pruebas
<b>Temperamento:</b> malhumor, pendenciero.	1	0	3	0	0	0	0	2
<b>Dominancia:</b> Impone sus ideas, manipula	0	0	0	0	1	1	0	2
<b>Sumisión:</b> sumiso, le dirigen	0	0	2	0	0	0	0	1
<b>Liderazgo:</b> Carece de liderazgo	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>Ansiedad:</b> confusión	0	1	0	0	0	0	4	2
<b>Mentiras:</b> niega sus errores, miente	0	0	1	1	0	1	0	3
<b>Cambios de humor:</b> Estallidos de cólera impredecibles, cambio de humor	0	0	2	1	0	0	0	2
<b>Resistencia a la frustración:</b> Sensible a críticas, arrogante, desiste y se enfada	0	0	1	0	1	0	6	3
<b>Respeto de normas</b>	0	0	1	2	1	0	1	4
<b>Tirar/estropear objetos</b>	0	0	0	0	1	1	0	2
<b>Aceptación:</b> No aceptación por el grupo, se lleva mal.	0	0	2	2	0	0	2	3
<b>Cooperación:</b> Dificultades en cooperar con niños y adultos	0	0	2	1	0	0	0	2
<b>Irrespetuoso:</b> Contestón, arrogante, se burla, se enfrenta	0	0	0	1	0	1	0	2
<b>Agresión física/verbal:</b> Discute y pelea, agrede, insulta.	0	0	0	1	0	1	4	3
<b>Rabietas</b>	0	0	0	0	0	1	2	2
<b>Conflictos</b>	0	0	0	0	0	0	3	1
<b>Dificultades generales de aprendizaje:</b> Dificultades de aprendizaje, mala coordinación, trabajo escolar deficiente	4	4	1	1	0	0	0	4
<b>Motivación:</b> Apático, poco motivado	1	0	0	0	0	0	0	1
<b>Dificultades para el adulto:</b> Excesivas demandas de atención	0	0	1	0	0	0	1	2
<b>Infantilismo:</b> es infantil e inmaduro	1	1	1	0	0	0	0	4
<b>Otros:</b> no controla esfínteres, tics.	0	0	0	0	0	0	3	0

Como puede observarse la relación de conductas es extensa y alude a muy diversos aspectos. Alguno de ellos referido a temperamento, dominancia-sumisión, aspectos conductuales problemáticos como mentiras, cambios de humor, escasa resistencia a la frustración o falta de respecto a las normas.

Un elevado número de ellos hacen referencia a diversos aspectos de relación social como dificultades en la cooperación con otros, conflictos, agresiones y conductas irrespetuosas con el adulto. Por otro lado destacan por su mayor presencia en el conjunto de los instrumentos analizados, las dificultades de aprendizaje que manifiestan con frecuencia los alumnos con TDAH y la falta de seguimiento de normas, ambas reflejo de las comorbilidades más frecuentes con este trastorno.

Todos estos aspectos, de un modo u otro, están avalados por numerosas investigaciones que señalan que los alumnos con TDAH presentan mayores dificultades en muchos dominios de socialización (Muñoz y Moreno, 2008; Bell, 2010), problemas de aprendizaje (Daley y Birchwood, 2010) y problemas de internalización (Bell, 2010). De cualquier modo, en la composición de los cuestionarios se echa en falta la existencia de ítems que vayan referidos a funciones ejecutivas básicas como memoria de trabajo, así como a factores motivacionales como la aversión al retraso,

todos ellos relacionados muy directamente con los síntomas nucleares del trastorno (Thorell, 2007; Barkley, 2009).

El análisis realizado resulta relevante una vez ha sido publicado el actual DSM-V teniendo en cuenta que, con la excepción de la edad de inicio y de algún aspecto relacionado con el diagnóstico diferencial TDAH-TGD, los criterios continúan siendo los mismos que en el DSM-IV-TR.

## Conclusiones

El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (APA, 2013) constituye el referente para realizar el diagnóstico del TDAH. Los criterios que establece han demostrado en numerosos estudios su utilidad para discriminar los niños con TDAH de aquellos que no lo presentan, pero a pesar de ello su uso no está exento de problemas ni críticas que el profesional de la orientación y la psicopedagogía debe tener en cuenta.

