

El uso de instrumentos de evaluación para el déficit atencional (TDAH) en Chile: ¿Qué nos sugiere la evidencia?

Ps. Hermann Thomas

hftthomas@uc.cl

Objetivos

- 1 Describir el uso de cuestionarios de evaluación conductual en el diagnóstico del TDAH.
- 2 Mostrar la evidencia reciente sobre instrumentos disponibles para la población chilena.

BEST PRACTICES IN SCHOOL NEUROPSYCHOLOGY

GUIDELINES FOR EFFECTIVE PRACTICE,
ASSESSMENT, AND EVIDENCE-BASED INTERVENTION

EDITED BY


DANIEL C. MILLER • DENISE E. MARICLE
CHRISTOPHER L. BEDFORD • JULIE A. GETTMAN

SECOND EDITION



WILEY

Miller, D. C., Maricle, D. E., Bedford, C. L., & Gettman, J. A. (Eds.). (2022). *Best practices in school neuropsychology* (2nd ed.). Standards Information Network.



¿Qué sabemos del Trastorno
por déficit atencional con
hiperactividad (TDAH)?

Definición

- Los especialistas señalan que se caracteriza por “el desarrollo anormal de la capacidad del control voluntario de la conducta, pensamientos y emociones [...] autocontrol, autorregulación” (Carrasco, 2014; citado en Ocampo-Vidal, 2016).

Definición

- “Hay consenso en que el arousal intacto, la orientación, la concentración, el span de retención, la perseverancia y la vigilancia son los aspectos deseables de la atención, mientras que la distractibilidad, la impersistencia, una capacidad inhibitoria pobre, negligencia, y confusión están entre las manifestaciones más problemáticas de un déficit atencional” (Baron, 2018).

Criterios diagnósticos

GUÍA DE CONSULTA
DE LOS
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
DEL
DSM-5™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

- A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
- Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
 - Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Diagnóstico

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el **diagnóstico del TDAH es clínico**, los criterios de diagnóstico corresponden a **preguntas** que el especialista debe realizar a **quienes conocen al niño o niña**, junto con un completo examen físico, neurológico, y exámenes complementarios para descartar otras enfermedades (Ocampo-Vidal, 2016).
- Diagnóstico difícil ya que las presentaciones pueden ser heterogéneas → impulsivo, inatento o combinado.

Diagnóstico

- Problemas de salud mental y física imitan los síntomas del TDAH → ansiedad, depresión, trastorno de sueño, traumatismo cerebral, funcionamiento desregulado de la tiroides pueden enmascarse como TDAH (Felt et al., 2014).
- Rowland et al. (2015) observaron que más del 40 % de los niños con TDAH en su estudio no habían sido diagnosticados previamente → Diagnóstico tardío.

Prevalencia

- En un meta-análisis de estudios de prevalencia mundial, (Polanczyk et al. 2007) recopiló datos y en América del Sur sólo se identificaron nueve estudios y la prevalencia fue 12%.
- Barrios et al. (2016) informan que la prevalencia del TDAH en la población infantil en América Latina se encuentra entre 5.7 y 26.8%.
- Un estudio de Mahajnah et al. (2020) descubrió que alrededor del 70% de los niños de 7 a 12 años diagnosticados con TDAH tenían una presentación combinada de inatención/hiperactividad. → rasgos hiperactivos disminuyen con el tiempo, mientras que los síntomas de falta de atención permanecen.

Prevalencia en Chile

- Belmar-Mellado et al. (2015) menciona que la prevalencia en Chile sería de un 6.2% en los estudiantes, según el MINSAL.
- De la Barra et al. (2012) señala que el TDAH es el trastorno disruptivo de mayor prevalencia en el país y que no hay diferencias por género, aspecto que diferencia a nuestro país del resto de latinoamérica.

Impacto

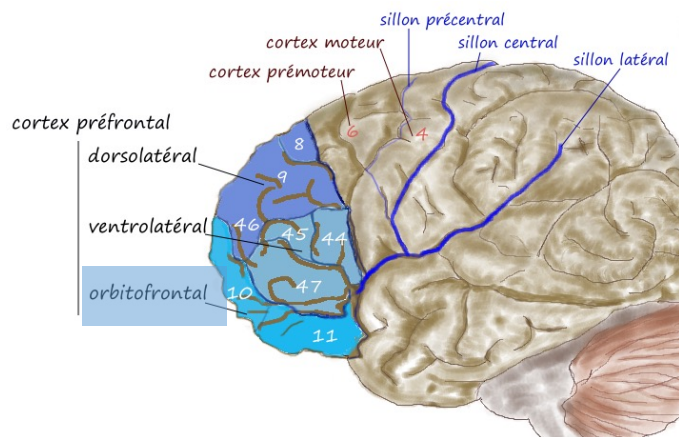
- El TDAH afecta al comportamiento en las aulas. Las dificultades con la atención y el control de la inhibición se asocian negativamente con el comportamiento en el aula (Johnson et al., 2020).
- Aproximadamente el 40% de los niños y el 50% de los adolescentes con TDAH cumplen los criterios de uno o más trastornos del aprendizaje (Mahajnah et al., 2020) → importancia de evaluar TEAp.
- Afectación en contexto hogareño (Spaulding et al. 2020) y afectación en contexto social, particularmente en cognición social, reconocimiento de afectos y teoría de la mente (Parke et al., 2021).

