

BRIEF[®] 2

Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva



G. A. Gioia
P. K. Isquith
S. C. Guy
L. Kenworthy

Adaptación española:
M. J. Maldonado Belmonte, M. C. Fournier del Castillo,
R. Martínez Arias, J. González Marqués, J. M. Espejo-
Saavedra Roca y P. Santamaría (Dpto. I+D+i de TEA
Ediciones)



BRIEF[®] 2

Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva

Gerard A. Gioia • Peter K. Isquith • Steven C. Guy • Lauren Kenworthy

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

María Jesús Maldonado Belmonte
M.^a de la Concepción Fournier del Castillo

Rosario Martínez Arias

Javier González Marqués

Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca

Pablo Santamaría

(Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones)

Manual técnico



hogrefe

Madrid, 2017



Índice

Acerca de los adaptadores	5
Agradecimientos	7
Ficha técnica	9
1. Proceso de creación del BRIEF-2 y adaptación española.	11
1.1. Proceso original de creación y desarrollo del BRIEF	11
<i>Contenido de los ítems.</i>	12
<i>Proceso de construcción de los ítems</i>	12
<i>Asignación de cada ítem a su escala</i>	14
<i>Estudio piloto.</i>	14
<i>Estudio de tipificación y configuración de las versiones finales del BRIEF</i>	15
<i>Escalas de validez.</i>	16
1.2. Proceso de desarrollo del BRIEF-2	16
1.3. Adaptación española del BRIEF-2	19
2. Fundamentación psicométrica	21
2.1. Muestra de tipificación.	21
2.2. Fiabilidad	24
2.2.1. <i>Consistencia interna</i>	25
2.2.2. <i>Estabilidad temporal: test-retest</i>	28
2.2.3. <i>Índice de cambio fiable</i>	30
2.2.4. <i>Acuerdo entre evaluadores.</i>	33
2.2.5. <i>Equivalencia con el BRIEF</i>	37
2.3. Evidencias de validez.	38
2.3.1. <i>Evidencias sobre el contenido</i>	39
2.3.2. <i>Evidencias sobre la estructura interna</i>	39
2.3.3. <i>Evidencias sobre la relación con otras variables.</i>	49
2.3.4. <i>Evidencias sobre los distintos perfiles de puntuaciones en el BRIEF-2 en diferentes grupos clínicos</i>	75
2.4. Resumen de las evidencias de fiabilidad y validez relativas al BRIEF-2	124
Referencias bibliográficas	125



Agradecimientos de la adaptación española

La adaptación del BRIEF-2 a lengua española no habría sido posible sin la contribución de múltiples profesionales y centros. A todos ellos queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento y nuestro reconocimiento por la labor desempeñada.

Profesionales que han participado en la adaptación del BRIEF-2

(por orden alfabético del primer apellido)

Estrella Aguilar Pérez	Rosa Fraga Rodríguez	Carmen R. Muñoz Galán
Inés Alonso del Rey	Eva Mar Fuente Malo	Ana Belén Nieves Hernando
Mónica Alonso Sañudo Valera	Ana García Beck	Lidia Nova Romero
Celia Álvarez	Martín García Duarte	Ana Isabel Noval Rodríguez
Concepción Álvarez Agudo	Patricia García Guzmán	María Isabel Noval Rodríguez
Manuel Araujo Gallego	Noemí García Morales	Eva Pérez Rodríguez
Lina Arias Vega	Elena Esperanza García Poveda	Aurelia Pimentel Lorente
María Isabel Barón Burgos	Beatriz Gavilán Agustí	Belén Puerto Mora
Blanca Berdasgo González	María Jesús Gómez Fernández	Leticia Ramírez Ángel Carreño
Cristina Bermejo Martín	Beatriz González Díaz de Tudanca	Marta Ramos Carrera
Jordi Bernabéu Verdú	Leticia González López	Rocío Regueiro Gómez
Robledo Blanco Ruz	Carmen González Salinas	Beatriz Rodríguez del Rey
José Tomás Boyano Moreno	Mario Grande de Prado	Raquel Rodríguez Ortega
Marta Bustos Palacio	Rafael Guerrero	María del Carmen Romero Blanco
Lourdes Camacho Rodríguez	Silvia Hidalgo Berutich	Marina San Martín Ruiz
Icíar Caro Martín	Ana Ibero Sagastibelza	Yolanda Sánchez Arellano
Josep Contell Carbonell	Carlos Jacas Escarcelle	Marcos Serralvo Guerrero
Antonio Coronado Hijón	María Jesús Laredo Curiel	María Solano Lobatón
María Jesús Cuervo Álvarez	Isabel López Burgos	Nuria Torrent Grima
María José Díez Alonso	Verónica López Fernández	Patricia Trigo Cubillo
Javier Domínguez Bolaños	Laura Lozano	Andrea Vargas Gallarosa
Patricia Esteban Delgado	María Rosa Maceda Suárez	Marta María Vázquez González
Rosa María Feijoo Rebollo	Clara Isabel Martín Millán	Arantxa Velasco
Josefa Ferrer Requena	Silvia Medina Herranz	Alberto Veleiro Vidal
Rocío Font Rodríguez	María Dolores Merino Puerma	Lucía Zumárraga Astorqui
Eva Fournier del Castillo	Pedro Eusebio Moya García	

Centros que han colaborado en la adaptación del BRIEF-2

(por orden alfabético)

