

# EDAH

## Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

(Farré i Riba, Anna y Narbona, Juan, 1998; Madrid: TEA)

Pocos profesionales de la Educación y la Salud Infanto-Juvenil ignoran el fenómeno mediático internacional en que se ha convertido el TDAH en los últimos años. De ser un problema ignorado por más del 75% de los profesionales de la Enseñanza y la Pediatría, se ha convertido en poco tiempo en el denominado "trastorno de conducta más frecuente en la infancia" o en "una de las causas más frecuentes de fracaso escolar y de problemas sociales en la edad infantil". Aunque estas afirmaciones no son ciertas en absoluto, sino basadas en observaciones sesgadas y, en muchos casos interesadas, la realidad es que el denominado "trastorno por déficit de atención con hiperactividad" es una categoría diagnóstica que se viene atribuyendo con excesiva frecuencia a muchos niños y adolescentes. En realidad, si no se detiene este proceso, puede que llegue a darse el caso de que las afirmaciones anteriores resulten ciertas. En realidad, se van convirtiendo en "verdades de mentira" (algo que es verdad que sucede: *lo que más se diagnostica es TDAH, pero que conlleva una falsedad intrínseca: se diagnostica TDAH por interés académico o económico, por desconocimiento, o por otros motivos, pero es un diagnóstico erróneo y falso*). Cada vez son más las voces que se levantan en todo el mundo para denunciar un sobre-diagnóstico de TDAH (falso, erróneo). Un ejemplo excelente de esto lo constituye el trabajo encargado por el Parlamento del Gobierno Autónomo del Oeste de Australia a una Comisión de Expertos y su Informe y Recomendaciones al mismo <sup>1</sup>.

Sin embargo este fenómeno del sobre-diagnóstico puede explicarse muy bien, en parte, por el empleo que realizan algunos profesionales de instrumentos como el presente.

Aprovechando algunas afirmaciones de la introducción de los autores, deseamos destacar lo siguiente:

1. Afirman ambos que *medición y evaluación son complementarios: para evaluar debemos medir...* y la medida se debe interpretar en función de los conocimientos del evaluador. Como analizaré a continuación, ambas condiciones NO se cumplen en el instrumento del que son coautores. Si la medida es errónea, equivocada, la evaluación ya queda afectada en origen por el error de medida. Y si los criterios de la evaluación son erróneos o insuficientes, el resultado no puede ser acertado. Fíjese el lector que los baremos empleados en este test corresponden a un total de 33 casos (¡!)

---

<sup>1</sup> Puede obtener acceso a este informe visitando las páginas web [www.tda-h.com](http://www.tda-h.com)

según consta en la página 30, que, además, tienen entre 5 y 12 años de edad. Menos mal que reconocen que...*"el pequeño tamaño de la muestra puede ser un inconveniente a la hora de analizar los resultados."* A nuestro juicio no es un inconveniente, es sencillamente algo inaceptable para poder generalizarlos.

2. *Con este trabajo se intenta profundizar en el conocimiento teórico del TDAH.* Difícilmente se puede profundizar teóricamente, si se parte de los supuestos teóricos del DSM-III (1980), como es el caso de la EDAH, basada en las escalas de la citada época -sustituido en 1992 por el DSM-IV- y no se lleva a cabo ninguna innovación ni conceptual ni metodológica en este instrumento (téngase en cuenta que los autores reconocen que los ítems se han tomado de las Escalas de Conners)

3. Aseguran que la EDAH se trata de una "nueva propuesta de escalas para la valoración del TDAH con baremación en nuestra población" (en la primera edición 33 sujetos)

### **Sobre la Validez de Constructo**

Resulta evidente que todo instrumento de medida debe, en primer lugar, acreditar su validez de constructo ya que, en caso contrario, sus restantes características, por muy buenas que sean, resultan irrelevantes. Pues bien, la EDAH, instrumento concebido para "valorar la existencia de TDAH en un sujeto", debería recoger evidencia empírica indiscutible de que el sujeto en cuestión cumple los criterios aceptados internacionalmente para asignarle esta categoría clínica.