Neuroanatomía del TDAH

- Los estudios con niños en edad preescolar diagnosticados de TDAH pero aún no tratados con medicación encuentran un volumen reducido en estructuras subcorticales, incluidos el caudado, el globo pálido y el tálamo (Rosch et al., 2018).
- Un núcleo caudado poco funcional se asocia con dificultades para planificar y ejecutar acciones dirigidas a un objetivo (es decir, funciones ejecutivas), que son características de los trastornos de la atención (Elliott et al., 2003).
- Bailey y Joyce (2015) sugieren que la desregulación de la circulación talámica podría estar relacionada con la falta de atención asociada al TDAH.

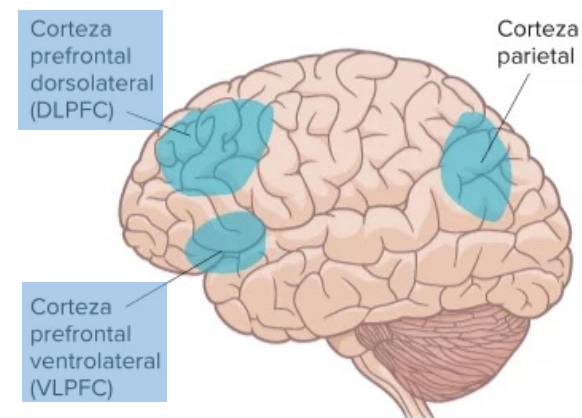
Neuroanatomía del TDAH

- Dirlikov et al. (2015) examinaron la morfología del lóbulo frontal en niños y niñas de 8 a 12 años con TDAH.
 - Niñas presentaban reducciones generales de la superficie de la corteza prefrontal, concretamente en la región **dorsolateral izquierda y derecha**, la corteza **prefrontal lateral inferior izquierda**, la corteza **prefrontal medial derecha**, la **corteza orbitofrontal derecha** y la corteza prefrontal medial izquierda.

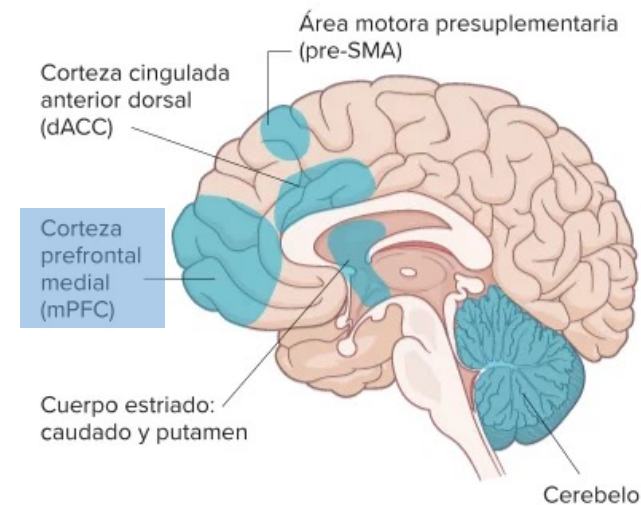


Centros de control del cerebro

Vista lateral de la superficie del cerebro



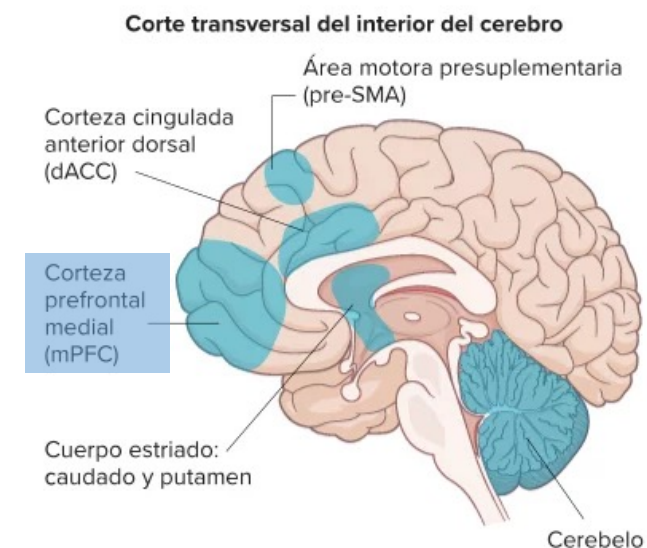
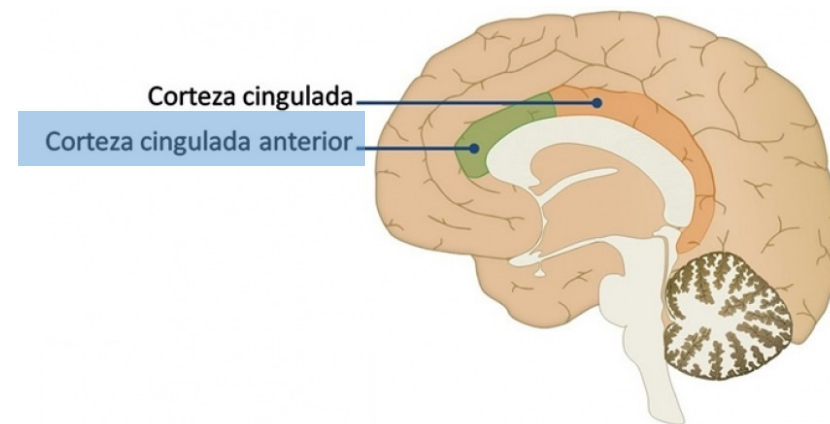
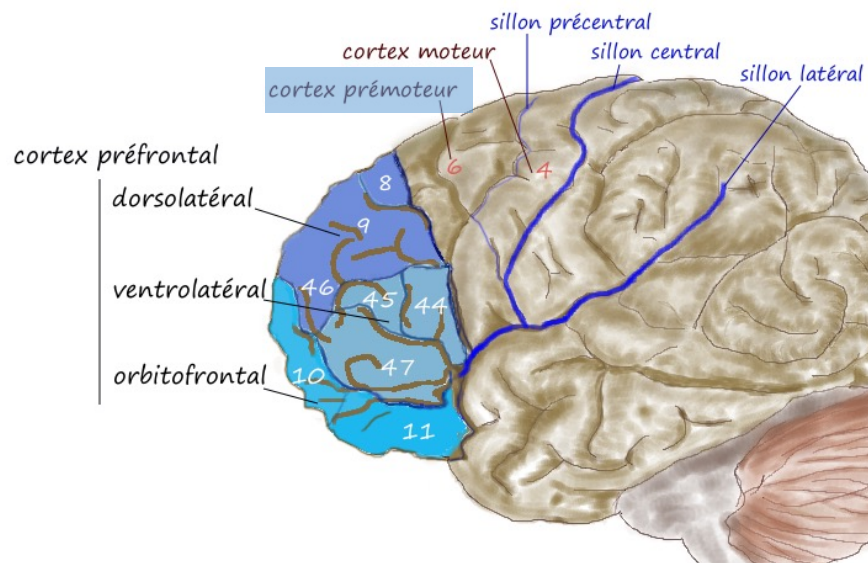
Corte transversal del interior del cerebro