- C.E.I.P. Axarquía, Vélez-Málaga (Málaga).
 C.E.I.P. Almussafes, Almussafes (Valencia).
 C.E.I.P. Antonio Osuna, Tres Cantos (Madrid).
 C.E.I.P. Ausías March, Valencia.
 C.E.I.P. La Navata, La Navata - Galapagar (Madrid).
 C.E.I.P. La Purísima, El Llano de Molina (Murcia).
 C.E.I.P. Montealegre, Jerez de la Frontera (Cádiz).
 C.E.I.P. Nuestra Señora de la Salud, Alcantarilla (Murcia).
 C.E.I.P. Nuestra Señora del Águila, Sevilla.
 C.E.I.P. Número 10, Torrent (Valencia).
 C.E.I.P. Palomeras Bajas, Madrid.
 C.E.I.P. Pío XII, Jerez de la Frontera (Cádiz).
 C.E.I.P. República de Chile, Madrid.
 C.E.I.P. Saco e Arce, Toen (Orense).
 C.E.I.P. Sada y sus Contornos, Sada (La Coruña).
 C.E.I.P. San Miguel, Villablino (León).
 C.E.I.P. Sant Pasqual, Torrent (Valencia).
 C.E.I.P. Sofía Casanova, La Coruña.
 C.E.I.P. Valderrey, Algete (Madrid).
 Centro de Atención Infantil Temprana de Vélez-Málaga, Vélez-Málaga (Málaga).
 Centro de Atención Integral al Niño MITAI, Pozuelo de Alarcón (Madrid).
 Centro de Psicología AVANZA, Málaga.
 ALUCOD, Asociación de Lucha Contra la Droga, Llerena (Badajoz).
 Asociación Pro Bienestar Familiar de Villarrobledo, Villarrobledo (Albacete).
 C.E.E. Santo Ángel, Córdoba.
 Centro NEUROPED, Alcobendas (Madrid).
 C.E.O. Virgen de la Peña. Sepúlveda (Segovia).
 Colegio Ábaco, Madrid.
 Colegio Alameda de Osuna, Madrid.
 Colegio Amor de Dios, Alcorcón (Madrid).
 Colegio Bilingüe Khalil Gibran, Fuenlabrada (Madrid).
 Colegio Camí, Barcelona.
 Colegio Caxton, Puçol (Valencia).
 Colegio El Ave María, Benimámet (Valencia).
 Colegio El Pinar, Alhaurín de la Torre (Málaga).
 Colegio Internacional Eiris, La Coruña.
 Colegio La Granada, Santo Ángel de Llerena (Badajoz).
 Colegio Leonés, León.
 Colegio Luis Vives, Orense.
 Colegio Madre de Dios, Jerez de la Frontera (Cádiz).
 Colegio Maristas Santa María, Orense.
 Colegio Natividad de Nuestra Señora, Madrid.
 Colegio Nuestra Señora del Pilar, Jerez de la Frontera (Cádiz).
 Colegio Paula Montal, Astorga (León).
 Colegio Sagrada Familia, Badajoz.
 Colegio Salesianos, Orense.
 Colegio Santo Ángel, Orense.
 Colegio Santo Domingo, Madrid.
 Colegio Suárez Somonte, Llerena (Badajoz).
 C.P. Ángel González Álvarez, Astorga (León).
 C.P. Dama D'Elx, Elche (Alicante).
 C.P. Ermitaberrí, Burlada (Navarra).
 C.P. Mediterrani, Elche (Alicante).
 C.P. Virrey Morcillo, Villarrobledo (Albacete).
 C.R.A. Campos Góticos, Medina de Rioseco (Valladolid).
 C.R.A. Gloria Fuertes, Fuente del Arco (Badajoz).
 C.R.A. La Flecha, Cabrerizos (Salamanca).
 E.E.I. Tierno Galván, Villablino (León).
 E.O.E.P. Moncloa-Chamberí-Aravaca, Madrid.
 Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Barcelona.
 I.E.S. Aldebarán, Alcobendas (Madrid).
 I.E.S. Almussafes, Almussafes (Valencia).
 I.E.S. Astorga, Astorga (León).
 I.E.S. Bembézar, Azuaga (Badajoz).
 I.E.S. Cuatro Villas, Berlanga (Badajoz).
 I.E.S. Fernando Robina, Llerena (Badajoz).
 I.E.S. Joaquín Turina, Madrid.
 I.E.S. Joaquín Turina, Sevilla.
 I.E.S. La Asunción de Nuestra Señora, Elche (Alicante).
 I.E.S. Las Veredillas, Torrejón de Ardoz (Madrid).
 I.E.S. Los Manantiales, Torremolinos (Málaga).
 I.E.S. Martínez Montañés, Sevilla.
 I.E.S. Miraya del Mar, Torre del Mar, Vélez-Málaga (Málaga).
 I.E.S. O Couto, Orense.
 I.E.S. Sagrado Corazón, Málaga.
 I.E.S. Sixto Marco, Elche (Alicante).
 I.E.S. Veles e Vents, Torrent (Valencia).
 I.E.S. Virrey Morcillo, Villarrobledo (Albacete).
 I.E.S.O. del Camino, Viana (Navarra).
 Knossos Psicólogos, Centro de Investigación y Atención Psicológica a Niños y Adolescentes, Leganés (Madrid).
 SERPA, Gabinete Psicopedagógico, Tres Cantos (Madrid).
 UAD-ACLAD, Asociación Ciudadana Lucha Contra la Droga, La Coruña.
 Unidad de Daño Cerebral, Hospital Beata María Ana de Jesús, Madrid.



Ficha técnica

Nombre: BRIEF-2. *Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva.*

Nombre original: BRIEF-2. *Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition.*

Autores: Gerard A. Gioia, Peter K. Isquith, Steven C. Guy y Lauren Kenworthy.

Procedencia: PAR, Psychological Assessment Resources, 2015.

Adaptación española: María Jesús Maldonado Belmonte, M.^a de la Concepción Fournier del Castillo, Rosario Martínez Arias, Javier González Marqués, Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca y Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones), 2017.

Aplicación: Individual; es respondido por madres, padres, profesorado o cuidadores de la persona evaluada. La aplicación puede realizarse mediante la versión en papel y lápiz o mediante la versión *online*.

Edad de aplicación: Entre 5 y 18 años.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluación de la función ejecutiva mediante nueve escalas clínicas (Inhibición, Supervisión de sí mismo, Flexibilidad, Control emocional, Iniciativa, Memoria de trabajo, Planificación y organización, Supervisión de la tarea y Organización de materiales), tres índices generales (Índice de regulación conductual, Índice de regulación emocional e Índice de regulación cognitiva) y un Índice global de función ejecutiva. Además incluye tres escalas de validez (Infrecuencia, Inconsistencia y Negatividad).

Baremación: Baremos en puntuaciones T de población general diferenciados por sexo, rango de edad e informante (familia o escuela).

Material: Manual de aplicación, corrección e interpretación, manual técnico, ejemplar para responder por la madre, el padre u otro familiar (BRIEF-2 Familia), ejemplar para responder por el profesorado (BRIEF-2 Escuela) y clave de acceso (PIN) para la corrección y aplicación por Internet.



1. Proceso de creación del BRIEF-2 y adaptación española

En este capítulo se describe el proceso seguido para la creación del BRIEF-2, detallando los pasos dados para la construcción de esta prueba desde sus primeros albores en el año 1994 hasta su primera publicación en el año 2000 (BRIEF; Gioia *et al.*, 2000), su posterior revisión y segunda edición (BRIEF-2; Gioia, Isquith, Guy y Kenworthy, 2015) y, finalmente, su adaptación española.