¿Lo hace la EDAH? Pues de ningún modo. Comprobémoslo:

En primer lugar debemos partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) aprobada por la O.M.S. o bien del Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IVTR) aprobado por la A.P.A.. Por razones difíciles de admitir y que solo se pueden presuponer, la Clasificación CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, suele ser ignorada sistemáticamente en el campo de la Salud Mental por los profesionales de casi todo el mundo.

El Profesor Narbona es conocido por su adhesión a los criterios DSM-IVTR, posiblemente porque los considera más acertados que los de la CIE-10 (a pesar de que ya están previstos sus cambios en 2011, en el DSM-V) Así pues, revisemos los criterios propuestos por el DSM-IV para el diagnóstico de TDAH...

### **Criterios DSM-IVTR sobre el TDAH**

#### **I. A o B:**

- A. A. Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

## Inatención

1. A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
  2. A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.
  3. A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
  4. A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones).
  5. A menudo le cuesta organizar actividades.
  6. A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
  7. A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (p. ej. juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas).
  8. Se distrae con frecuencia.
  9. Tiende a ser olvidadizo en la vida diaria.
- B. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

## Hiperactividad

1. A menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado.
2. A menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado.
3. A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adultos y adolescentes se sientan muy inquietos).
4. A menudo, tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación.
5. A menudo, "está en constante movimiento" o parece que tuviera "un motor en los pies".
6. A menudo habla demasiado.

## Impulsividad

1. A menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta.
2. A menudo le cuesta esperar su turno.
3. A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete, por ejemplo, en una conversación o juego.

II. Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes **desde antes de los 7 años de edad**.

III. Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (p. ej., en la escuela o el trabajo y en la casa).

IV. Debe haber **clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral**.

V. Los síntomas no ocurren únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno sicótico. Los síntomas no indican la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)

**Con base en estos criterios, se identifican tres tipos de TDAH:**

1. TDAH, tipo combinado: si en los últimos 6 meses se ha cumplido tanto el criterio 1A como el 1B.
2. TDAH, tipo predominantemente inatento: si en los últimos seis meses se ha cumplido el criterio 1A, pero no se ha cumplido el 1B.

3. TDAH, tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo): si en los últimos seis meses se ha cumplido el criterio 1B, pero no se ha cumplido el 1A.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Respecto a la validez de contenido, sin la cual el resto de parámetros de la valoración del test quedarían invalidados:

**A. ¿Incluye la EDAH los 9 indicadores de Inatención propuestos por el DSM-IV? ..... No.**

De hecho ni siquiera los que la hoja de respuestas asigna como indicadores de déficit de atención lo son. Véalo:

Item 2. Tiene dificultades de Aprendizaje Escolar (un punto inaceptablemente asignado a déficit de atención, ya que las dificultades de aprendizaje pueden ser diversas)

Item 4. Se distrae fácilmente. Muestra escasa atención (un punto -razonable- a déficit de atención)

Item 7. Está en las nubes, ensimismado (un punto -razonable- a déficit de atención)

Item 8. Deja por terminar las tareas que empieza (un punto, discutible pero incluso aceptable, a déficit de atención; puede dejarlas por fatiga, por que no sabe hacerlas u otros motivos).

Item 19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante (un punto, inaceptable, a déficit de atención)

Como puede verse la escala DA solo puede puntuar un máximo de 5 puntos; menos que el mínimo de entre 9 que propone el DSM-IV y que, además, incluye dos/tres ítems que no se pueden atribuir de manera unívoca a déficit de atención. Esto convierte la escala de Déficit de Atención en una escala de dos-tres puntos.

