Enero-Febrero
Volumen 17, Año 2016 Número 1

Revista Mexicana de Neurociencia

Publicación oficial de la Academia Mexicana de Neurología A.C.

Revista Mexicana de Neurociencia 2016; 17(1): 12-22

Órgano Oficial de Difusión de la AMN

Academia Mexicana de Neurología, A.C.

www.revmexneuroci.com / ISSN 1665-5044

Contribución Original

Ernesto Barceló-Martínez,[1]
Alexandra León-Jacobus,[2]
Omar Cortes-Peña,[2]
Stephany Valle-Córdoba,[2]
Yuliana Flórez-Niño[2]

[1]Facultad de Psicología; Corporación Universidad de la Costa CUC. Instituto Colombiano de Neuropedagogía; Barranquilla, Colombia.
[2]Facultad de Psicología; Corporación Universidad de la Costa CUC; Barranquilla, Colombia.

Validación del inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES-TDAH) ajustado al DSM-V

Validity of a Self-report scale of ADHD symptoms based on the DSM -V diagnostic criteria (IES-TDAH)

Resumen

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones del neurodesarrollo más comunes en la infancia y adolescencia. Sus síntomas se manifiestan en las esferas cognoscitivas y conductuales, con repercusiones funcionales importantes. En adultos, tiene una alta prevalencia que oscila del 5 al 20%. El diagnóstico se basa en la identificación de síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad, consignados en los manuales de clasificación de enfermedades mentales (DSM y CIE).

Objetivo: Validar el inventario IES- TDAH a partir del análisis de los niveles de consistencia interna y niveles de correlación con escalas Gold Stándard: Wender- Utah Rating Scale – WURS, Escala de Autoinforme de TDAH en adultos (ASRS-V1.1) y Criterios CIE-10.

Métodos: Esta investigación parte del diseño de un inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES-TDAH) a partir del constructo teórico sobre el trastorno y de los criterios del DSM-V. Posterior al diseño y validación de contenido por jueces, se obtiene como resultado una versión preliminar la cual se aplica en una muestra piloto a 120 jóvenes (60 hombres y 60 mujeres) vinculados a instituciones de educación superior de la ciudad de Barranquilla y cuyas edades oscilan entre los 18 y 23 años de edad.

Resultados: Se obtienen resultados satisfactorios al encontrar un alto índice de confiabilidad (alfa de Cronbach = 0.914), e igualmente se obtiene la validez de criterio analizando el comportamiento del IES TDAH frente a otras pruebas Gold Standard que arrojan altos índices de correlación: Wender- Utah Rating Scale - WURS (r = 0.88); con los criterios del CIE-10 (r = 0.89) y con la escala de autoinforme de TDAH en adultos (ASRS-V1.1) (r = 0.898).

Conclusiones: Se considera que el IES-TDAH se constituye en un instrumento que proporciona datos confiables en la aproximación al diagnóstico clínico del TDAH en adultos.

Palabras clave.

TDAH, CIE-10, DSM-V, ASRS, Wender- Utah Rating Scale.

Abstract

Introduction: The attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in childhood and adolescence. Its symptoms are manifested in cognitive and behavioral areas, with important functional consequences. In adults, it has a high prevalence ranging from 5 to 20%. The diagnosis is based on identifying symptoms of inattention, hyperactivity-impulsivity entered in the manual classification of mental disorders (DSM and ICD).

Objective: To validate the scale IES- TDAH from the analysis of the levels of internal consistency and correlation levels with scales Gold Standard: Wender- Utah Rating Scale - WURS; Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) and ICD-10 criteria.

Methods: This research is generated from the design of an exploratory inventory of ADHD symptoms (IES-ADHD) from the theoretical construct about the disorder and the DSM-V. Followed design and validation content by judges, it was obtained a preliminary version applied to a pilot sample of 120 young people (60 men and 60 women) pertaining to institutions of higher education in the city of Barranquilla and whose ages ranged between 18 and 23 years.

Results: Satisfactory results were obtained by finding a high level of reliability (Cronbach's alpha = 0.914) and also the criterion validity was obtained by analyzing the behavior of IES over other tests ADHD gold standard that showed high levels of correlation with the Wender-Utah Rating Scale (WURS) (r = 0.88), with ICD-10 criteria (r = 0.89), and with the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) (r = 0.898).