En primer lugar se presentará el proceso original de construcción del BRIEF (Gioia *et al.*, 2000), detallando los objetivos perseguidos en su creación, los pasos seguidos en el desarrollo de sus ítems, los procesos de validación de contenido empleados y los estudios pilotos realizados.

En un segundo lugar se describe el proceso de revisión seguido para su segunda edición (BRIEF-2; Gioia, Isquith, Guy y Kenworthy, 2015), sus objetivos, así como los cambios y mejoras introducidas.

Finalmente, se expone el procedimiento llevado a cabo para su adaptación española, incluyendo la descripción del proceso de traducción y adaptación y las fases seguidas para su tipificación y validación.

1.1. Proceso original de creación y desarrollo del BRIEF

El germen que motivó la creación del BRIEF tuvo lugar en el año 1994, a partir de la observación realizada por los autores de la reiterada discrepancia entre las puntuaciones obtenidas en tests objetivos de rendimiento de funciones ejecutivas y las valoraciones que hacían familiares y profesores de las conductas cotidianas de niños y adolescentes con disfunción ejecutiva. En aquel momento no existían escalas de valoración de las funciones ejecutivas para cumplimentar por familiares y profesorado y eran escasas las pruebas de rendimiento de funciones ejecutivas orientadas a la evaluación de niños y adolescentes.

El objetivo que se marcaron los autores en aquel momento fue precisamente proporcionar una medida sólida y solvente psicométricamente que cubriera dicha laguna, que fuera sencilla de aplicar y corregir y que permitiera ofrecer al profesional información clínicamente útil acerca de los dominios y áreas más establecidas de la función ejecutiva en la conducta diaria. En esencia, crear una medida útil a nivel clínico que mostrase unas propiedades de fiabilidad y validez satisfactorias y que diera cuenta de los aspectos más ecológicos y conductuales de las funciones ejecutivas,

que a menudo no quedaban recogidos en las valoraciones realizadas mediante tests neuropsicológicos tradicionales de lápiz y papel.

Adicionalmente, el instrumento debería ser consistente internamente y estable en el tiempo y ofrecer perfiles relativamente congruentes entre los distintos observadores o evaluadores. Igualmente, la prueba debería hacer un muestreo adecuado de las posibles manifestaciones de los dominios de funcionamiento ejecutivo de una manera clara y coherente, de forma que los profesionales familiarizados con estos constructos pudieran identificar los ítems y sus respectivos dominios. Además, las escalas del instrumento deberían mostrar mayores correlaciones con otras medidas que teóricamente requirieran una demanda ejecutiva mayor (p. ej., medidas de atención, de control conductual o de resolución de problemas y de aprendizaje), mientras que no deberían mostrar correlaciones elevadas con medidas que teóricamente tuvieran una menor demanda ejecutiva (p. ej., medidas de somatización, de ansiedad o de síntomas obsesivo-compulsivos).

Durante el proceso de construcción del BRIEF se prestó especial atención a estos aspectos, particularmente a la validez de contenido de cada escala y de cada uno de sus ítems individuales. Con este objetivo, cada escala fue construida a partir de ítems que reflejaran claramente el dominio pretendido. En aras de la validez de constructo del BRIEF, cada uno de los dominios que se incluyeron en la prueba fueron identificados y definidos de acuerdo a la teoría y a la práctica clínica evidenciada en la literatura científica, tal y como se describirá más detalladamente en los próximos apartados.

Contenido de los ítems

En una fase preliminar del desarrollo del BRIEF se procedió a realizar una revisión de la literatura científica disponible en relación con las funciones ejecutivas, con un especial énfasis en los aspectos ligados a su desarrollo en la infancia y adolescencia. Esta revisión se centró en determinar cuáles eran los principales dominios de las funciones ejecutivas citados comúnmente en la literatura (Denckla, 1989; Stuss y Benson, 1986; Welsh, Pennington y Grossier, 1991; Ylvisaker, Szekeres y Hartwick, 1992). Adicionalmente, se consultó a diversos neuropsicólogos con experiencia en investigación y en clínica sobre el uso del término «funciones ejecutivas» y los principales dominios que podría englobar. Fruto de ambas indagaciones se llegó a una propuesta de nueve dominios que fueron incluidos originalmente en el BRIEF: iniciativa, mantenimiento, inhibición, flexibilidad, organización, planificación, supervisión, memoria de trabajo y control emocional. Otras posibles áreas (como por ejemplo la orientación a metas o la solución estratégica de problemas) fueron incluidas dentro de los nueve dominios previamente definidos (p. ej., dentro de planificación o de flexibilidad). Tampoco se incluyeron como dominios aquellos de tipo más general (p. ej., la autorregulación) que no tenían una vinculación clara con conductas específicas que pudieran dar lugar a ítems concretos.

Previamente a la redacción de los ítems que compondrían cada uno de los dominios se procedió a redactar definiciones conductuales concisas de cada uno de ellos, análogas a las que aparecen en la tabla 1.1 del primer capítulo del manual de aplicación, corrección e interpretación, de forma que se estableciera una pauta y guía clara del contenido a muestrear en cada uno de los dominios.

Proceso de construcción de los ítems

Con el objetivo de garantizar su validez de contenido, la mayoría de los ítems que se incluyeron en el BRIEF fueron extraídos de entrevistas clínicas reales realizadas por los autores de la prueba en su práctica clínica. En el momento de creación de la prueba, todos los autores del BRIEF se dedicaban a tiempo completo a la neuropsicología clínica atendiendo a una población heterogénea de niños, niñas y adolescentes con una amplia variedad de patologías

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com



2. Fundamentación psicométrica

Este capítulo recoge diferentes informaciones referidas a las propiedades psicométricas del BRIEF-2. Estas informaciones son necesarias para que los profesionales puedan determinar el nivel de confianza que pueden depositar en la precisión y calidad de las puntuaciones que se obtengan con el test. Las propiedades psicométricas esenciales para la interpretación de las puntuaciones son las características de su muestra de tipificación, sus índices de fiabilidad y consistencia temporal y las evidencias de validez disponibles sobre la prueba. A lo largo de este capítulo se describen y se comentan estas informaciones que constituyen la base para la interpretación cuantitativa de las puntuaciones.

