

## Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la adolescencia: baremación de la escala EDAH (a)

Carmen R. Sánchez, Francisco Díaz, Concepción Ramos

**Objetivo.** Baremar la escala de evaluación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad para población adolescente, EDAH (a).

**Sujetos y métodos.** Con una muestra inicial de 3.400 participantes, la muestra definitiva se compuso de 2.292 alumnos con edades comprendidas entre 12 y 16 años. De éstos, 1.066 fueron chicos (46,5%) y 1.226 fueron chicas (53,5%).

**Resultados y conclusiones.** Al obtenerse diferencias significativas tanto para la edad como para el sexo en las subescalas que componen dicha prueba, se procedió a realizar los baremos teniendo en cuenta estas variables. Se presentan los puntos de corte para cada una de las subescalas. En todos los casos, estos puntos de corte quedan por encima del percentil 90.

**Palabras clave.** Adolescencia. Baremación. EDAH (a). Problemas de conducta. Problemas de interacción social. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. La Laguna, Tenerife, España.

**Correspondencia:**

Dra. Carmen Rosa Sánchez López. Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Campus de Guajara. Universidad de La Laguna. E-38205 La Laguna (Tenerife).

**Fax:**

+34 922 317 461.

**E-mail:**

crslopez@ull.es

**Financiación:**

Convenio de investigación y asesoría suscrito por la Consejería de Educación, Cultura, Deportes y Universidades del Gobierno de Canarias y la Universidad de La Laguna.

**Aceptado tras revisión externa:** 05.07.10.

**Cómo citar este artículo:**

Sánchez CR, Díaz F, Ramos C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la adolescencia: baremación de la escala EDAH (a). Rev Neurol 2010; 51: 337-46.

© 2010 Revista de Neurología

### Introducción

Es un reto para la psicopatología centrada en la infancia y la adolescencia llegar a estimar en qué medida se presentan los distintos trastornos teniendo en cuenta el momento evolutivo por el que los niños pasan, la necesidad de contar con distintos informantes (padres, profesores y los propios niños/as), los instrumentos de medida que se deben utilizar y los sistemas de clasificación y de diagnóstico de los que se parte.

Actualmente, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una de las causas esgrimidas por los maestros para que los padres acudan, con sus hijos que presentan conductas molestas en el aula, a los especialistas (psiquiatras, pediatras, psicólogos...), y que sean éstos quienes diagnostiquen y pongan soluciones al problema.

En la investigación de este trastorno se reconoce su alta frecuencia en la atención clínica [1] y su importancia en cuanto a morbilidad y disfuncionalidad, que se manifiesta más intensamente en la infancia y la adolescencia, pero que continúa a lo largo de la vida adulta [2].

La Asociación Americana de Psiquiatría sitúa la tasa de prevalencia en el 3-7% [3]. En España, distintos estudios establecen las prevalencias en el 4,6-12% [4-6]. La variabilidad de estos resultados parece relacionarse con los criterios de diagnóstico, los

instrumentos de detección, las muestras utilizadas y el sexo de las poblaciones estudiadas [7]. Otros factores que han sido asociados a estas diferencias son el tipo de muestra (clínica o comunitaria), la fuente de comunicación (padres, maestros, niños/as) y las características socioculturales [8,9].

Los estudios sobre la influencia del sexo en las manifestaciones y comorbilidades del TDAH son numerosos. Así, se encontró que las niñas con TDAH eran especialmente propensas a mostrar problemas de atención, y menos propensas a presentar dificultades en la escuela o en el tiempo libre. También presentaban un riesgo menor que los chicos con TDAH de manifestar una depresión comórbida y trastornos de conducta [10].

Teniendo en cuenta el subtipo de TDAH, se ha señalado que el TDAH con predominio de déficit de atención es más frecuente en las muestras comunitarias o generales, mientras que el combinado es más frecuente en las muestras clínicas; los niños están sobrerrepresentados en ambos subtipos, mientras que las niñas, aunque minoría, están más representadas en el grupo de desatentos. Asimismo, los niños del grupo combinado son identificados y tratados antes que los del grupo desatento [11].