FUENTE: K. ZANOLIE Y E.A. CRONE / MANUAL DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL Y NEUROCIENCIA COGNITIVA DE STEVEN, CUARTA EDICIÓN 2018

Neuroanatomía del TDAH

- Dirlikov et al. (2015) examinaron la morfología del lóbulo frontal en niños y niñas de 8 a 12 años con TDAH.
 - Niños mostraron menos superficie en el **cíngulo anterior derecho** y en el **córtex prefrontal medial izquierdo**, así como en todo el **córtex premotor**.



Neuroanatomía del TDAH

- Mahajnah et al. (2020) que sugieren que es más probable que
 - Las niñas presenten síntomas **predominantemente inatentos**, que se cree que se alojan principalmente en el área prefrontal.
 - Los niños presentan más a menudo **síntomas combinados** de inatención e hiperactividad (es decir, presentación combinada de TDAH), que se reflejan en la reducción de la superficie tanto en la corteza prefrontal como en la premotora.

Neuroanatomía del TDAH

- Rubia encontró en todos los estudios una disfunción de amplio alcance en las neurovías asociadas con las funciones ejecutivas, incluidas las redes dorsal, ventral y medial fronto-cingulo-estriato-talámicas y fronto-parieto-cerebelosas del lado izquierdo y derecho, que están implicadas en "el control cognitivo, la atención, la sincronización y la memoria de trabajo" (Rubia, 2018).
- Las anomalías del córtex prefrontal y motor, junto con la disfunción del sistema límbico, se identifican sistemáticamente como áreas problemáticas para los afectados por el TDAH.

Factores de riesgo

- El principal factor de riesgo es tener un progenitor con TDAH. La heredabilidad del TDAH se sitúa entre el 70 y el 80% (Nikolas & Burt, 2010). → Importancia de evaluar hermanos y padres.
- Relación entre el bajo peso al nacer y el desarrollo de síntomas de TDAH (Alamolhoda et al., 2021; Pettersson et al., 2015).
- Nacimientos prematuros (asociados a un bajo peso al nacer) son factores de riesgo del TDAH (Kim et al., 2021).
- Las puntuaciones de Apgar bajas también aumentan el riesgo de desarrollar TDAH más adelante en la vida. Li et al. (2011): Los niños que tenían puntuaciones de Apgar de 1 a 4 tienen un riesgo un 75% mayor.

Factores de riesgo

- Los problemas durante el parto, como la falta de oxígeno (hipoxia) y las convulsiones neonatales, también se asocian a un mayor riesgo de diagnóstico de TDAH (Atladottir et al., 2015; Zhu et al., 2016).
- La exposición prenatal, postnatal y en la primera infancia a toxinas también está relacionada con el diagnóstico de TDAH → tabaco, metales pesados.
- Aunque no se suele considerar una toxina, un metaanálisis de Tsai et al. (2018) sugiere que las exposiciones múltiples a la anestesia general o una única exposición de tres o más horas antes de los 3 años aumenta enormemente el riesgo de ser diagnosticado posteriormente con TDAH.

Déficits neuropsicológicos

- Barkley (1997) propone que el TDAH implica una afectación en la inhibición, que impacta en 4 dimensiones de las funciones ejecutivas: (a) memoria de trabajo, (b) autorregulación del afecto-motivación-arousal, (c) internalización del discurso y (d) reconstrucción (análisis de la conducta y síntesis).