Conclusions: We considered that the IES-ADHD constitutes an instrument that provides reliable data in the approach to the clinical diagnosis of ADHD in adults.

Keywords.

ADHD, ICD-10, DSM-V, ASRS, Wender Utah Rating Scale.

Correspondencia:
Dr. Ernesto Barceló Martínez,
Facultad de Psicología; Corporación Universidad de la Costa CUC. Instituto Colombiano de Neuropedagogía; Barranquilla, Colombia.
Calle 58 # 55 – 66. Barranquilla, Colombia.
Teléfono: (+57 5) 3362207, PBX: (+57 5) 336 2200.
Correo electrónico: investigacion@icnweb.org

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 como el síndrome caracterizado por la distractibilidad, la desinhibición, la impulsividad, la hiperactividad, los cambios marcados de humor y la agresividad.[1-3] Esta patología del desarrollo presenta en la actualidad, una mayor prevalencia e impacto en la población infantil, caracterizada no sólo por los síntomas arriba descritos, sino también por una fuerte modificación en el desarrollo de las actividades diarias de acuerdo a la funcionalidad.[4] Sin embargo, en relación a la prevalencia del trastorno en la adultez, a lo largo de los últimos 30 años, se ha ido reconociendo cada vez más la persistencia del TDAH en esta etapa del desarrollo,[5] evidenciando que de los niños diagnosticados, dos tercios continúan con la sintomatología en la edad adulta.[6-7] Las manifestaciones clínicas del TDAH, cambian en la adolescencia y adultez, el DSM-V contempla criterios del trastorno con remisión parcial o sin remisión de síntomas durante la infancia, que suelen darse a través de problemas de aprendizaje, de conducta y otros problemas neuropsiquiátricos; mientras que en la adultez, esta patología se manifiesta principalmente por síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad.[8-9] Por otro lado, también se ha podido comprobar que en los adultos el TDAH tiene alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, problemas de comportamiento, trastornos del estado de ánimo y trastornos por abuso de sustancias.[10] A partir de lo señalado, y del creciente interés por esta patología en el adulto, de acuerdo a su alta prevalencia e impacto funcional, surge la necesidad de trabajar en el diseño y validación del instrumento IES-TADH, cuyos ítems se fundamentan en la reciente versión del Manual Diagnostico y Estadístico de enfermedades mentales DSM – V.

Materiales y métodos

La investigación se enmarca en el paradigma empírico-analítico y según su método de estudio, responde al tipo cuantitativo.[11-12] El abordaje teórico se da desde un modelo de procesamiento de corte analítico, en el que se requiere en un primer momento un trabajo de orden bibliográfico para identificar la variable de estudio y poder construir los procedimientos metodológicos y técnicos utilizados en la construcción de los datos.[12] En relación a su finalidad, es una investigación de tipo instrumental,[13] investigaciones que están encaminadas al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño, adaptación y/o estudio de las propiedades psicométricas de los mismos. Respecto a su temporalidad es un estudio transversal.[14]

Población y Muestreo

Se encuentra conformada por adultos jóvenes universitarios, hombres y mujeres entre 18 y 23 años de edad, pertenecientes a instituciones de educación superior de la ciudad de Barranquilla, Colombia. Dada la naturaleza del presente estudio, se configuró una muestra piloto de 120 participantes, balanceada en función de género (50% mujeres y 50% hombres) y edad (20% en cada grupo etario). Así mismo, la selección de la muestra se dio por criterio experto y es de tipo no probabilístico, intencional o de conveniencia, a partir de criterios de inclusión y exclusión que responden a:

Criterios de inclusión

1. Nivel Educativo: Universitario.
2. Edad: 18-23 años. Primer o segundo semestre de carrera universitaria.
3. Ausencia de antecedentes clínicos significativos, que podrían explicar la presencia de los síntomas a evaluar; como traumas craneoencefálicos, síndrome de apnea del sueño, cefalea, hipertensión,

cambios constantes de ánimo, déficit sensorial o motor, fármaco dependencia, alcoholismos, entre otros (descartados con la aplicación de la ficha de antecedentes clínicos).

Instrumentos

Durante el desarrollo del proceso investigativo, fueron empleados los siguientes instrumentos:

Inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES- TDAH).