En la adolescencia, la hiperactividad puede llegar a disminuir notablemente, hasta llegar a una sensación subjetiva de inquietud, pero todavía el 70% sigue presentando problemas de atención e impul-

**Tabla I.** Distribución de la muestra total por edad y sexo ( $n = 2.292$ ).

Edad (años)	Chicos ( $n = 1.066$ ; 46,5%)	Chicas ( $n = 1.226$ ; 53,5%)	Total
12	198 (8,6%)	214 (9,3%)	412 (18,0%)
13	251 (11,0%)	275 (12,0%)	526 (22,9%)
14	246 (10,7%)	305 (13,3%)	551 (24,0%)
15	272 (11,9%)	331 (14,4%)	603 (26,3%)
16	99 (4,3%)	101 (4,4%)	200 (8,7%)

sividad [12]. Los estudios longitudinales muestran que la hiperactividad de los adolescentes se desplaza hacia trastornos de conducta. Alrededor de un 43% corre el peligro de manifestar conductas de riesgo, como adicciones, conductas predelictivas, abandono escolar, accidentes, etc. [13]. Además, suelen persistir los problemas académicos y la baja autoestima. Investigaciones posteriores confirman que la asociación del TDAH y trastorno de conducta oscila entre el 30-60% [3,14-16].

Resulta, pues, evidente la necesidad de evaluar el TDAH en adolescentes. Ya en otra publicación presentamos la validación de la escala EDAH para este rango de edad [17]. Asimismo, distintos estudios [4] presentan baremaciones actualizadas de esta escala en la población infantil. La baremación que presentamos resulta un avance, al contemplar esta problemática en población adolescente, donde la escasez de instrumentos de cribado hace difícil la detección de este tipo de trastornos.

## Sujetos y métodos

### Participantes

Se usó un diseño por conglomerados bietápico para establecer el tamaño muestral. Este tipo de diseño supuso partir de un listado de los conglomerados (colegios), recurriéndose al censo escolar de Canarias para delimitar los diferentes centros (un total de 339). El censo total de estudiantes con el que se trabajó fue de 90.995. Finalmente, se obtuvieron 34 conglomerados, formados por 100 alumnos cada uno.

Una vez fijado el tamaño de la muestra ( $n = 3.400$ ), se procedió a la selección de forma aleatoria de los 34 conglomerados que iban a ser objeto de este estudio. De este total de participantes, 948 casos no

presentaron el consentimiento informado, 70 casos no tenían el cuestionario debidamente cumplimentado y 90 casos tenían una edad inferior a 12 años o superior a 16. La muestra final quedó compuesta por un total de 2.292 alumnos con edades comprendidas entre 12 y 16 años. De éstos, 1.066 eran chicos (46,5%) y 1.226 chicas (53,5%), de los que obtuvimos el permiso de los padres. Todos ellos, en el momento de la administración de la pruebas, estaban escolarizados en 37 centros de la comunidad canaria (Tabla I).

### Instrumento y procedimiento

El instrumento utilizado, el EDAH (a) [17,18], es una versión castellana revisada de la escala de conducta de Conners para profesores en población adolescente. Su finalidad es recoger información sobre la conducta habitual de los chicos en el aula, con un método estructurado de observación para el profesor, compuesto por 20 elementos. Dicha escala se compone de cuatro subescalas:

- *Hiperactividad (H)*: conformado por el ítem 1 ('tiene inquietud motora'), ítem 3 ('molesta frecuentemente a otros niños') e ítem 13 ('se mueve constantemente, es intranquilo').
- *Déficit de atención (DA)*: conformado por el ítem 2 ('tiene dificultades de aprendizaje escolar'), ítem 4 ('se distrae fácilmente, muestra escasa atención'), ítem 7 ('está en las nubes, ensimismado') e ítem 19 ('sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante').
- *Problemas de conducta (PC)*: conformado por el ítem 5 ('exige inmediata satisfacción a sus demandas'), ítem 8 ('deja por terminar tareas que empieza'), ítem 10 ('niega sus errores o echa la culpa a otros'), ítem 11 ('a menudo grita en situaciones inadecuadas'), ítem 12 ('contesta con facilidad; es irrespetuoso y arrogante'), ítem 14 ('discute y pelea por cualquier cosa'), ítem 15 ('tiene explosiones impredecibles de mal genio'), ítem 16 ('le falta sentido de la regla de juego limpio'), ítem 17 ('es impulsivo e irritable') e ítem 20 ('acepta mal las indicaciones del profesor').
- *Problemas de interacción social (PS)*: conformado por el ítem 6 ('tiene dificultad para las actividades cooperativas'), ítem 9 ('es mal aceptado por el grupo') e ítem 18 ('se lleva mal con la mayoría de sus compañeros').

Cada ítem puntúa de 0 a 3 puntos; las puntuaciones más altas son indicativas de presencia del síntoma.

Dicho instrumento refiere excelentes indicadores de fiabilidad y validez [17]. El criterio seguido para

**Tabla II.** Diferencias de medias para la EDAH (a) según edad y sexo de los evaluados.

	Edad (años)	Masculino		Femenino		<i>t</i>	<i>p</i>
		Media	DE	Media	DE		
Problemas de conducta	12	3,72	4,97	3,16	4,71	1,16	0,244
	13	5,81	6,24	3,91	5,13	3,81	0
	14	4,76	6,23	3,66	5,59	2,18	0,029
	15	4,55	5,82	2,50	4,07	5,06	0
	16	4,02	4,62	2,50	4,78	2,27	0,024
Déficit de atención	12	2,52	2,62	2,25	2,48	1,04	0,297
	13	4,06	3,22	2,73	2,77	5,06	0
	14	4,17	3,53	2,91	3,15	4,41	0
	15	3,73	3,67	2,54	2,73	4,53	0
	16	4,08	3,24	2,87	2,76	2,83	0,005
Problemas de interacción social	12	0,88	1,59	0,93	1,54	-0,328	0,743
	13	1,34	1,83	0,91	1,43	2,97	0,003
	14	1,26	1,75	0,97	1,39	2,16	0,031
	15	1,04	1,59	0,71	1,35	2,78	0,006
	16	0,96	1,28	0,50	0,95	2,9	0,004
Hiperactividad	12	1,64	2,00	1,09	1,71	2,97	0,003
	13	2,86	2,47	1,48	1,83	7,24	0
	14	2,17	2,37	1,23	1,76	5,27	0
	15	2,21	2,20	0,96	1,40	8,47	0
	16	2,19	2,11	1,03	1,26	4,69	0

DE: desviación estándar.

establecer los puntos de corte ha sido exclusivamente estadístico, tomando como procedimiento la suma de dos desviaciones típicas a la media presentada en cada subescala y quedando todos ellos por encima del percentil 90.

## Resultados

En el análisis preliminar de los resultados, y para examinar potenciales diferencias en la manifesta-

ción de síntomas de TDAH de acuerdo con la edad y el sexo de los evaluados, se procedió a realizar un análisis de varianza (ANOVA), y se encontraron diferencias significativas para la edad y para el sexo en cada una de las subescalas. La interacción edad × sexo sólo fue significativa en la subescala hiperactividad ( $F_{(4,2282)} = 3,12; p = 0,014$ ).