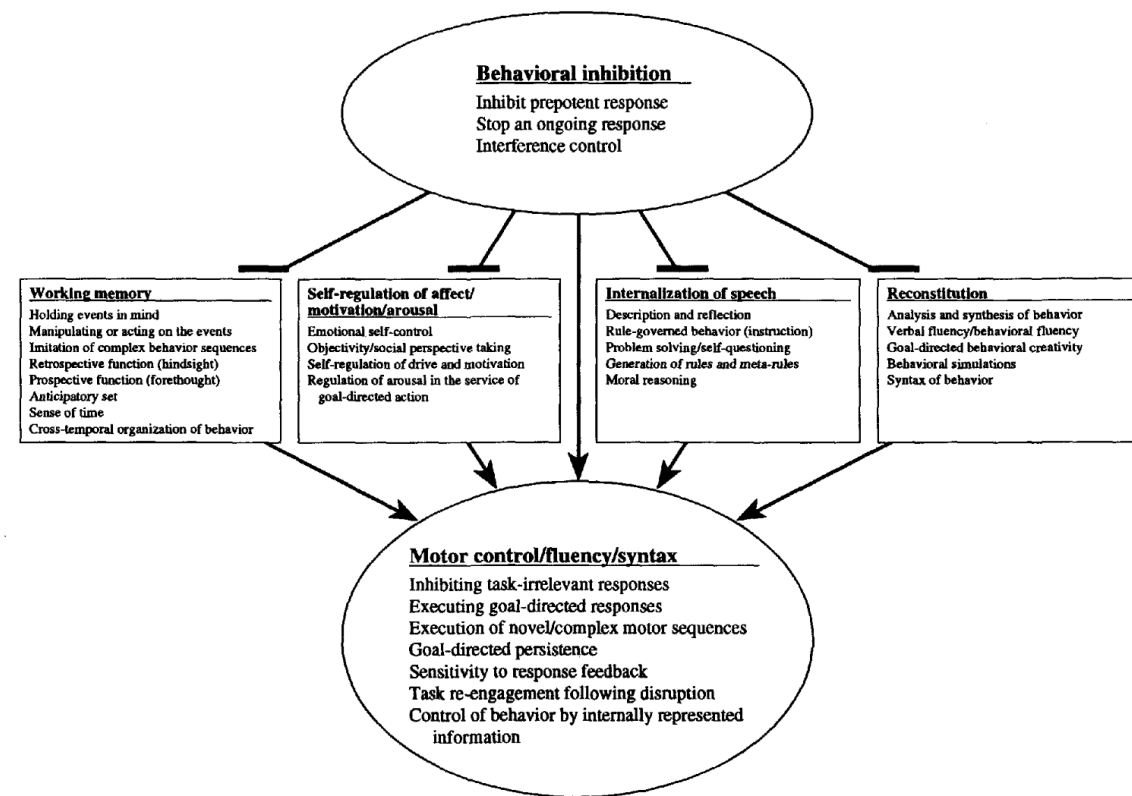
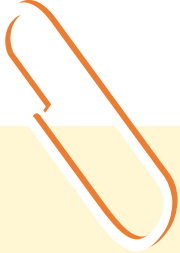


Figure 1. A schematic configuration of a conceptual model that links behavioral inhibition with the performance of the four executive functions that bring motor control, fluency, and syntax under the control of internally represented information.

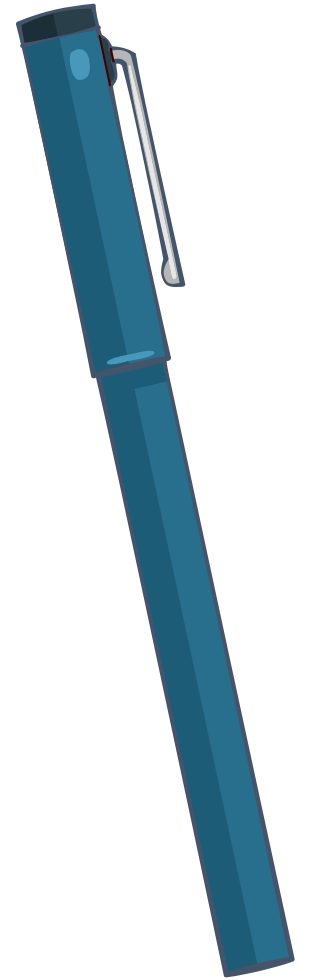
¿Puede una prueba de inteligencia sustentar un **diagnóstico de TDAH**?