Es una lista de chequeo autoaplicada diseñada para la investigación en curso, cuyo tiempo de aplicación oscila entre 10 a 15 minutos. Dicho instrumento se encuentra conformado por 18 ítems, su objetivo es medir la prevalencia de síntomas de TDAH en adultos jóvenes por medio de la cuantificación de la sintomatología relacionada con este, teniendo en cuenta los distintos factores que inciden en la configuración de dichos síntomas y que comprometen la viabilidad de la evaluación diagnóstica y neuropsicológica de este trastorno.

El Inventario Exploratorio de Síntomas de TDAH (IES- TDAH), se encuentra constituida por dos sub-escalas, que evalúan dos criterios como son la inatención y la hiperactividad/impulsividad respectivamente. La primera de ellas abarca del ítem 1 al 9 y está dirigida a evaluar los síntomas del tipo inatento en el que se presentan interrogantes sobre la presencia de errores en las actividades laborales, deficiencia en el mantenimiento de la atención en ciertas actividades, la dificultad en el seguimiento de instrucciones, etc. La segunda subescala comprende los ítems del 10 al 18, y evalúa los síntomas característicos del tipo hiperactivo/impulsivo, denotando interrogantes como el jugueteo de las manos, la sensación de inquietud o ansiedad, impaciencia constante, etc.

La lista de tipos de elementos individuales comprende 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (a veces), 3 (con frecuencia) y 4 (con mucha frecuencia). El objetivo de esta lista de chequeo es establecer con ambas sub-escalas, la prevalencia en la sintomatología del TDAH en adultos jóvenes en cuya niñez presentaron el trastorno y en que forma estas afectan la funcionalidad del individuo en los diferentes aspectos de su vida. Esto, medido específicamente, a partir de los últimos criterios del instrumento, cuyos ítems del 19 al 22, estudia la presencia de síntomas antes de los 16 años de edad y la disfuncionalidad de las manifestaciones clínicas del trastorno.

Escala Wender- Utah Rating Scale (WURS)

Wender Utah Rating Scale for the Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, es una batería creada para medir la gravedad de los síntomas presentados por los adultos con TDAH. Esta prueba que se aplica en 10 a 15 minutos, mide los síntomas en siete categorías:

1. Dificultades de atención.
2. Hiperactividad/agitación.
3. Humor.
4. Labilidad afectiva.
5. Hiperreactividad emocional.
6. Desorganización.
7. Impulsividad.[15]

Maneja una escala de tipos de elementos individuales de 1 a 5, donde 1 corresponde a (nada en absoluto), 2 (un poco), 3 (moderadamente), 4 (bastante) y 5 (mucho). Su encabezado hace referencia a los síntomas presentados en la niñez a través de frases como: "De pequeño era (o tenía) (o estaba). Esta prueba puede ser utilizada para evaluar el estado de ánimo y cambios emocionales que se dan por el TDAH.[16]

Escala de TDAH según criterios del CIE-10

Esta lista de chequeo es auto-aplicable y está desarrollada para ser respondida en un periodo de 10 a 15 minutos. Dicho instrumento se encuentra conformado por 18 ítems, los cuales se encuentran divididos según los criterios de evaluación que oscilan entre inatención, hiperactividad e impulsividad. El primero mide la dificultad propia de predominio inatento que va del ítem 1 al 9, el segundo de predominio hiperactivo que va del ítem 10 al 14 y el tercero de predominio impulsivo que oscila del 15 al 18. Comprende una escala de