Es importante señalar que para consultar otros aspectos relacionados con la fundamentación psicométrica de la prueba, tales como su proceso de construcción, las fases que se siguieron, los estudios piloto realizados, el proceso de revisión por expertos empleado, su proceso de adaptación a lengua española o el procedimiento de construcción de sus baremos, se ha de consultar el capítulo 1 de este manual.

2.1. Muestra de tipificación

La muestra sobre la que se lleva a cabo la baremación o tipificación de un test debe representar de la forma más adecuada posible la población a la que el test está destinado. La tipificación de la adaptación española del BRIEF-2 fue diseñada y planificada para cumplir este objetivo con la población de edades comprendidas entre los 5 y los 18 años. Para ello se siguieron las especificaciones y proporciones recogidas en diversas fuentes, fundamentalmente el censo de población y viviendas (fuente: INE, www.ine.es) y diversas estadísticas publicadas por el Ministerio de Educación (fuente: www.mecd.gob.es).

Durante la tipificación de la adaptación española del BRIEF-2 se controlaron diferentes variables con el objetivo de asegurar la representatividad de la muestra con respecto a la población y el acceso a una cantidad de datos suficiente como para poder generar baremos robustos y realizar los análisis de fiabilidad y validez necesarios para justificar la bondad de la prueba.

Una vez diseñado el plan de muestreo se procedió a la selección de los aplicadores que se encargarían de realizar las evaluaciones en las diferentes regiones. Tras un proceso en el que se valoraron diversos aspectos de la formación y experiencia profesional de los aplicadores, se seleccionaron un total de 77 profesionales. Se seleccionó a estos aplicadores para participar en el estudio debido a su acceso a personas con diversas características de la población en

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

En su conjunto, los resultados obtenidos avalan la precisión y fiabilidad de las puntuaciones e índices del BRIEF-2. Los distintos análisis realizados reflejan una satisfactoria consistencia interna, estabilidad temporal y acuerdo entre evaluadores tanto en muestras de población general o de desarrollo típico como en muestras clínicas.

2.2.1. Consistencia interna

El método más extendido para el análisis de la fiabilidad se refiere al grado en el que los diferentes ítems de una escala miden de modo consistente el mismo constructo subyacente. Se analiza habitualmente por medio de coeficientes de correlación que reflejan las relaciones entre las puntuaciones en los ítems o conjuntos de ítems de un test obtenidas en una única aplicación del mismo (*American Educational Research Association et al.*, 2014; Anastasi y Urbina, 1997).

Una de las posibilidades para el estudio de la consistencia interna se basa en el coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), siendo el más usado en las ciencias sociales (Cortina, 1993; Cronbach y Shavelson, 2004; Hogan, Benjamin y Brezinski, 2000). En cuanto a su formulación, se puede considerar una extensión del método de las dos mitades basado en la correlación o covariación promedio entre todos los ítems.

En el caso del BRIEF-2 se han calculado los coeficientes alfa de Cronbach para el BRIEF-2 Familia y el BRIEF-2 Escuela tanto en las muestras de tipificación (descritas en el apartado anterior) como en las muestras clínicas recogidas (descritas en el apartado 2.3.4 de este capítulo relativo a las evidencias de validez sobre los distintos perfiles de puntuaciones en el BRIEF-2 en diferentes grupos clínicos).

En las tablas 2.3 y 2.4 se presentan los coeficientes de consistencia interna de las puntuaciones del BRIEF-2 obtenidos en varios estudios con muestras grandes ($n > 500$) de la adaptación española y de Gioia *et al.* (2015). El valor promedio de los coeficientes de consistencia mostrados en la tabla 2.3 de la adaptación española es de 0,86, ponderando el promedio por el tamaño muestral de cada estudio y empleando la transformación propuesta por Hakstian y Whalen (1976) recomendada para el promedio de coeficientes alfas por López-Pina, Sánchez-Meca y López-López (2012).

Tal y como puede advertirse en la tabla 2.3, en las muestras de tipificación (población general), los valores obtenidos para las escalas clínicas de las diferentes formas estuvieron comprendidos entre 0,74 (Iniciativa) y 0,91 (Control emocional) en el caso del BRIEF-2 Escuela y entre 0,66 (Iniciativa) y 0,87 (Control emocional) en el caso del BRIEF-2 Familia. En las muestras clínicas los valores son, en general, algo más elevados, con alfas comprendidos entre 0,77 (Iniciativa) y 0,93 (Control emocional) en el BRIEF-2 Escuela y entre 0,73 (Iniciativa) y 0,90 (Control emocional) en el BRIEF-2 Familia. En cuanto a los índices, todos los valores están por encima de 0,90 en muestras clínicas, tanto en el BRIEF-2 Familia como en el BRIEF-2 Escuela, y por encima de 0,85 en el caso de las muestras de población general o de tipificación. En las tablas 2.5 y 2.6 aparecen adicionalmente los valores de los coeficientes de fiabilidad cuando se analizan por grupos de edad y sexo.

En general, los resultados indican que las puntuaciones de las escalas e índices del BRIEF-2 en las diferentes muestras estudiadas presentan un elevado grado de consistencia interna y suponen una evidencia sobre la fiabilidad de las mismas para evaluar a niños, niñas y adolescentes.

Tabla 2.3. Coeficientes de consistencia interna de las muestras de tipificación y clínicas del BRIEF-2 Familia y BRIEF-2 Escuela en su adaptación española

Escala / Índice	BRIEF-2 Familia		BRIEF-2 Escuela	
	Muestra clínica ^a	Muestra de población general ^b	Muestra clínica ^c	Muestra de población general ^d
Inhibición	0,88	0,85	0,92	0,90
Supervisión de sí mismo	0,82	0,78	0,86	0,84
Flexibilidad	0,84	0,72	0,81	0,79
Control emocional	0,90	0,87	0,93	0,91
Iniciativa	0,73	0,66	0,77	0,74
Memoria de trabajo	0,84	0,85	0,88	0,91
Planificación y organización	0,80	0,82	0,80	0,87
Supervisión de la tarea	0,78	0,79	0,82	0,88
Organización de materiales	0,84	0,78	0,82	0,85
Índice de regulación conductual	0,91	0,88	0,94	0,92
Índice de regulación emocional	0,91	0,86	0,90	0,89
Índice de regulación cognitiva	0,94	0,94	0,94	0,96
Índice global de función ejecutiva	0,96	0,95	0,96	0,97

Nota. ^a n = 360; ^b n = 1.756; ^c n = 297; ^d n = 1.633.