De acuerdo al análisis realizado, se nos plantea la cuestión de si es suficiente la evaluación mediante los instrumentos analizados. La respuesta es, sin duda, que no. En primer lugar porque hemos de tener en cuenta que los subtipos de TDAH no son estables sino cambiantes con el tiempo (Lahey et al., 2005; Massetti et al., 2008). Está aceptado que en las edades preescolares predomina el subtipo hiperactivo-impulsivo aunque los signos de hiperactividad disminuyen rápidamente a lo largo del desarrollo, de modo que este subtipo suele ser un precursor evolutivo del combinado (Barkley, 2009). Por su parte los déficits atencionales suelen aparecer con más claridad conforme avanza la primaria y se incrementan las exigencias académicas.

Esta escasa estabilidad de los subtipos a lo largo del tiempo, no es tenida en cuenta por el DSM-V que establece los mismos puntos de corte indistintamente de los niveles de edad. Los profesionales de la orientación educativa no deben ser ajenos a esta situación y deben tener muy en cuenta el momento evolutivo del alumno que están evaluando y la cambiante presentación de los síntomas del TDAH a lo largo de los años. El profesional debe analizar toda la información teniendo en cuenta que normalmente no estamos ante subtipos puros sino ante muy diferentes formas de presentación del trastorno (Tannock 2013).

En ese caso, ¿cuales deberían ser las dimensiones evaluadas?. Los aspectos de hiperactividad deberían ser evaluados como primeras manifestaciones del trastorno, también los de desatención por un doble motivo: en primer lugar por su notable influencia cuando los aprendizajes escolares se van haciendo más complejos y en segundo porque cada vez es más evidente la existencia de un patrón caracterizado por la falta de atención "pura" sin signos relevantes de hiperactividad o impulsividad (Nigg et al., 2010; Tannock, 2013) presentación de síntomas que ha sido reconocida en el nuevo DSM-V. Por supuesto la inclusión de los signos de impulsividad cognitiva y conductual deben ser incorporados e incluso incrementados puesto que parecen tomar fuerza como síntoma principal conforme se avanza en edad (Barkley, 2009). Todo esto exige un repertorio amplio de ítems que evalúen estas 3 dimensiones.

En segundo lugar porque no existe acuerdo respecto a cuales son los síntomas del DSM que tienen mayor poder predictivo. Algunos autores (Cardó et al., 2009; López et al., 2011) afirman que existen criterios mejores que otros, aunque con variaciones en función del informante (padres o profesores) y que pueden encontrarse modelos eficaces compuestos por un número menor de síntomas (hasta un 66% más reducido) para cada subtipo. Esto ha llevado a considerar que podría ser útil la reducción del listado de síntomas para evaluar la presencia de TDAH.

Ante esta situación ¿cuáles son los elementos más relevantes para una acertada evaluación? A lo largo de la exposición hemos valorado de forma negativa la ausencia de determinados síntomas que son claramente observables en el contexto escolar pero que no son contemplados o están escasamente representados en los instrumentos estandarizados. Algunas investigaciones nos llevan a la consideración de que algunos de estos ítems tienen un peso importante en la evaluación del TDAH.

Ciertos ítems no dejan mucho lugar a dudas: el referido a que “no sigue instrucciones” es referido por diversos estudios como el que tiene más peso en factores de desatención (Döpfner et al., 2006; Zhang, 2005). Otros como “dificultades para organizar tareas y actividades”, “es olvidadizo” o “no presta atención suficiente a los detalles”, demuestran también una importante saturación en este factor, pero como hemos visto aparecen poco representados en los cuestionarios. Cardó et al. (2009) consideran el criterio “extraviar objetos necesarios para el trabajo” como el síntoma de desatención con mayor valor predictivo del TDAH para los profesores, pero este criterio tampoco se refleja en ninguno de los instrumentos analizados.