Fases	Nombre de la fase	Descripción
Fase 1	Diseño y adaptación semántica del instrumento	En esta fase, se realiza la delimitación conceptual y revisión de los Criterios diagnósticos del DSM-V, para construir los ítems que comprenderá el inventario exploratorio.
Fase 2	Evaluación por jueces expertos y ajustes derivados	Una vez construido el instrumento, se pasa a evaluación por jueces, para que asignen una puntuación de 0 a 5, según indicadores de coherencia, sintaxis, semántica, pertinencia y relevancia de los ítems. Además, se les solicita realizar observaciones a cada uno de los criterios en caso de ser necesario. A partir de las evaluaciones obtenidas, se realizan los ajustes pertinentes al instrumento.
Fase 3	Selección de la muestra	Esta fase se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico, por criterio experto, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión designados, en aras de garantizar una muestra balanceada en función del género y la edad.
Fase 4	Administración de los instrumentos	En esta fase se administraron 4 instrumentos elegidos para el estudio (Wender – UTAH Rating Scale, Escala de TDAH – Criterios CIE 10, Lista de control de síntomas para la escala de autoinforme de TDAH en adultos y IES - TDAH) y 1 encuesta de antecedentes clínicos; teniendo en cuenta el carácter transversal del mismo, por lo que su aplicación se realizó en un mismo espacio físico (salones amplios de cada una de las universidades) y temporal, bajo las condiciones ecológicas especificadas por cada autor, para la administración de cada una de las pruebas.
Fase 5	Captura, procesamiento y validación de la información	Esta fase se realizó a través de programas Microsoft Excel para la captura de la información y SPSS para el procesamiento estadístico de los datos.
Fase 6	Análisis de la validez y confiabilidad del inventario IES-TDAH	En esta se realizó el análisis del Inventario en función del análisis descriptivo de los ítems, confiabilidad y validez (contenido, criterio y constructo).

Tabla 1. Descripción del procedimiento.

tipos de elementos individuales de 0 al 4, donde 0 corresponde a (nunca), 1 (rara vez), 2 (a veces), 3 (con frecuencia) y 4 (con mucha frecuencia). El objetivo de este instrumento es evaluar la pertenencia y prevalencia de los síntomas del TDAH en adultos basándose en los criterios del sistema evaluativo CIE-10 de la OMS en 1992.[17-18]

Lista de control de síntomas para la Escala de Autoinforme de TDAH en Adultos (ASRS- V1.1)

La Escala de Autorreporte de Tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la Vida Adulta (ASRS, por sus siglas en inglés: "Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist") se desarrolló en conjunto con la revisión de la encuesta compuesta internacional de diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta escala tiene un tiempo de aplicación oscila entre 5 a 10 minutos. Dicho instrumento se encuentra conformado por 18 ítems y evalúa la prevalencia de los síntomas del TDAH en adultos, basándose en los criterios del sistema de la OMS para determinar las características del fenómeno en cuestión. La escala ASRS-V1.1 se compone de tres partes definidas como A, B y C. La primera va del ítem 1 al 6 y comprende la sintomatología del predominio inatento, el segundo, que va del ítem 7 al 12, identifica los síntomas del predominio hiperactivo y la tercera del predominio impulsivo.[19]

Procedimiento

Para llevar a cabo la validación del Inventario Exploratorio para Síntomas de TDAH (IES-TDAH), la presente investigación se ejecutó seccionada en 5 fases que son descritas en la *tabla 1.*

Consideraciones éticas

Todos los procesos investigativos estuvieron guiados bajo los estatutos del Colegio Colombiano de Psicólogos, COLPSIC; al Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia y al Código de

Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki). De esta forma, durante el desarrollo de la investigación, se socializó con los participantes la naturaleza del proceso y que sus derechos que serían garantizados.

Resultados

Análisis de la confiabilidad y validez derivados de la aplicación piloto del IES-TDAH en jóvenes universitarios

En relación a las puntuaciones obtenidas en el IES TDAH, los resultados arrojan una confiabilidad Alfa de Cronbach de α:,914, la cual se considera alta y da muestra de la calidad en el diseño del instrumento, de igual forma, obtuvo una media de 35.4 y una desviación estandar de 11.5, tal como se muestra en la *figura 1.*