Tabla 2.4. Coeficientes de consistencia interna de las muestras de tipificación y clínicas del BRIEF-2 Familia y BRIEF-2 Escuela en el estudio de Gioia et al. (2015)

Escala / Índice	BRIEF-2 Familia		BRIEF-2 Escuela	
	Muestra clínica ^a	Muestra de población general ^b	Muestra clínica ^c	Muestra de población general ^d
Inhibición	0,90	0,86	0,93	0,87
Supervisión de sí mismo	0,83	0,80	0,90	0,73
Flexibilidad	0,86	0,84	0,88	0,88
Control emocional	0,92	0,91	0,93	0,94
Iniciativa	0,76	0,82	0,87	0,91
Memoria de trabajo	0,88	0,89	0,92	0,93
Planificación y organización	0,85	0,88	0,86	0,91
Supervisión de la tarea	0,82	0,86	0,88	0,92
Organización de materiales	0,84	0,84	0,85	0,89
Índice de regulación conductual	0,91	0,90	0,95	0,93
Índice de regulación emocional	0,92	0,92	0,94	0,95
Índice de regulación cognitiva	0,95	0,96	0,96	0,98
Índice global de función ejecutiva	0,96	0,97	0,97	0,98

Nota. ^a n = 2.892; ^b n = 1.400; ^c n = 1.889; ^d n = 1.400.

Tabla 2.8. Coeficientes test-retest de las muestras de tipificación del BRIEF-2 Familia y BRIEF-2 Escuela en su adaptación española

Escala / Índice	Coeficiente test - retest		Media de la diferencia en puntuaciones T entre test y retest en valor absoluto	
	BRIEF-2 Familia ^a	BRIEF-2 Escuela ^b	BRIEF-2 Familia ^a	BRIEF-2 Escuela ^b
Inhibición	0,94	0,91	2,20	1,91
Supervisión de sí mismo	0,86	0,86	2,51	2,24
Flexibilidad	0,81	0,87	3,48	3,15
Control emocional	0,91	0,92	2,46	1,56
Iniciativa	0,87	0,89	3,11	2,67
Memoria de trabajo	0,93	0,93	2,18	1,71
Planificación y organización	0,91	0,92	2,66	2,06
Supervisión de la tarea	0,92	0,92	2,33	2,33
Organización de materiales	0,91	0,87	2,27	1,81
Índice de regulación conductual	0,93	0,91	2,29	1,86
Índice de regulación emocional	0,90	0,91	2,78	2,37
Índice de regulación cognitiva	0,95	0,95	2,12	1,75
Índice global de función ejecutiva	0,95	0,95	2,22	1,89

Nota. El intervalo entre el test y el retest fue de 3 semanas; ^a n = 188; ^b n = 195.

Complementariamente, se analizó cuál era la diferencia en puntuaciones T entre los resultados obtenidos con el BRIEF-2 en ambos momentos temporales (test y retest). El objetivo de este análisis era determinar en qué medida cabían esperar variaciones en las puntuaciones debido a la aplicación repetida de la prueba. Estos análisis resultan relevantes de cara a valorar posteriormente las diferencias en las puntuaciones en el BRIEF-2 con distintos propósitos clínicos, como valorar la evolución del cuadro a lo largo del tiempo cuando se aplica un tratamiento o cuando se intenta analizar la evolución de una persona que ha sufrido alteraciones que afectan al sistema nervioso central, como una intervención neuroquirúrgica o un traumatismo craneoencefálico.

Tal y como se puede advertir en la tabla 2.8, en general la magnitud de los cambios entre las puntuaciones T fue pequeña. El cambio medio (en puntuación T) en las escalas clínicas del BRIEF-2 Familia fue de 2,6 puntos y de 2,4 puntos en los índices. En el caso del BRIEF-2 Escuela las medias de los cambios fueron de 2,2 en las escalas clínicas y de 2,0 en los índices. Las puntuaciones T en las escalas Flexibilidad e Iniciativa mostraron el mayor cambio tanto para el BRIEF-2 Familia (3,5 y 3,1 respectivamente) como para el BRIEF-2 Escuela (3,2 y 2,7 respectivamente).

En su conjunto, los resultados obtenidos en su adaptación española son concordantes con los hallados en muestras estadounidenses (Gioia *et al.*, 2000, 2015) y que se presentan en la tabla 2.9 y avalan la estabilidad temporal del BRIEF-2, la consistencia de sus puntuaciones en diferentes momentos temporales y su uso como medida de seguimiento o evolución.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

Los profesionales que utilicen el BRIEF-2 tienen la responsabilidad de examinar estas y otras evidencias obtenidas en diversos contextos aplicados y de investigación y en la literatura científica para determinar la relevancia de la prueba para dar respuesta a sus necesidades y a sus prácticas profesionales.

2.3.1. Evidencias sobre el contenido

En el proceso de construcción y desarrollo del BRIEF y del BRIEF-2 se prestó especial atención al diseño de su contenido con el objetivo de ofrecer sólidas evidencias de validez. Tal y como se describe de forma más detallada en el capítulo 1 de este manual, todo el diseño de las áreas a evaluar estuvo basado en un análisis sistemático de la literatura científica disponible y en la consulta a expertos en distintos momentos del proceso de desarrollo. Los ítems fueron creados originalmente a partir de entrevistas clínicas con familiares y profesorado para reflejar las descripciones y quejas comunes que representan expresiones conductuales de las funciones ejecutivas. Además, para la determinación de la idoneidad de cada ítem se contó con la participación como jueces de neuropsicólogos pediátricos que tenían una considerable experiencia clínica con niños y adolescentes con diversas alteraciones que afectan a las funciones ejecutivas. Tal y como se describe en el capítulo 1, un panel de 12 expertos en neuropsicología infantil y juvenil más los 4 autores del BRIEF, asignaron de forma independiente cada uno de los ítems a una de las escalas y, si era necesario, a una escala secundaria (de acuerdo a la presunción teórica de que las funciones ejecutivas no son íntegramente independientes o exclusivas entre sí). Este procedimiento de revisión por jueces resultó una evidencia externa y complementaria a los análisis de correlación ítem-total de cada elemento y a los análisis de acuerdo entre jueces para determinar la adecuada pertenencia de cada ítem a cada escala. La mayoría de los ítems que se incluyeron en la versión definitiva de la prueba mostraron un alto nivel de acuerdo interjueces, confirmando que el contenido del ítem representaba adecuadamente las áreas evaluadas por dicha escala, aportando evidencias de la validez de contenido del BRIEF-2. El lector interesado puede encontrar una descripción más detallada en el capítulo 1 de este manual y en Gioia *et al.* (2000, 2015).