Lo mismo podríamos afirmar respecto a los criterios de hiperactividad/impulsividad. En función de algunos estudios realizados con amplias muestras (Döpfner et al., 2006; Zhang, 2005) se evidencia la importancia de síntomas como “corre o salta en lugares inapropiados”, “se levanta” o “mueve manos y pies” con importante peso en el factor mencionado. El criterio “tiene dificultades para jugar tranquilamente” en el estudio realizado por Cardó et al. (2009) es, entre los criterios de hiperactividad-impulsividad, el más fiable en la predicción - descarte del TDAH para profesores (aspecto en el que coinciden con los padres), en cambio, Döpfner et al. (2006) señalan una importancia moderada para este criterio, en la línea de lo que hemos observado en nuestro análisis.

Otro tanto podríamos decir referido al criterio de habla en exceso que no aparece representado en los instrumentos y sin embargo parece tener un alto peso en factores de impulsividad (Döpfner et al., 2006).

Dada la gran heterogeneidad de las manifestaciones del TDAH y las consecuencias que tiene el TDAH para los aprendizajes y la socialización de los alumnos (Daley y Birchwood, 2010; Muñoz y Moreno, 2008), resulta importante disponer de recursos o instrumentos de evaluación que cubran todas sus manifestaciones en los diferentes momentos evolutivos, sin excesivo interés en que el listado de síntomas sea reducido. Además resulta importante que estos instrumentos recojan otros aspectos conductuales referidos a problemas comórbidos y relacionados con el deterioro funcional que provoca en la vida de los alumnos (Harrison et al., 2011).

Esto implica que sus ítems deben estar redactados claramente con indicadores que hagan referencia a situaciones fácilmente identificables por el profesorado. Cuando un profesional de la orientación o psicopedagogía pregunta al profesorado si un alumno “tiene dificultades para organizarse” o “es olvidadizo en las actividades diarias”, encuentra dificultades por carecer de un referente conductual que concrete estos ítems. La necesidad de ejemplificar los síntomas con descripciones comprensibles, constituía una propuesta realizada por algunos autores durante la preparación del DSM-V (Ghanizadeh, 2012; Coghill y Seth, 2011) y que finalmente ha sido recogida en el texto de la nueva clasificación (APA, 2013).

En esta línea, el conocimiento de la composición de las pruebas que hemos analizado, constituye una interesante reflexión que puede mejorar la evaluación cualitativa de todas las manifestaciones observadas en el contexto escolar. La determinación de esos aspectos “débiles” en el alumnado, va a facilitar al profesional de la orientación la información necesaria para plantear una intervención conductual individualizada.

Una buena propuesta podría ser la utilización conjunta de aquellos instrumentos con los que podamos cubrir la mayor cantidad de indicadores posibles. En función de los datos recogidos (TABLA 3) una combinación de instrumentos como la Escala Conners junto a la Behavior Assessment System for Children (BASC) de Reynold y Kamphaus (2004), puede ser una buena alternativa para alumnos de educación infantil, dado que evalúa 15 de los 18 criterios del DSM-IV. La combinación escalas Conners – Escalas de autocontrol de Kendall y Wilcox para alumnos de educación primaria es otro de los binomios que cubren un mayor número de signos para la evaluación del trastorno.

La evaluación ha de fundamentarse por tanto en el uso de diferentes instrumentos que ofrezcan un conocimiento completo del perfil del sujeto en todos los criterios que definen el trastorno, de los problemas asociados que presenta y de la medida en la que ambos factores están provocando una interferencia en el funcionamiento personal, social y académico del alumno. Solo con un planteamiento extenso podemos ofrecer alternativas educativas dirigidas a reducir los efectos negativos que el trastorno provoca en todos los aspectos del desarrollo y en esta línea sería deseable la proliferación de nuevos instrumentos de evaluación más en consonancia con esta propuesta.