Posteriormente, se procedió a verificar las diferencias por sexo en cada una de las edades comprendidas en la muestra. A la vista de los resultados, se observa que las puntuaciones medias en cada una

**Tabla III.** Baremo de chicas de 12 años ( $n = 214$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	18	10		
98			6	
97	17	8-9		6
96	15-16		5	
95				5
94	14	7		
93	12-13			
92	11		4	
91				
90	10	6		4
85	9		3	
80	6-8	5		3
75	5		2	2
70	4	4		
65	3		1	
60	2	3		1
55				
50		2		
45				
40	1	1		
35				
30				
25				
20				
15				
10				
5				
Media	3,16	2,25	0,93	1,09
Desviación estándar	4,71	2,48	1,54	1,71
Punto de corte	12,59	7,22	4,02	4,52

**Tabla IV.** Baremo de chicas de 13 años ( $n = 275$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	21	11	6	8
98	19-20	10		7
97	18		5	
96	17	9		6
95	15-16			
94	13-14	8		5
93			4	
92	12			
91				
90	11	7		
85	9-10		3	4
80	8	6		
75	6-7	5	2	3
70	5			
65	4	4		
60	3		1	2
55		3		
50	2			
45				1
40		2		
35				
30	1	1		
25				
20				
15				
10				
5				
Media	3,91	2,73	0,91	1,48
Desviación estándar	5,13	2,77	1,43	1,83
Punto de corte	14,17	8,27	3,79	5,14

**Tabla V.** Baremo de chicas de 14 años ( $n = 305$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	24			
98	20-23	11	5	7
97	19			6
96	18	10		
95	17			
94	16	9		5
93	15		4	
92	14			
91	13			
90	12	8		4
85	9-11	7	3	
80	6-8	6		3
75	5		2	
70	4	5		2
65		4		
60	3			
55	2	3	1	1
50				
45		2		
40	1			
35		1		
30				
25				
20				
15				
10				
5				
Media	3,66	2,91	0,97	1,23
Desviación estándar	5,59	3,15	1,39	1,76
Punto de corte	14,84	9,22	3,76	4,77

**Tabla VI.** Baremo de chicas de 15 años ( $n = 331$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	20	11		6
98	17-19	10	6	5
97	15-16		5	
96		9		
95	12-14	8	4	4
94				
93	10-11			
92	9		3	
91				
90	8	7		3
85	5-7	6		
80	4	5	2	
75				2
70	3	4	1	
65	2			
60		3		
55				1
50		2		
45				
40	1			
35		1		
30				
25				
20				
15				
10				
5				
Media	2,50	2,54	0,71	0,96
Desviación estándar	4,07	2,73	1,35	1,40
Punto de corte	10,64	8,025	3,43	3,76

**Tabla VII.** Baremo de chicas de 16 años ( $n = 101$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	30		5	7
98	26-29		4	5-6
97	19-25	10		4
96	12-18			
95	10-11		3	
94	9		2	
93	8	9		
92				
91	7	8		
90	6	7		3
85	4-5	6		
80		5		
75	3			
70			1	2
65	2	4		
60				
55		3		
50				
45				1
40		2		
35	1			
30				
25		1		
20				
15				
10				
5				
Media	2,50	2,87	0,50	1,03
Desviación estándar	4,78	2,76	0,95	1,26
Punto de corte	12,07	8,4	2,41	3,56

**Tabla VIII.** Baremo de chicos de 12 años ( $n = 198$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	22	12	8	
98	20-21			
97	16-19		6-7	7
96	15	9-11	5	
95		8		
94	14		4	6
93	13	7		
92				
91	12			
90	11			5
85	10	6	3	
80	7-9	5	2	4
75	5-6			
70				3
65	4	4	1	
60	3	3		2
55				
50	2	2		
45				1
40	1			
35		1		
30				
25				
20				
15				
10				
5				
Media	3,72	2,52	0,88	1,64
Desviación estándar	4,96	2,62	1,59	2,00
Punto de corte	13,67	7,77	4,07	5,64