2.3.2. Evidencias sobre la estructura interna

El análisis de la estructura interna de un test permite poner de relieve el grado en que las relaciones entre los ítems y las escalas se corresponden con los constructos y la estructura que se pretenden medir. Para realizar este tipo de análisis se utilizan técnicas estadísticas que examinan si las relaciones observadas entre las variables se corresponden con las hipotetizadas para los constructos que se están evaluando.

En el caso del BRIEF-2, sus constructos y su estructura teórica está basada en modelos constructivistas y de destrezas complejas ampliamente aceptados (Grieve *et al.*, 2014; Suchy, 2009) que postulan a las funciones ejecutivas como un constructo de amplio espectro que incluye y abarca una colección de procesos interrelacionados responsables de la conducta propositiva, dirigida a metas y a la solución de problemas (Gioia *et al.*, 2000).

Con el objetivo de obtener información sobre la estructura interna del BRIEF-2 y las relaciones entre sus ítems y entre sus escalas se llevaron a cabo diversos análisis que se describirán a continuación.

Correlaciones ítem-total

En las tablas 2.16 y 2.17 se incluyen las correlaciones corregidas de cada ítem del BRIEF-2 con el total de su escala (excluyendo al ítem para el cálculo del total) tanto para el BRIEF-2 Familia como para el BRIEF-2 Escuela. En su conjunto, pueden advertirse correlaciones entre moderadas y altas para cada escala, con correlaciones corregidas que oscilan entre 0,27 y 0,72 en el caso del BRIEF-2 Familia (promedio de 0,54) y entre 0,30 y 0,79 en el caso del BRIEF-2 Escuela (promedio de 0,64).

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

cionales, sociales y atencionales. El conjunto de funciones ejecutivas tal y como son medidas por el BRIEF-2 correlacionan en el sentido, dirección y magnitud esperada con otras medidas de funcionamiento y adaptación general. El Índice de regulación conductual correlaciona típicamente de manera más destacada con las medidas de problemas exteriorizados, mientras que el Índice de regulación emocional muestra una correlación entre moderada y alta con otras medidas de funcionamiento emocional. Por otra parte, el Índice de regulación cognitiva tiende a no correlacionar con los problemas comportamentales o emocionales si bien exhibe una razonable correlación con escalas que abarquen los problemas atencionales o de aprendizaje. Los análisis factoriales exploratorios han resultado complementarios a la hora de clarificar estas relaciones y mostrar los factores subyacentes a modo de resumen de los diversos patrones de correlaciones.

Tanto las escalas como los índices del BRIEF-2 han mostrado patrones de relación con otras variables claros, consistentes y coherentes con lo esperado. Los patrones de alta correlación del BRIEF-2 con diversas medidas comportamentales que evaluaban constructos similares aportan claras evidencias de validez convergente (p. ej., la correlación de la escala Inhibición del BRIEF-2 con las escalas Hiperactividad/Impulsividad del BASC-2, del Conners 3 o del ADHD-RS-IV o la correlación de la escala Memoria de trabajo con las escalas de Problemas de atención del CBCL, del BASC-2, del Conners 3 o del ADHD-RS-IV). Los patrones de bajas correlaciones entre las escalas del BRIEF-2 y las escalas de otras medidas que evaluaban constructos diferentes proporcionan evidencias de la validez discriminante de las puntuaciones en el BRIEF-2 (p. ej., la baja correlación de la escala Inhibición con la escala Retraimiento del CBCL o de los aspectos de regulación cognitiva con los problemas de conducta del BASC-2, del Conners 3 o del CBCL).

2.3.4. Evidencias sobre los distintos perfiles de puntuaciones en el BRIEF-2 en diferentes grupos clínicos

Tal y como se comentaba en el apartado referido a las evidencias de validez a partir de las relaciones con otras variables, una de las vías relevantes para este estudio es el análisis de las puntuaciones obtenidas en el BRIEF-2 en diferentes grupos clínicos diagnosticados. Con este objetivo, en este apartado se describen las diferentes muestras clínicas evaluadas y los resultados obtenidos en el BRIEF-2, tanto en los estudios realizados por Gioia *et al.* (2015) como en los llevados a cabo en su adaptación española. En las tablas 2.47 y 2.48 se describen las características demográficas de las muestras clínicas evaluadas por Gioia *et al.* (2015) y en las tablas 2.49 y 2.50 las de las muestras clínicas evaluadas en su adaptación española. Para cada uno de los casos de los grupos clínicos se seleccionó un caso control (de desarrollo típico) de la misma edad y sexo para poder hacer comparaciones con una muestra de referencia emparejada.

De acuerdo a las directrices de investigación y práctica basada en la evidencia (Chelune, 2010) se seguirán dos aproximaciones en el análisis de las puntuaciones en el BRIEF-2 de cada grupo clínico. Una de las aproximaciones responderá a la significación y magnitud de la diferencia a nivel grupal y la otra a la frecuencia de la misma a nivel individual (Smith, 2002). En el primer caso, se compararán las puntuaciones en el BRIEF-2 de los grupos clínicos con los grupos control emparejados en edad y sexo para valorar si existen diferencias estadísticamente significativas y cuál es la magnitud de dichas diferencias (su tamaño del efecto). En la segunda aproximación se estudiará cuántos niños, niñas y adolescentes con un determinado trastorno obtienen puntuaciones típicas T elevadas en cada una de las escalas e índices del BRIEF-2, aspecto clínicamente informativo a nivel individual, en contraste con el porcentaje de casos del grupo de comparación con desarrollo típico.

Como apoyo a la interpretación clínica de las puntuaciones en el BRIEF-2, en el apéndice B se presentan los porcentajes de casos de cada grupo diagnóstico que obtienen puntuaciones T elevadas en distintos rangos ($T \geq 60$, $T \geq 65$ y $T \geq 70$). Las tasas de prevalencia resultan informativas en la interpretación del perfil individual ya que

muestran la frecuencia de las elevaciones para cada escala o índice en un determinado grupo clínico y en el grupo control de desarrollo típico emparejado en edad y sexo.