NO

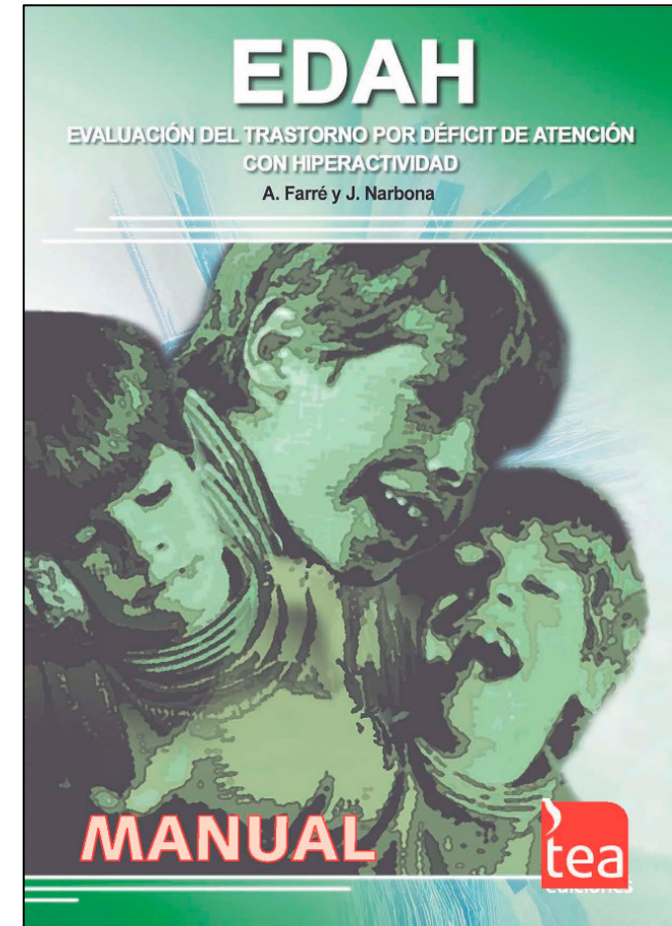
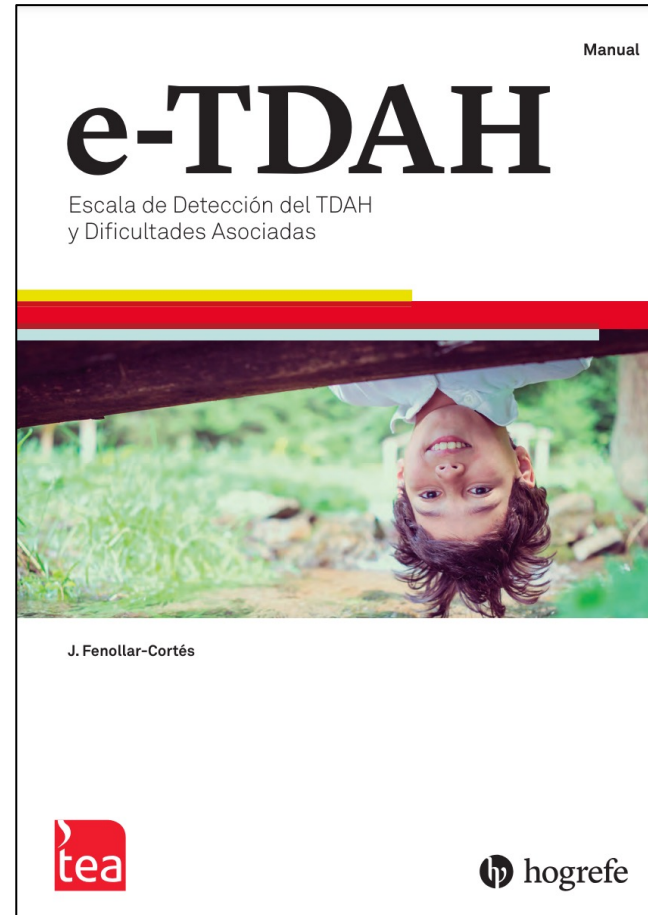
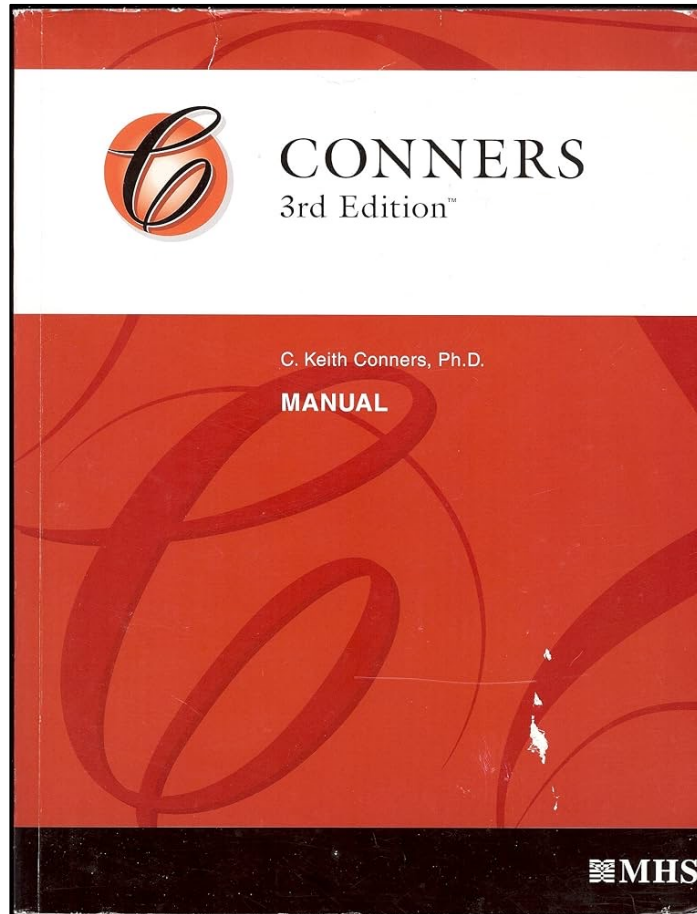
→ Al ser un diagnóstico clínico, el TDAH debe basarse en la exploración de la sintomatología y en el funcionamiento del evaluado en su contexto, referido por informantes que lo conozcan.



El diagnóstico del TDAH es clínico y requiere de la evaluación de la sintomatología a través de la consulta de terceros. Es a través de esta característica donde los **cuestionarios** toman relevancia.



Cuestionarios



Instrumentos

- El gran desafío de evaluar en Latinoamérica es contar con instrumentos que estén validados y adaptados para cada país.
- Recordemos que la validación y estandarización de instrumentos permite que las comparaciones que hagamos con los resultados de nuestros test tengan respaldo y sean válidas.

Malas prácticas: uso de test sin ajustes culturales, uso de datos normativos de otros países o uso de puntuaciones directas → se puede generar diagnósticos de déficits cognitivos sin tenerlos.

Para evitar la mala interpretación de las puntuaciones:
Usar datos normativos para la población a evaluar



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE EDUCACIÓN
PROGRAMA MAGISTER.

**EVALUACIÓN PSICOMETRICA DEL TEST CONNERS 3
EN LA POBLACIÓN CHILENA EN EDAD ESCOLAR**

ELLEINE OCAMPO VIDAL

PROFESOR: Cristian A. Rojas Barahona.