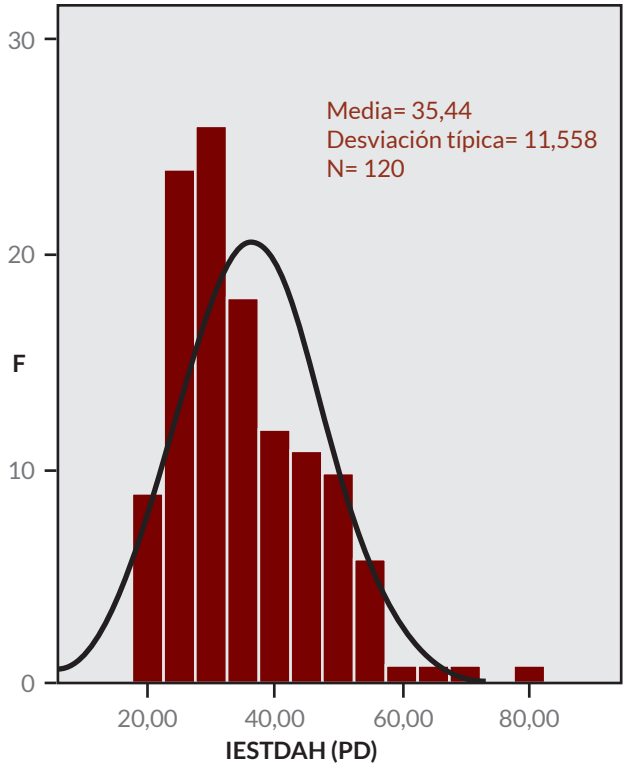

Figura 1. Histograma Puntuación Directa IES TDAH. Nota: "F", Frecuencia.

Validez de Constructo: Consistencia interna del IES TDAH

La *tabla 2* evidencia que todos los ítems del instrumento guardan una correlación directamente proporcional con los puntajes totales de la escala, lo cual indica el alto nivel de consistencia interna del IES TDAH. Es de notar que se obtuvo en su mayoría altos índices de correlación ítem-escala, a excepción del ítem 14 que obtuvo la correlación más baja (0.476), todos los demás ítems fueron superiores a 0.50. Se encontró una correlación por encima de 0.70 en el ítem 8 (0.727) y correlaciones por encima de 0.60 en los ítems 3, 4, 7, 9, 11 y 12.

Validez de criterio: Correlación IES TDAH con Escalas ASRS, WURS y CIE-10

En primera instancia se estimaron los Índice Alfa de Cronbach de los instrumentos, arrojando resultados de: ASRSS (α: 0.898), WURS (α: 0.880) y CIE-10 (α: 0.890), lo cual en la muestra objeto de estudio todas las escalas obtuvieron altos índices de confiabilidad.

La *tabla 3* muestra la correlación de las puntuaciones totales de las escalas aplicadas. En estos resultados se evidencia que el índice de Correlación de Pearson las puntuaciones totales arrojan una alta significancia del IES TDAH con las escalas WURS (σ: 0.684), CIE-10 (σ: 0.861) y ASRS (σ: 0.854). Esto da evidencia de la validez de criterio, pues en esta se busca que el instrumento diseñado logre dar respuesta a la evaluación de los síntomas del TDAH, como lo hacen las otras escalas aplicadas.

En la *tabla 4* se puede identificar que existe una correlación directamente proporcional de alta magnitud y estadísticamente significativa, entre los puntajes de los criterios de inatención, hiperactividad e impulsividad de las escalas ASRS, CIE-10 y con el puntaje total del IES TDAH. Además, se evidencia que las correlaciones entre el IES TDAH con respecto a los otros instrumentos aplicados son todas positivas y estadísticamente significativas. Para mejorar la descripción de los resultados es necesario señalar que en cuanto a la dimensión de inatención del IES TDAH respecto a la escalas aplicadas, se obtuvo según el índice de