Por ejemplo, es interesante conocer que los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH suelen tener una puntuación T más elevada que los grupos control en la escala Memoria de trabajo. No obstante, puede resultar incluso más informativo saber que esta diferencia significativa y con tamaño del efecto grande se plasma en que un 64% de los casos con TDAH obtiene puntuaciones T iguales o superiores a 65 en la escala Memoria de trabajo frente a solo un 10% de los casos control; o que aproximadamente un 52% de los casos con TDAH obtiene puntuaciones T iguales o superiores a 70 en esta escala Memoria de trabajo frente a solo un 5% de los casos control. De forma análoga, resulta relevante conocer que los niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH con presentación combinada suelen tener una puntuación T media mucho más alta en Inhibición y en el Índice de regulación conductual que los niños diagnosticados con TDAH con presentación predominante con falta de atención. Ahora bien, puede resultar más informativo conocer que en el BRIEF-2 Escuela un 46% de los casos con TDAH con presentación combinada obtiene puntuaciones T iguales o superiores a 65, frente al 14,3% de los casos con TDAH con presentación predominante con falta de atención y a un 8,9% de los casos control.

Complementariamente a estos datos, también se presentan en este apartado datos relativos a la utilidad diagnóstica del BRIEF-2 (sensibilidad, especificidad, razón de verosimilitud) para niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH o TEA (Trastorno del espectro del autismo), dado que son grupos clínicos ampliamente investigados con el BRIEF-2 y con perfiles bastante definidos. En el capítulo de normas de interpretación del manual de aplicación se incluye información relativa a cómo incluir y tener en cuenta esta información dentro del proceso de valoración de un protocolo del BRIEF-2 (apartado 3.7).

Adicionalmente a los estudios que se mostrarán en este apartado, cabe remitir al profesional a la consulta de la amplia literatura científica relativa al BRIEF y al BRIEF-2 realizada por múltiples investigadores en distintos grupos clínicos como TDAH (Maldonado, 2015; Araujo Jiménez, 2012; Capdevila Brophy, 2007; García *et al.*, 2013; García *et al.*, 2014; McCandless y O'Laughlin, 2007; Navarro y García-Villamizar, 2011; Shimoni, Engel-Yeger y Tirosh, 2012; Toplak *et al.*, 2008), daño cerebral traumático (Gracey *et al.*, 2014; Mangeot *et al.*, 2002; Sesma *et al.*, 2008; Vriezen y Pigott, 2002; Wilde *et al.*, 2012), epilepsia (MacAllister *et al.*, 2012; Parrish *et al.*, 2007; Slick *et al.*, 2006), alteraciones genéticas como el síndrome de Prader-Willi (Hutchison *et al.*, 2015) o el síndrome velocardiofacial (Kliey-Brabeck y Sobin, 2006; Lajiness-O'Neill *et al.*, 2006), trastorno de la Tourette (Hovik *et al.*, 2014), bajo peso al nacimiento (Ritter *et al.*, 2014), neurofibromatosis tipo 1 (Espejo-Saavedra Roca, 2013; Payne *et al.*, 2011), trastornos del espectro autista (Granader *et al.*, 2014; de Vries y Geurts, 2015) o supervivientes de leucemia (Walsh *et al.*, 2015), entre otros grupos clínicos estudiados. Esta literatura científica está en continua expansión y se recomienda al profesional su consulta actualizada para poder disponer de la mayor información posible relativa a los perfiles del BRIEF-2 en distintos grupos clínicos.

En su conjunto, los datos disponibles permiten evidenciar elevaciones concurrentes entre determinadas patologías y escalas e índices específicos del BRIEF-2 asociadas a las mismas. No obstante, cabe reseñar que los perfiles mostrados en cada uno de los grupos clínicos no es la única posible configuración de elevaciones y puntuaciones en dichos grupos clínicos. Ha de tenerse en cuenta los muy diferentes condicionantes ambientales, médicos, neurológicos, cognitivos o conductuales que pueden afectar o modular la posible afectación en las distintas funciones cognitivas.

Tabla 2.47. Características sociodemográficas de las muestras clínicas informadas por Gioia et al. (2015) en el BRIEF-2 Familia

Muestra	n	Sexo		Edad		Descripción
		% Varones	% Mujeres	M	Dt	
TDAH - muestra clínica						
TDAH-combinado	218	75	25	9,7	3,0	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada con TDAH con presentación combinada (TDAH-combinado) o con presentación predominante con falta de atención (TDAH-inatento) y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	218	75	25	9,7	3,0	
TDAH-inatento	159	59	41	12,0	3,5	
Grupo control	159	59	41	12,0	3,5	
Tempo cognitivo lento (TCL)						
TCL	24	71	29	13,5	2,9	Muestra clínica referida para evaluación e identificada con Tempo cognitivo lento (TCL) y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	24	71	29	13,5	2,9	
TDAH - muestra de investigación						
TDAH-combinado	98	79	21	8,4	2,2	Muestra de investigación claramente definida e identificada de acuerdo a criterios DSM y múltiples escalas e informantes y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
TDAH-inatento	35	54	46	9,3	1,9	
Grupo control	133	72	28	8,6	2,2	
Trastorno del espectro del autismo (TEA)						
TEA	262	82	18	10,2	3,3	Muestra de investigación claramente definida e identificada por diagnóstico clínico experto de acuerdo a criterios DSM y medidas <i>gold standard</i> y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	262	82	18	10,2	3,3	
Trastornos de aprendizaje (TA)						
TA	113	55	45	10,4	3,1	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprehensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	113	55	45	10,4	3,1	
TDAH y trastornos del aprendizaje (TA)						
TDAH y TA	42	52	48	10,1	3,3	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprehensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	42	52	48	10,1	3,3	
Ansiedad						
Ansiedad	57	56	44	11,8	3,7	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprehensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	57	56	44	11,8	3,7	

Tabla 2.47. Características sociodemográficas de las muestras clínicas informadas por Gioia et al. (2015) en el BRIEF-2 Familia (continuación)