**Tabla IX.** Baremo de chicos de 13 años ( $n = 251$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	27	12		
98	23-26		7	9
97	22			
96	20-21	11	6	
95	19	10		
94	18			8
93	17		5	
92	16			
91				
90	15	9	4	7
85	12-14	8		6
80	10-11	7		5
75	9		3	
70	8	6		
65	7		2	4
60	6	5		
55	5			
50	4	4	1	3
45				
40	3	3		
35	2			2
30		2		
25				1
20	1	1		
15				
10				
5				
Media	5,81	4,06	1,34	2,86
Desviación estándar	6,24	3,22	1,83	2,47
Punto de corte	18,29	10,51	5,01	7,81

**Tabla X.** Baremo de chicos de 14 años ( $n = 246$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	27		8	9
98	23-26		7	
97	21-22	12	6	
96	19-20			8
95			5	
94	18			7
93		11		
92				
91	17			
90	15-16	10	4	6
85	11-14	9		
80	9-10	8	3	5
75	7-8			4
70	5-6	7	2	
65	4	6		3
60				
55	3	5		
50			1	2
45		4		
40	2	3		
35				1
30		2		
25	1	1		
20				
15				
10				
5				
Media	4,76	4,17	1,26	2,17
Desviación estándar	6,23	3,53	1,75	2,37
Punto de corte	17,23	11,26	4,77	6,92

**Tabla XI.** Baremo de chicos de 15 años ( $n = 272$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99	23		7	
98	22		6	
97	20-21	12		
96	19		5	8
95	18			7
94	17			
93	15-16	11		
92			4	6
91	14	10		
90	13	9		
85	11-12			5
80	10	8	3	
75	7-9	7	2	4
70	6	6		
65	4-5	5		3
60		4	1	
55	3			
50		3		
45	2			2
40		2		
35				
30	1			1
25		1		
20				
15				
10				
5				
Media	4,55	3,73	1,04	2,21
Desviación estándar	5,82	3,67	1,59	2,20
Punto de corte	16,21	11,09	4,23	6,62

**Tabla XII.** Baremo de chicos de 16 años ( $n = 99$ ).

Centil	Problemas de conducta	Déficit de atención	Problemas de interacción social	Hiperactividad
99			5	9
98		12		8
97		11		
96				7
95			4	
94	13			
93				6
92				
91	12	10		
90	11	9		
85	10	8	3	5
80	9			4
75	7-8	7	2	
70	5	6		
65	4			
60		5		3
55			1	
50	3			
45		4		
40	2			2
35		3		1
30		2		
25	1			
20		1		
15				
10				
5				
Media	4,02	4,08	0,96	2,19
Desviación estándar	4,62	3,24	1,28	2,11
Punto de corte	13,27	10,58	3,55	6,42



de las subescalas resultan mayores en los chicos que en las chicas y para todas las edades. Además, estas diferencias son significativas en todos los casos, excepto para 12 años, donde sólo muestra diferencia significativa en la subescala hiperactividad (Tabla II).

Teniendo en cuenta estos resultados, se procede a realizar la baremación de manera que se contemplen las diferencias que se presentan en estas dos variables, por lo que se exponen baremos por edad y sexo (Tablas III a XII). Asimismo, se presentan los puntos de corte para cada uno de ellos.

## Discusión

En primer lugar, y con respecto a la escala utilizada, ya en un estudio anterior [17] se hace referencia a la aparición de un nuevo factor (PS) que permite la detección de problemas de interacción social y que resulta propio de este rango de edad; por lo tanto, en el presente trabajo queda recogido dicho factor, cuestión que no ocurre en baremaciones anteriores realizadas en población infantil [4].

Asimismo, estos baremos, siguiendo a otros autores [4], tampoco contemplan una subescala total, ya que puntuaciones elevadas en ésta pueden llevar a confusión en el diagnóstico.

En nuestros resultados aparecen diferencias significativas tanto en edad como en sexo en las puntuaciones obtenidas. Estos baremos de población adolescente tienen en cuenta dichas diferencias, lo que va a permitir una mayor precisión a la hora de determinar la existencia de probables casos en el abordaje de los problemas de TDAH.