	Media	Var.	Corr.	Alfa
Comete errores en actividades laborales, académicas u otras tareas, por no prestar suficiente atención a detalles en las mismas.	33.36	122.669	0.524	0.910
Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades que sean prolongadas (Por ejemplo: (lecturas, conversaciones largas, asistencia a conferencias, entre otras).	33.29	122.057	0.530	0.910
Algunas personas le han manifestado que cuando le hablan directamente parece no escuchar o que tiene la mente en otro lugar.	33.62	119.852	0.611**	0.908
Le cuesta trabajo seguir instrucciones (Por ejemplo: comienza una actividad y no la finaliza).	33.84	120.319	0.687**	0.907
Tiene dificultad para planificar y trabajar organizadamente en tareas u otras actividades (Por ejemplo: dificultades para mantener en orden materiales de trabajo y pertenencias, dificultad para llevar la secuencia de tareas, dificultad para manejar el tiempo.	33.71	122.091	0.522	0.910
Le disgusta realizar tareas que requieran de esfuerzo mental (por ejemplo: Completar formularios, entregar informes, etc.).	33.64	120.955	0.518	0.911
Pierde objetos o materiales necesarios para realizar trabajos u actividades (por ejemplo: lápices, llaves, gafas, cartera, celular, etc.).	33.37	118.621	0.609**	0.908
Se distrae fácilmente con estímulos externos o con pensamientos que carecen de importancia durante la realización de actividades.	33.27	116.046	0.727**	0.905
Olvida fácilmente actividades diarias (Por ejemplo: incumplir citas, pagar deudas, devolver llamadas, etc.).	33.35	118.851	0.633**	0.907
Cuando está sentado por un tiempo prolongado, suele juguetear con las manos, mover los pies o retorcerse en el asiento.	32.71	117.721	0.543	0.911
Suele levantarse del asiento en situaciones en las que debe permanecer sentado (por ejemplo: salón de clases, lugar de trabajo, entre otras).	33.59	117.202	0.678**	0.906
Tiene sensación de inquietud (por ejemplo: camina o se muestra inquieto en situaciones donde es inapropiado).	33.74	119.218	0.679**	0.907
A menudo está sobre el tiempo, por lo cual actúa de manera acelerada.	33.13	119.478	0.566	0.909
Habla excesivamente.	33.29	119.671	0.476	0.913
Le cuesta trabajo esperar el turno en una conversación (por ejemplo: se precipita en dar respuestas antes que terminen de formularle preguntas, completa las frases de las demás personas, etc.).	33.62	120.087	0.575	0.909
Tiene dificultad para esperar el turno (por ejemplo: hacer filas).	33.43	119.172	0.522	0.911
Le cuesta trabajo relajarse o permanecer tranquilo durante el tiempo libre.	33.59	119.706	0.561	0.909
Interrumpe o se entromete abruptamente en actividades que otros realizan.	33.96	122.107	0.589	0.909

*Tabla 2. Análisis de consistencia del IES TDAH. Nota: "Media", Media de la escala si se elimina el elemento, "Var.", Varianza de la escala si se elimina el elemento, "Corr.", Correlación elemento-total corregida, "Alfa", Alfa de Cronbach si se elimina el elemento, **, El nivel de significancia es alto, superior a 0,60.*

Correlación de Pearson los siguientes puntajes: con el CIE-10 inatención σ: 0.807 y con el ASRS inatención σ: 0.686. Por otro lado en la dimensión de hiperactividad/impulsividad del IES TDAH, la Correlación de Pearson con la escala CIE 10 hiperactividad fue de σ: 0.757 y en la escala ASRS hiperactividad fue de σ: 0.672, lo cual denota una alta correlación entre los puntajes de estas. La misma dimensión hiperactividad/impulsividad del IES TDAH, fue correlacionada con la dimensión impulsividad del CIE 10 σ: 0.748 e impulsividad de la ASRS σ: 0.811. Los anteriores resultados dan cuenta de la validez de criterio del instrumento.

		WURS (PT)	CIE 10 (PT)	ASRS (PT)	IESTDAH (PT)
WURS (PT)	Correlación de Pearson	1	0.661**	0.662**	0.684**
	Sig. (bilateral)		0.000	0.000	0.000
	N	120	120	120	120
CIE-10 (PT)	Correlación de Pearson	0.661**	1	0.775**	0.861**
	Sig. (bilateral)	0.000		0.000	0.000
	N	120	120	120	120
ASRS (PT)	Correlación de Pearson	0.662**	0.775**	1	0.854**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000		0.000
	N	120	120	120	120
IESTDAH (PT)	Correlación de Pearson	0.684**	0.861**	0.854**	1
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	
	N	120	120	120	120

*Tabla 3. Correlación IES-TDAH con puntuaciones totales de la ASRS, CIE-10 y WURS. Nota: "(PT)", Puntaje total, "WURS", Escala Wender - Utah, "CIE-10", Lista de chequeo de TDAH según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, "ASRS", Lista de control de síntomas para la escala de Autoinforme de TDAH en adultos, "IESTDAH", Inventario exploratorio de síntomas de TDAH, **, La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

		CIE/I (PT)	CIE/H (PT)	CIE-10/I (PT)	ASRS/I (PT)	ASRS/H (PT)	ASRS/IM (PT)	IEST/I (PT)	IES/H-I (PT)
CIE/I (PT)	C/P	1	0.486**	0.586**	0.642**	0.727**	0.455**	0.807**	0.561**
	Sig. (b)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
CIE/H (PT)	C/P	0.486**	1	0.675**	0.534**	0.557**	0.547**	0.527**	0.757**
	Sig. (b)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
CIE-10/I (PT)	C/P	0.586**	0.675**	1	0.535**	0.595**	0.606**	0.595**	0.748**
	Sig. (b)	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
ASRS/I (PT)	C/P	0.642**	0.534**	0.535**	1	0.790**	0.585**	0.686**	0.606**
	Sig. (b)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
ASRS/H (PT)	C/P	0.727**	0.557**	0.595**	0.790**	1	0.645**	0.799**	0.672**
	Sig. (b)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
ASRS/IM (PT)	C/P	0.455**	0.547**	0.606**	0.585**	0.645**	1	0.570**	0.811**
	Sig. (b)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000