**B. ¿Incluye la EDAH los 6 indicadores de Hiperactividad propuestos por el DSM-IV? ..... No.**

De hecho ni siquiera los que la hoja de respuestas asigna como indicadores de hiperactividad lo son. Véalo:

Item 1. Tiene excesiva inquietud motora (un punto, razonable, a hiperactividad-hiperkinesia)

Item 3. Molesta frecuentemente a otros niños (un punto -inaceptable- a hiperactividad-hiperkinesia; molestar son los efectos de un comportamiento, pero no es un indicador de comportamiento y, además, no necesariamente de un comportamiento hiperkinético)

Item 5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas (un punto -inaceptable- a hiperactividad-hiperkinesia; que quiera las cosas rápidamente, no implica necesariamente hiperactividad, se presenta en casi todos los niños maleducados)

Item 13. Se mueve constantemente, intranquilo (un punto, razonable pero "tramposo", a hiperactividad-hiperkinesia, puesto que es preguntar de nuevo lo mismo que en el ítem 1)

Item 17. Es impulsivo e irritable (un punto -inaceptable- a hiperactividad-hiperkinesia; aparte de difícil de responder porque incluye dos preguntas)

Como puede verse la escala H solo puede puntuar un máximo de 5 puntos; menos que el mínimo de 6 que propone el DSM-IV que, además, incluye tres ítems que no se pueden atribuir de manera unívoca a hiperactividad y un ítem que evalúa de manera inadecuada impulsividad. Esto convierte la escala de Hiperactividad en una escala de dos puntos. En el caso de querer asimilar esta escala H a la combinación de Indicadores de Hiperactividad-Impulsividad, véase cómo el total de indicadores del DSM-IVTR son  $6 + 3 = 9$ , mientras que en esta escala HI tiene  $2 + 1 = 3$

Llegados aquí, se puede comprobar el primer efecto diagnóstico de la EDAH, incumpliendo los criterios internacionales, se puede llegar a considerar que el sujeto tiene TDAH con solamente unos 4-5 indicadores de déficit de atención e hiperactividad. Algo sencillamente inaceptable técnicamente.

Pero, aún más. Las condiciones para aceptar la presencia de trastorno por déficit de atención incluyen las siguientes:

II. Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 7 años de edad.

III. Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (p. ej., en la escuela o el trabajo y en la casa).

IV. Debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral.

¿dónde se contemplan en la EDAH estos condicionantes fundamentales? En ningún sitio.

Si se desea objetar que los indicadores de la escala de Trastornos de Conducta son las "alteraciones provocadas por los síntomas", en modo alguno se pueden atribuir de manera unívoca a los "síntomas" que aparecen en las otras escalas; aunque claro está: tener bajo rendimiento escolar debe estar provocado por el "síntoma-tiene dificultades de aprendizaje", y tener problemas de conducta en casa y en el aula también debe estar provocado por los "síntomas-molesta frecuentemente a otros niños-exige inmediata satisfacción a sus demandas-es irritable"

Por ello, la EDAH, copia fiel de las Escalas de Conners y en nada originales o diferentes de ellas, nunca podrían considerarse un instrumento para evaluar el TDAH, sino, tal y como ha propuesto siempre el Dr. Keith Conners y otros muchos profesionales (Taylor, 2003) como un instrumento de DETECCIÓN DE POSIBLES SUJETOS CON TDAH. Por lo tanto, si el profesional ya tiene en su consulta médica o psicopedagógica el "posible caso de TDAH" ¿para qué utilizar este instrumento si dispone de otros para confirmar o rechazar este diagnóstico?

Por otra parte, ¿cuál es el fundamento conceptual de sumar características de diferente naturaleza?

¿Cómo se explica que los autores decidan sumar puntuaciones de Déficit de Atención e Hiperactividad (puntuación H + DA) y, para colmo de barbaridad psicométrica, sumar a éstas los indicadores de Trastornos de Conducta (puntuación H + DA + TC).