Si bien es cierto que se ha partido del planteamiento teórico propuesto por los autores de la prueba [18], en el que el punto de corte atendía a un criterio exclusivamente estadístico, consideramos que es necesario un estudio más exhaustivo de los coeficientes de validez de la escala, contrastándola con instrumentos diagnósticos o juicios de expertos que permitan ahondar en las bondades psicométricas, cuestiones que se abordarán en futuras investigaciones.

No obstante, consideramos que esta baremación, junto con las características ya descritas de la escala EDAH para adolescentes, es un instrumento idóneo para ser utilizado como cribado, posibili-

tando a los profesionales un primer acercamiento, válido y fiable, a este tipo de problemas.

## Bibliografía

1. Lerner M. A office-based management of ADHD. Satellite Symposium to the American Academy of Pediatrics National Conference and Exhibition. Boston, EE. UU., 2002.
2. Weiss G, Hechtman LT. Predictive factors pertaining to the family. In Weiss G, Hechtman LT, eds. *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford Press; 1993. p. 230-7.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
4. Blázquez-Almería G, Joseph-Munné D, Burón-Massó E, Carrillo-González C, Joseph-Munné M, Cuyás-Reguera M, et al. Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Rev Neurol* 2005; 41: 586-90.
5. Cardo E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol* 2008; 46: 365-72.
6. Rodríguez-Moliner L, López-Villalobos JA, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, Martínez-Rivera MT, Ruiz-Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista de Pediatría de Atención Primaria* 2009; 11: 251-70.
7. Rodríguez-Sacristán J. *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide; 2000.
8. Peña JA, Montiel-Nava C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Rev Neurol* 2003; 36: 173-9.
9. Narbona, J. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001; 32: 229-31.
10. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2001; 159: 36-42.
11. Capdevila-Brophy C, Navarro-Pastor JB, Artigas-Pallarés J, Obiols-Llandrich J. Complicaciones obstétricas y médicas en el trastorno de déficit atencional-hiperactividad (TDAH): ¿hay diferencias entre los subtipos? *Int J Clin Health Psychol* 2007; 7: 679-95.
12. Barkley RA. *Niños hiperactivos*. Barcelona: Paidós; 1995.
13. Miranda A, Amado L, Jarque S. *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. Málaga: Aljibe; 2001.
14. Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press; 1990.
15. Sánchez CR, Ramos C, Díaz F, Simón M. Estudio epidemiológico de los trastornos externalizantes en la población canaria de la ESO. III Congreso Multidisciplinar sobre Trastornos del Comportamiento. Guadalajara, España, 2006.
16. Sánchez CR, Ramos C, Díaz F, Simón M. Relación entre el TDAH y los trastornos del comportamiento en la infancia. I Symposium Internacional de Criminología y Delincuencia: ámbitos de aplicación, avances en el tratamiento, perspectivas en prevención. Tenerife, España, 2008.
17. Sánchez CR, Ramos C, Díaz F, Simón M. Validación de la escala de evaluación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (EDAH) en población adolescente. *Rev Neurol* 2010; 50: 283-90.
18. Farré A, Narbona J. *Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA; 2001.

### Attention deficit hyperactivity disorder in teenagers: appraisal of the EDAH (a) scale

**Aims.** To appraise the attention deficit hyperactivity disorder assessment scale for a teenage population, EDAH (a).

**Subjects and methods.** From an initial sample of 3400 participants, a final sample of 2292 pupils between 12 and 16 years of age were finally selected. Of the total number, 1066 were boys (46.5%) and 1226 were girls (53.5%).

**Results and conclusions.** On obtaining significant differences both for age and for sex on the subscales that make up the aforementioned test, assessments were performed taking these variables into account. The cut-off points for each of the subscales are presented and in all cases they were above the 90th percentile.

**Key words.** Adolescence. Appraisal. Attention deficit hyperactivity disorder. Behavioural disorders. EDAH (a). Social interaction disorders.