**Tesis para optar al grado de Magister en educación
con mención en evaluación de aprendizajes**

Esta tesis fue financiada a través de Becas CONYCI, Magister Nacional y por el proyecto FONDECYT Regular N° 1110956 titulado “
Impacto de un programa de desarrollo de la memoria operativa en niños y niñas que asisten a Jardines Infantiles de zonas rurales y
urbanas”

Escala para la evaluación del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad



Confiabilidad y validez de la Escala de Déficit Atencional (EDAH) adaptada en estudiantes chilenos

Marta Belmar Mellado,¹ Francisco Pablo Holgado Tello,² Leandro Navas Martínez,³ Benjamín Vicente Parada⁴

Artículo original

ABSTRACT

Background

The needs of children's mental health care make it necessary to have epidemiological studies that serve as a basis to refine the interventions and enhance the diagnosis with reliable and appropriate tools.

Objective

The objective of this study was to analyze the psychometric properties of the scale for the assessment of the Attentional Deficit Disorder (ADHD) in primary and secondary schools in Chile.

Method

A sample of 508 students (144 with Attentional deficits, 110 with suspected autism and 254 common) was assessed through a test completed by their teachers.

Results

The factorial structure of the ADHD revealed that three factors explain together the 71.61 % of the total variance of the scale, with a coefficient alpha of 0,948. This allows us to conclude that the scale presents acceptable psychometric characteristics and adequate internal consistency, and that its elements have a suitable discriminatory power.

Discussion and conclusion

The present study of mental health in Chilean schoolchildren revealed that the ADHD adapted scale possesses a high discriminant capacity and adequate elements and factors reliability, as well as an optimal discriminant power among factors. We analyze the implications and possible contribution to the early detection of clinical diagnosis in mental health.

Key words: Instrument validity, reliability, attention deficit disorders with hyperactivity.

RESUMEN

Antecedentes

Las necesidades de atención en salud mental infantil hacen necesario contar con estudios epidemiológicos que sirvan de base para perfeccionar las intervenciones y acrecentar el diagnóstico, con instrumentos fiables y adecuados al contexto.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit Atencional (EDAH), en escolares de primaria y secundaria de Chile.

Método

Se evaluó una muestra de 508 alumnos (144 con Déficit Atencional, 110 con sospecha de padecerlo y 254 comunes) mediante un test completado por sus profesores.

Resultados

La estructura factorial de la EDAH reveló tres factores que en conjunto explican el 71,61% de la varianza total de la escala, con un coeficiente Alfa de 0,948. Esto permite concluir que la adaptación de la escala presenta características psicométricas aceptables, una adecuada consistencia interna y que sus elementos poseen un adecuado poder discriminatorio.

Discusión y conclusión

Se efectuó el estudio transversal de salud mental en escolares chilenos, el cual reveló que la escala EDAH adaptada posee alta capacidad de discriminación, adecuada fiabilidad de elementos y factores, además de presentar un óptimo poder discriminante entre factores. Se analizan las implicaciones y el posible aporte en la detección precoz del diagnóstico clínico en salud mental.

Palabras clave: Validez de instrumentos; confiabilidad; trastornos de la atención con hiperactividad.

¿Qué es el EDAH?

- Es una escala que permite evaluar los rasgos principales del TDAH a través del reporte de los profesores.
- Está compuesta de 20 ítems, en escala Likert de 1 a 4.
- Cuenta con dos subescalas, de 10 ítems cada una: hiperactividad/déficit de atención & trastornos de la conducta.
- La subescala de hiperactividad/déficit de atención se divide en 2 sub escalas con 5 ítems cada una.
- Se inspira en las investigaciones de Conners y también la concepción del TDAH según el DSM-IV.

EDAH

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre: _____ Grado: _____ Edad: _____

Sexo: F M Colegio: _____ Fecha: ___/___/____.

Responda a cada cuestión rodeando con un círculo el grado en el que el alumno presenta cada una de las conductas descritas

| Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------|------|----------|-------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|----|
| 1 | Tiene excesiva inquietud motora | 0 | 1 | 2 | 3 | H |
| 2 | Tiene dificultades de aprendizaje escolar | 0 | 1 | 2 | 3 | DA |
| 3 | Molesta frecuentemente a otros niños | 0 | 1 | 2 | 3 | H |
| 4 | Se distrae fácilmente, muestra escasa atención | 0 | 1 | 2 | 3 | DA |
| 5 | Exige inmediata satisfacción a sus demandas | 0 | 1 | 2 | 3 | H |
| 6 | Tiene dificultad para las actividades cooperativas | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 7 | Está en las nubes, ensimismado | 0 | 1 | 2 | 3 | DA |
| 8 | Deja por terminar las tareas que empieza | 0 | 1 | 2 | 3 | DA |
| 9 | Es mal aceptado por el grupo | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 10 | Niega sus errores o echa la culpa a otros | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 11 | A menudo grita en situaciones inadecuadas | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 12 | Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 13 | Se mueve constantemente, intranquilo | 0 | 1 | 2 | 3 | H |
| 14 | Discute y pelea por cualquier cosa | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 15 | Tiene explosiones impredecibles de mal genio | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 16 | Le falta sentido de la regla, del "juego limpio" | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 17 | Es impulsivo e irritable | 0 | 1 | 2 | 3 | H |
| 18 | Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |
| 19 | Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante | 0 | 1 | 2 | 3 | DA |
| 20 | Acepta mal las críticas del profesor | 0 | 1 | 2 | 3 | TC |