## Referencias bibliográficas

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT: Universidad de Vermont. Departamento de Psiquiatría.
- Amador, J.A., Forns, M., Guardia, J. y Peró, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18 (4), 696-703.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition revisada). Washington, DC: Author. (DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (2002). Barcelona: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arias, A., Ayuso, L.M., Gil, G. y González, I. (2006). ACE. *Alteraciones del comportamiento en la escuela*. Madrid: TEA.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de neurología*, 48 (2), 101-106.
- Bell, A. (2010). A Critical Review of ADHD Diagnostic Criteria: What to Address in the DSM-V. *Journal of Attention Disorders* 15(1) 3-10.
- Cardó, E., Bustillo, M., Riutort, L., Bernad, M. M. Meisel, V., García-Banada, G. y Servera, M. (2009). ¿Cuál es la combinación de síntomas según padres y maestros más fiable para el diagnóstico de TDAH?. *Anales de pediatría*, 71(2), 141-147.
- Coghill, D. y Seth, S. (2011). Do the diagnostic criteria for ADHD need to change? Comments on

the preliminary proposals of the DSM-5 ADHD and Disruptive Behavior Disorders Committee. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 75–81.

Conners, C.K. (1997). *Conners' Teacher Rating Scale- Revised Manual*. Nueva York, Multi- Health Systems.

Daley, D. y Birchwood (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: care, health and development* 36(4):455-64.

Döpfner, M., Steinhausen, H.C., Coghill, D., Dalsgaard, S., Poole, L., Ralston, S. y Rothenberger, A. (2006). Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the Rating Scale in a pan-European study. *Eur Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (1), 46-155.

Farré, A. y Narbona, J. (2003). *EDAH Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA.

Ghanizadeh, A. (2012). Psychometric analysis of the new ADHD DSM-V derived symptoms. *BMC Psychiatry*, 12(1), 21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-21>

Greenfield, E. y Fischel, J.E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46 (7), 755–773.

Harrison, J.R., Vannest, K. y Reynolds C. (2011). Behaviors That Discriminate ADHD in Children and Adolescents: Primary Symptoms, Symptoms of Comorbid Conditions, or Indicators of Functional Impairment?. *Journal of Attention Disorders*, 15(2) 147–160.

Jarque, S. y Tárraga, R. (2009). Comparación de los conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y los futuros educadores. *Infancia y Aprendizaje*, 32 (4), 517-529.

Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., et al. (2001). ADHD Comorbidity findings from the MTA Study: Comparing Comorbidity Subgroups. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158.

Kendall, P. y Wilcox, L. (1979). Self-control in children: Developmental of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1020-1029.

Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Lee, S. y Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD From Preschool Through Elementary School. *Archives of General Psychiatry*, 62, 896-902.

López, J.A., Rodríguez, L., Sacristán, A.M., Garrido, M., Martínez, M.T. y Andrés, J.M. (2011). Validez de los criterios DSM-IV según respuesta de los padres en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2011; 31, 271-283.

Massetti, G. Lahey, B. Pelham, W. Loney, J. Ehrhardt, A., Lee, S. & Kipp, H. (2008). Academic Achievement Over 8 Years Among Children Who Met Modified Criteria for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder at 4–6 Years of Age. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36:399–410

- Miranda A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades en el aprendizaje*. Valencia: Promolibro.
- Muñoz, L. y Moreno, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de psicología*, 26 (2), 317-329.
- Nigg, J., Tannock, R., Rodhe, L.A. (2010). What is to be the fate of ADHD subtypes?. An introduction to the Special Section on Research on the ADHD subtypes and implications for the DSM-V. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39 (6), 723-725.
- Re, A.M. y Cornoldi, C. (2009). Two New Rating Scales for Assessment of ADHD Symptoms in Italian Preschool Children: A Comparison between Parent and Teacher Ratings. *Journal of Attention Disorders* 12, 532-539.
- Reynold, C.R. y Kamphaus, R.W. Basc. (2004). *Behavior assessment system for children*. Madrid: TEA.
- Tannock, R. (2013). Rethinking ADHD and LD in *DSM-5*: Proposed Changes in Diagnostic Criteria. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 5-25.
- Thorell, E. (2007). Do delay aversion and executive function deficits make distinct contributions to the functional impact of ADHD symptoms? A study of early academic skill deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (11), 1061-1070.
- Zhang, S., Faries, D.E., Vowles, M., y Michelson, D. (2005). ADHD Rating Scale IV: psychometric properties from a multinational study as a clinician-administred instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14 (4), 186-201.

**Fecha de entrada:** 28 de enero de 2013

**Fecha de revisión:** 12 de marzo de 2013

**Fecha de aceptación:** 3 de septiembre de 2013