Finalmente, si los autores se adhieren al DSM-IVTR, ¿cómo se explica que la EDAH no permita discriminar entre los subtipos propuestos por esta clasificación?. Subtipos por otra parte discutibles y discutidos desde su aprobación en 1992, encontrándose previsto su cambio en el DSM-V (Barkley y otros, 1997, 2005, 2008)

**En resumen: la EDAH es un instrumento reproducción parcial de las Escalas de Conners, con una lejana referencia en los criterios diagnósticos del DSM-III, carente en absoluto de validez de constructo y con muy deficiente validez de contenido cada una de sus escalas.**

Si bien las consideraciones anteriores resultarían motivo suficiente para descartar el empleo de este instrumento con la finalidad propuesta, los problemas de su fiabilidad son de tan grave naturaleza que requieren un análisis detallado para decidir descartar de manera absoluta su empleo con fines profesionales.

### **Sobre la fiabilidad**

---

A este respecto quizás viene bien recordar el antiguo dicho, que posiblemente provocará sonrisas en el autor original de estas escalas (ya modificadas y actualizadas), el Dr. Conners:

**"Bienaventurados quienes nos copian porque ellos heredarán nuestros defectos"**

**La fiabilidad de un instrumento pretendidamente psicométrico es un aspecto fundamental del mismo que se ve afectado por muchos factores, destacando entre ellos:**

f.1. Preguntas que contienen en su enunciado frecuencia o intensidad de la respuesta y para las que se solicita respuesta sobre intensidad o frecuencia.

Tiene **excesiva inquietud motora** ( ) Nada ( ) Poco ( ) Bastante ( ) Mucho

**A menudo grita en situaciones inadecuadas** ( ) Nada ( ) Poco ( ) Bastante ( ) Mucho

**Se mueve constantemente, intranquilo** ( ) Nada ( ) Poco ( ) Bastante ( ) Mucho

¿cómo contestar a esto?

f.2. Formulación confusa o poco clara de las preguntas, evitando la posibilidad de interpretaciones diferentes por sujetos diferentes

**Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante** ( ) Nada ( ) Poco ( ) Bastante ( ) Mucho

f.3. También, las preguntas que contienen en su enunciado dos componentes, de los cuales uno puede estar presente pero el otro no.

**Es impulsivo e irritable** ( ) Nada ( ) Poco ( ) Bastante ( ) Mucho

Estos déficits en la construcción de test son frecuentes en las etapas iniciales de quienes los elaboran, poniendo de manifiesto su escasa experiencia en este tipo de trabajos. El paso del tiempo ayuda a evitarlos y, de ese modo, mejorar la fiabilidad de los instrumentos aumentando su calidad psicotécnica.

Con respecto a los baremos ya hemos analizado con anterioridad la escasez de las muestras empleadas y su escasa diversificación y aleatorización, así como lo absurdo de los índices que se proponen al sumar puntuaciones que corresponden a variables de naturaleza diferente.

Pues bien, de manera incomprensible este instrumento recibió de la empresa editora el primer premio de investigación y así lo promocionan, confiando, suponemos, que el hecho de haber sido premiado (por la misma empresa editora) le otorgue un prestigio técnico del que a todas luces carece.

Como comentamos al principio, habida cuenta de los graves errores en que se incurre al emplearlo (exactamente los mismos en que incurrían las clásicas escalas de Conners) no es de extrañar que se incremente notablemente el número de escolares que reciben el diagnóstico de TDAH.

**En conclusión: en nuestra opinión, la Escala EDAH carece de validez de constructo, de contenido y predictiva; su fiabilidad es irrelevante y muy reducida por los defectos de construcción de sus elementos y los baremos totalmente insuficientes y escasamente diversificados. Por todo ello lo consideramos un instrumento totalmente inadecuado, dados los conocimientos actuales sobre la condición DAH y la situación de Trastorno por DAH, tanto para la detección de TDAH como, por supuesto, para el diagnóstico clínico de TDAH.**

<b>Finalidad</b>	<b>Valorar la presencia de TDAH en niños</b>
<b>Validez de contenido</b>	<b>Deficiente</b>
<b>Validez de constructo</b>	<b>Deficiente</b>
<b>Fiabilidad</b>	<b>Muy baja</b>
<b>Baremos</b>	<b>Insuficientes: muestras escasas</b>
<b>Facilidad de Aplicación</b>	<b>Alta</b>