*Tabla 4. Correlación de los criterios del IES-TDAH, con las subescalas de la ASRS y el CIE-10. Nota: "(PT)", Puntaje total, "(b)", Bilateral, "CIE/I", CIE Inatención, "CIE/H", CIE Hiperactividad, "CIE-10/I", CIE-10 Impulsividad, "ASRS/I", ASRS Inatención, "ASRS/H", ASRS Hiperactividad, "ASRS/IM", ASRS Impulsividad, "IEST/I", IESTDAH Inatención, "IEST/H-I", IESTDAH Hiperactividad-Impulsividad, **, La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

Discusión

Los puntajes obtenidos como parte de la validez del IES TDAH, demuestran que a pesar de la dificultad que representa la definición detallada de los síntomas cognitivos y conductuales relacionados con el trastorno en estudio,[20] se pudo llegar a una valoración positiva de la estructura de los ítems y su correspondencia con los subtipos clínicos. Las altas puntuaciones permitirían afirmar que existe una alta correspondencia entre la operacionalización de los constructos de atención[21] e hiperactividad/impulsividad,[22] representada en los criterios que incluye el IES TDAH. De igual modo, la escala a través de sus ítems y conforme a la valoración dada por los jueces, cumple con lo necesario para

evaluar la presencia de síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad en la edad adulta, contrario a otras escalas cuyos ítems se enfocan más a población infantil.[16-22]

Respecto al análisis de los grados de confiabilidad y validez de los instrumentos; se obtienen correlaciones significativas con otras escalas que han demostrado gran especificidad al momento de detectar síntomas del TDAH.[5-23] Los hallazgos corroboran la importancia de realizar escalas que tengan coherencia con los criterios diagnósticos.[24-26]

Por otro lado, y teniendo en cuenta que el IES-TDAH al igual que el DSM-V, unifica los criterios de impulsividad e hiperactividad en una misma dimensión, la correlación de estos criterios con las dimensiones hiperactividad/impulsividad del CIE 10 y los ítems de la ASRS, arrojaron resultados que demuestran que ambos aspectos clínicos hacen parte de una misma función cognitiva que puede ser relacionada con los modelos de funciones ejecutivas,[9,26-27] donde la poca planeación, control de impulsos y flexibilidad cognitiva, hacen parte de una misma red neurofuncional, teniendo como resultado la misma manifestación conductual tanto en niños como en adultos.

Conclusión

Conforme a los resultados presentados los cuales evidencian la relevancia investigativa del IES-TDAH, y con el objetivo de mejorar la funcionalidad de la escala en investigaciones futuras, es pertinente: 1) hacer un análisis estadístico a mayor profundidad con una muestra mayor de sujetos y con mayor rango de edad, para obtener un mejor panorama de la confiabilidad del instrumento, y así poder correlacionar con el estandar de oro diagnóstico, 2) es igualmente necesario desarrollar un análisis longitudinal en pacientes ya diagnosticados con el trastorno para identificar la sensibilidad que presenta la prueba ante los cambios en la sintomatología de los individuos y 3) basados en los resultados respecto al análisis de la correlación con los otros instrumentos, sería pertinente realizar una unificación de criterios de manera que se obtenga una herramienta que permita mejorar el proceso de diagnóstico clínico del TDAH.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran que en este estudio no existen conflictos de interés relevantes.

Fuentes de financiamiento

Los autores manifiestan que este estudio se financió a través de convocatoria interna de investigación de la Universidad de la Costa CUC, quien reconoció los honorarios de los investigadores del presente estudio, así como los recursos materiales y económicos requeridos para la recolección y análisis de datos.