| | |
|----|--|
| 1 | Tiene excesiva inquietud motora |
| 2 | Tiene dificultades de aprendizaje escolar |
| 3 | Molesta frecuentemente a otros niños |
| 4 | Se distrae fácilmente, muestra escasa atención |
| 5 | Exige inmediata satisfacción a sus demandas |
| 6 | Tiene dificultad para las actividades cooperativas |
| 7 | Está en las nubes, ensimismado |
| 8 | Deja por terminar las tareas que empieza |
| 9 | Es mal aceptado por el grupo |
| 10 | Niega sus errores o echa la culpa a otros |
| 11 | A menudo grita en situaciones inadecuadas |
| 12 | Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante |
| 13 | Se mueve constantemente, intranquilo |
| 14 | Discute y pelea por cualquier cosa |
| 15 | Tiene explosiones impredecibles de mal genio |
| 16 | Le falta sentido de la regla, del "juego limpio" |
| 17 | Es impulsivo e irritable |
| 18 | Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros |
| 19 | Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante |
| 20 | Acepta mal las críticas del profesor |

Método

- N=219 profesores de Concepción y Los Ángeles (Región Bío Bío)
- N=508 estudiantes 6 y 18 años
 - 144 TDAH
 - 110 Sin diagnóstico, pero con sospechas
 - 254 Alumnos
 - 362 hombres, 146 mujeres

Cuadro 1. Distribución de frecuencias por tipo de alumnos

| Tipo de alumno | n | P | M | DE |
|------------------------------|-----|--------|-------|------|
| Alumnos con TDAH | 144 | 28.30% | 11.47 | 2.98 |
| Alumnos con Sospecha de TDAH | 110 | 21.65% | 9.76 | 2.07 |
| Alumnos Comunes | 254 | 50.00% | 10.72 | 2.75 |

Adaptación

- Realizado por grupo de expertos: se adaptaron los ítems al contexto chileno.
- Entre la adaptación, se cambiaron los ítems a afirmaciones positivas y la escala Likert quedó de 0, 1, 2 y 3.

Cuadro 5. Matriz factorial rotada para las respuestas de la EDAH (adaptada)

| | F1 | F2 | F3 |
|--|------|------|------|
| 7. Habitualmente atiende al profesor mostrando interés por las actividades escolares | 0.76 | - | - |
| 6. Disfruta trabajando en grupo y respeta la participación de otros | 0.71 | - | - |
| 11. Se comporta adecuadamente en situaciones sociales o de aula | 0.66 | - | - |
| 12. Admite la autoridad del profesor, escuchando sus consejos | 0.66 | - | 0.50 |
| 18. Es agradable con la mayoría de sus compañeros | 0.65 | - | 0.53 |
| 16. El alumno(a) cumple las reglas pre establecidas | 0.64 | 0.42 | - |
| 14. Respeta la opinión y participación de sus compañeros | 0.64 | - | 0.45 |
| 2. Presenta bajo rendimiento escolar | 0.61 | - | - |
| 9. Tiene buenas relaciones interpersonales con sus compañeros | 0.61 | - | 0.49 |
| 10. Reconoce sus errores | 0.53 | - | 0.49 |
| 8. No termina las actividades que inicia | 0.51 | 0.42 | - |
| 13. Necesita moverse constantemente | - | 0.80 | - |
| 1. Durante la clase generalmente está en movimiento | - | 0.79 | - |
| 3. Interrumpe el trabajo de sus compañeros | - | 0.77 | - |
| 4. En clase se distrae con facilidad | 0.47 | 0.67 | - |
| 15. En ocasiones y sin motivo aparente se muestra enfadado y poco amigable | - | - | 0.75 |
| 20. Desaprueba las sugerencias del profesor | 0.40 | - | 0.62 |
| 19. Habitualmente se frustra con facilidad | - | - | 0.61 |
| 17. Generalmente tiene dificultad para controlar sus impulsos | - | 0.54 | 0.61 |
| 5. Exige que sus demandas sean satisfechas de inmediato | - | 0.45 | 0.52 |

Análisis estadísticos

- Diseño *ex post facto*
- Análisis descriptivo
- Análisis factoriales (exploratorio y confirmatorio)
- Análisis multigrupo
- Análisis fiabilidad y discriminación

Discusión y conclusión

- Se encontró evidencia de validez para las tres dimensiones del trastorno medidos en el test: problemas de comportamiento, impulsividad y déficit de atención.
- El instrumento presenta características psicométricas aceptables.
- El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) señala que los 3 factores identificados explican el 71% de la varianza. Tiene un Alfa de Cronbach de 0.948.
- Limitaciones: poco generalizable, ya que considera sólo dos provincias del país y de nivel socioeconómico bajo.



OPEN ACCESS

EDITED BY
Rosa Angela Fabio,
University of Messina, Italy

REVIEWED BY
Tindara Capri,
Institute for Biomedical Research
and Innovation (IRIB) (CNR), Italy
Fabrizio Stasolla,
Giustino Fortunato University, Italy

*CORRESPONDENCE
José Antonio Lozano-Lozano
jose.lozano@uauautonoma.cl
Diana Martella
dmartella@uloyola.es

SPECIALTY SECTION
This article was submitted to
Quantitative Psychology
and Measurement,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

RECEIVED 17 May 2022
ACCEPTED 18 July 2022
PUBLISHED 04 August 2022

CITATION
Fioravante I, Lozano-Lozano JA and
Martella D (2022) Attention deficit
hyperactivity disorder: A pilot study
for symptom assessment
and diagnosis in children in Chile.
Front. Psychol. 13:946273.
doi: 10.3389/fpsyg.2022.946273

COPYRIGHT
© 2022 Fioravante, Lozano-Lozano
and Martella. This is an open-access
article distributed under the terms of
the [Creative Commons Attribution
License \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). The use, distribution
or reproduction in other forums is
permitted, provided the original
author(s) and the copyright owner(s)
are credited and that the original
publication in this journal is cited, in
accordance with accepted academic
practice. No use, distribution or
reproduction is permitted which does
not comply with these terms.

Attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study for symptom assessment and diagnosis in children in Chile

Isabella Fioravante¹, José Antonio Lozano-Lozano^{2*} and
Diana Martella^{3*}

¹Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, ²Instituto de Ciencias Biomédicas, Instituto Iberoamericano Desarrollo Sostenible, Claustro Académico del Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile, ³Departamento de Psicología, Universidad Loyola de Andalucía, Sevilla, Spain

Background: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent psychiatric disorders among school-age children and is characterized by varying degrees of inattention, hyperactivity, and impulsivity. Diagnosis, which currently relies on the DSM-V criteria, is complex. This research proposes an integrated procedure for ADHD diagnosis in children, improving the diagnostic process and scientific research on etiopathology.

Materials and methods: We conducted a clinical report on ADHD diagnosis in children ($n = 92$) between the ages of 8 and 13, based on the results of the application of different scales to parents of school-age children in Chile. The children were divided into two groups, those with an ADHD diagnosis ($n = 44$) and those without ($n = 48$) (24% females).

Results: The results revealed statistically significant differences between groups for scales EDAA y SDQ-Cas, Conners Comprehensive Behavior Scale, Conners Parent Scale and the criteria according to the DSM-V and its dimensions, with the exception of inattention.

Conclusion: The findings indicate the importance of appropriate criteria and procedures to establish a diagnosis and implement effective interventions in ADHD.

KEYWORDS

attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), children diagnosis, symptomatologic assessment, ADHD in Chile, DSM-V, TDAH in Chile

¿Todos los instrumentos miden lo mismo?

- N=92 participantes, 70 hombres, 22 mujeres
- Muestra de tTlca, Santiago
- Contestaron test Conners, EDAH, SDQ-Cas, Criterios DSM-5

TABLE 2 Differences between groups for scales means (excepting EDAH and SDQ-Cas) ($N = 92$).

| Measure | Group | N | Rank | z | U | p | 1- β | d |
|----------------------------------|--------|----|-------|--------|---------|-------|------------|--------|
| DSM inattention | ADHD-G | 44 | 49.01 | -0.886 | 945.500 | 0.376 | 0.058 | 0.0583 |
| | N-G | 48 | 44.20 | | | | | |
| DSM hyperactivity | ADHD-G | 44 | 57.19 | -3.710 | 585.500 | 0.001 | 0.833 | 0.833 |
| | N-G | 48 | 36.70 | | | | | |
| DSM other criteria | ADHD-G | 44 | 55.86 | -3.496 | 644.000 | 0.001 | 0.913 | 0.718 |
| | N-G | 48 | 37.92 | | | | | |
| DSM total | ADHD-G | 44 | 55.44 | -3.083 | 662.500 | 0.002 | 0.871 | 0.667 |
| | N-G | 48 | 38.30 | | | | | |
| Conners scale parents/custodians | ADHD-G | 44 | 55.07 | -2.952 | 679.000 | 0.003 | 0.873 | 0.670 |
| | N-G | 48 | 38.65 | | | | | |
| Conners scale home behavior | ADHD-G | 44 | 54.61 | -2.792 | 699.000 | 0.005 | 0.824 | 0.625 |
| | N-G | 48 | 39.06 | | | | | |

ADHD-G, ADHD group; N-G, neurotypical group; U, Mann-Whitney U; 1- β , statistical power; d: effect size.

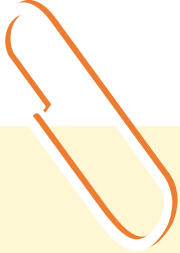
TABLE 4 Correlation coefficients between instruments (Spearman's Rho).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. DSM-inattention | — | | | | | | | |
| 2. DSM-hyperactivity | 0.187 | — | | | | | | |
| 3. DSM-other criteria | 0.188 | 0.293** | — | | | | | |
| 4. DSM-total | 0.697** | 0.638** | 0.412** | — | | | | |
| 5. EDAH | 0.417** | 0.500** | 0.215* | 0.615** | — | | | |
| 6. Conners-P/C | 0.383** | 0.436** | 0.294** | 0.516** | 0.823** | — | | |
| 7. Conners-H/B | 0.371** | 0.431** | 0.240* | 0.537** | 0.760** | 0.839** | — | |
| 8. SDQ-CAS | 0.189 | 0.381** | 0.246* | 0.411** | 0.508** | 0.487** | 0.645** | — |

N = 92. Spearman's correlations are shown. ***p* < 0.01; **p* < 0.05.

Resultados

- Los autores señalan la importancia de establecer un procedimiento de evaluación que contemple el diagnóstico, considerando todas las variables.
- Diferentes instrumentos y criterios diagnósticos pueden sugerir diferentes niveles de afectación de síntomas, por ende, es necesario establecer un criterio unificado.



Puede que las respuestas de un mismo informante sean distintas frente diferentes cuestionarios de TDAH. Por ello, es importante conocer los instrumentos y decidir cuáles son mejores para cada caso.