Referencias

1. Cardo E, Servera M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Revista de Neurología 2005; 40: 11-15.
2. Cornejo W, Osío O, Grisales H, Sánchez Y, Castillo H, Carrizosa J, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Revista de Neurología 2005; 40: 716-722.
3. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press, 1997.
4. Casas AM, Merelo CB, Diago CC, Roselló R. Influence of the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbid disorders on functioning in adulthood. Psicothema 2014; 26: 471-476.
5. Zamorano E, Godínez E, Vargas K, Orozco N, Medina J, Flores A, et al. Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. Rev Salud Mental 2009; 32: 343-350.
6. Ramos-Quiroga J. TDAH en adultos: factores genéticos, evolutivos y tratamiento farmacológico - Tesis de Grado Psiquiatría y Psicología Clínica. Barcelona, España: Universidad de Barcelona, 2009. (Accessed November 15, 2014, at http://www.tdx.cat/handle/10803/5585)
7. Ramos-Quiroga J, Chalita P, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Rev Neurol 2012; 54: 105-115.
8. Cerutti V, De la Barrera M, Donolo D. ¿Desatentos? ¿Desatendidos?: una mirada psicopedagógica del TDAH en estudiantes universitarios. Revista Chilena de Neuropsicología 2008; 3: 4-13.
9. Ortiz S, Jaimes A. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios. Rev Fac Med UNAM 2007; 50: 125-127.
10. Rodríguez-Molinero L, Villalobos J, Garrido M, Sacristán A, Martínez M, Ruiz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Revista pediatría de atención primaria 2009; 11: 251-270.
11. Cegarra J. Metodología de la investigación científica y tecnológica. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
12. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: McGraw Hill, 2010.
13. León O, Montero I. Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology 2002; 2: 503-508.
14. Henríquez G, Barriga O. El rombo de la Investigación. Cinta de Moebio 2005, 23: 1-8.
15. Pineda D, Trujillo N, Aguirre D, Arango JC, Hincapié L. Utilidad de la escala Wender-Utah y de las escalas de síntomas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad familiar en adultos. Validez convergente y concurrente. Rev Neurol 2010; 50: 207-216.
16. Valdizán J, Izaguerri A. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Revista de Neurología 2009; 48: 95-99.
17. León-Jacobus A, Valle-Cordoba S, Florez-Niño Y. Diseño y validación piloto del inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES-TDAH) ajustado al DSM-V en jóvenes universitarios (Trabajo de Grado). Barranquilla, Colombia: Universidad de la Costa, 2013. http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/handle/11323/131
18. Espina A, Ortego, A. Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad. http://www.clinicadeldoctorherrero.es/app/download/5792087226/Guia+TDAH.ESCALAS.pdf
19. Acosta-López J, Cervantes-Henríquez ML, Jimenez-Figueroa G, Nuñez-Barragan M, Sanchez-Rojas M, Puentes-Rozo P. Uso de una escala comportamental Wender Utah para evaluar en retrospectiva trastorno de atención-hiperactividad en adultos de la ciudad de Barranquilla. Universidad y Salud 2013; 15:45-61.
20. Pliszka SR. Subtyping ADHD based on comorbidity. ADHD Report 2006; 14: 1-5.
21. Barckley R. Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿Qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V?. Rev Neurol 2009; 48: 101-106.
22. Ramos-Quiroga J, Bosch R, Castells X, Nogueira M, García E, Casas M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. Rev Neurol 2006; 42: 600-606.

23. Montiel C, Ortiz S, Jaimes A, González Z. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en estudiantes universitarios venezolanos. Investigación Clínica 2012; 53: 353-364.
24. Adler L, Kessler R, Spencer T. Instrucciones para contestar la Escala de Auto-reporte de síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1) http://www.neuropediatrica.com/descargas/tests/AUTOREPORTE%20TDA%20ADUL.pdf
25. Burin D, Drake M, Harris P, eds. Evaluación neuropsicológica en adultos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós, 2007: 27-59.
26. León S, Lichinsky A, Rivera L, Castellá H, Grevet E, Medrano A. Algoritmo de tratamiento multimodal para adultos Latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Rev Salud Mental 2009; 32, 45-53.
27. Cabanyes J, García D. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto: Perspectivas actuales. Psiquiatría biológica: publicación oficial de la sociedad española de psiquiatría biológica 2006; 13: 86 -94.

Revista Mexicana de Neurociencia, 2016; 17(1): 12-22

www.revmexneuroci.com