Muestra	n	Sexo		Edad		Descripción
		% Varones	% Mujeres	M	Dt	
Daño cerebral traumático						
Daño cerebral traumático	40	50	50	13,4	3,3	Muestra clínica bien definida con una clara identificación de las características de la lesión y evidencias de neuroimagen y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	40	50	50	13,4	3,3	
Epilepsia						
Epilepsia	85	56	44	9,6	3,1	Casos con epilepsia remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Grupo control	85	56	44	9,6	3,1	
Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)						
NF1	47	53	47	10,4	3,1	Casos con NF1 remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Grupo control	47	53	47	10,4	3,1	
Cáncer						
Leucemia linfocítica aguda	46	65	35	10,3	3,1	Casos con leucemia linfocítica aguda o con tumor cerebral remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Tumor cerebral	52	48	52	11,9	3,8	
Grupo control	98	56	44	11,1	3,6	
Diabetes tipo 1						
Diabetes tipo 1	98	41	59	13,2	3,1	Muestra de investigación de casos con diabetes tipo 1 y grupo control emparejado en edad y sexo.
Grupo control	98	41	59	13,2	3,1	

Tabla 2.48. Características sociodemográficas de las muestras clínicas informadas por Gioia et al. (2015) en el BRIEF-2 Escuela

Muestra	n	Sexo		Edad		Descripción
		% Varones	% Mujeres	M	Dt	
TDAH - muestra clínica						Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada con TDAH con presentación combinada (TDAH-combinado) o con presentación predominante con falta de atención (TDAH-inatento) y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
TDAH-combinado	110	74	26	9,9	3,2	
Grupo control	110	74	26	9,9	3,2	
TDAH-inatento	113	64	36	12,2	3,5	
Grupo control	113	64	36	12,2	3,5	
Tempo cognitivo lento (TCL)						Muestra clínica referida para evaluación e identificada con Tempo cognitivo lento (TCL) y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
TCL	21	67	33	11,9	3,8	
Grupo control	21	67	33	11,9	3,8	
Trastorno del espectro del autismo (TEA)						Muestra de investigación claramente definida e identificada por diagnóstico clínico experto de acuerdo a criterios DSM y medidas <i>gold standard</i> y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
TEA	106	80	20	10,3	3,6	
Grupo control	106	80	20	10,3	3,6	
Trastornos de aprendizaje (TA)						Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
TA	100	49	51	9,8	2,7	
Grupo control	100	49	51	9,8	2,7	
TDAH y trastornos del aprendizaje (TA)						Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
TDAH y TA	63	60	40	10,3	3,0	
Grupo control	63	60	40	10,3	3,0	
Ansiedad						Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Ansiedad	48	56	44	11,6	3,6	
Grupo control	48	56	44	11,6	3,6	
Cáncer						Casos con leucemia linfocítica aguda o con tumor cerebral remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Leucemia linfocítica aguda	46	65	35	10,3	3,1	
Tumor	52	48	52	11,9	3,8	
Grupo control	98	56	44	11,1	3,6	
Diabetes tipo 1						Muestra de investigación de casos con diabetes tipo 1 y grupo control emparejado en edad y sexo.
Diabetes tipo 1	98	41	59	13,2	3,1	
Grupo control	98	41	59	13,2	3,1	

Tabla 2.49. Características sociodemográficas de las muestras clínicas de la adaptación española en el BRIEF-2 Familia

Muestra	n	Sexo		Edad		Descripción
		% Varones	% Mujeres	M	Dt	
TDAH - muestra clínica						
TDAH - muestra total	203	71,9	28,1	9,8	2,8	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada con TDAH y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo. En un subgrupo de estos casos se dispuso del diagnóstico según tipo de presentación: presentación combinada (TDAH-combinado) o presentación predominante con falta de atención (TDAH-inatento) con sus respectivos grupos controles emparejados en edad y sexo.
Grupo control	203	71,9	28,1	9,8	2,8	
TDAH-combinado	67	77,6	22,4	9,3	2,9	
Grupo control	67	77,6	22,4	9,3	2,9	
TDAH-inatento	54	63,0	37,0	10,2	3,0	
Grupo control	54	63,0	37,0	10,2	3,0	
Trastorno del espectro del autismo (TEA)						
TEA	23	95,7	4,3	11,8	4,4	Muestra clínica identificada por diagnóstico clínico experto de acuerdo a criterios DSM y medidas <i>gold standard</i> y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	23	95,7	4,3	11,8	4,4	
Dificultades de aprendizaje y TDAH						
Dificultades de aprendizaje y TDAH	45	71,1	28,9	9,4	2,6	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	45	71,1	28,9	9,4	2,6	
Epilepsia						
Epilepsia	55	61,8	38,2	10,1	3,3	Casos con epilepsia benigna de la infancia (EBI) remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Grupo control	55	61,8	38,2	10,1	3,3	
Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)						
NF1	25	40,0	60,0	11,2	3,3	Casos con NF1 remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Grupo control	25	40,0	60,0	11,2	3,3	
NF1 con TDAH	22	68,2	31,8	8,7	3,0	
Grupo control	22	68,2	31,8	8,7	3,0	

Tabla 2.50. Características sociodemográficas de las muestras clínicas de la adaptación española en el BRIEF-2 Escuela

Muestra	n	Sexo		Edad		Descripción
		% Varones	% Mujeres	M	Dt	
TDAH - muestra clínica						
TDAH - muestra total	169	72,8	27,2	9,7	2,8	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada con TDAH y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo. En un subgrupo de estos casos se dispuso del diagnóstico según tipo de presentación: presentación combinada (TDAH-combinado) o predominante con falta de atención (TDAH-inatento) con sus respectivos grupos controles emparejados en edad y sexo.
Grupo control	169	72,8	27,2	9,7	2,8	
TDAH-combinado	63	77,8	22,2	9,2	2,7	
Grupo control	63	77,8	22,2	9,2	2,7	
TDAH-inatento	47	68,1	31,9	10,0	1,3	
Grupo control	47	68,1	31,9	10,0	1,3	
Trastorno del espectro del autismo (TEA)						
TEA	18	94,4	5,6	12,8	4,8	Muestra clínica identificada por diagnóstico clínico experto de acuerdo a criterios DSM y medidas <i>gold standard</i> y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	18	94,4	5,6	12,8	4,8	
Dificultades de aprendizaje y TDAH						
Dificultades de aprendizaje y TDAH	43	74,4	25,6	9,2	2,6	Muestra clínica referida para evaluación y diagnosticada a partir de una evaluación clínica comprehensiva y grupo control emparejado en cuanto a edad y sexo.
Grupo control	43	74,4	25,6	9,2	2,6	
Epilepsia						
Epilepsia	45	64,4	35,6	10,3	3,5	Casos con epilepsia benigna de la infancia (EBI) remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Grupo control	45	64,4	35,6	10,3	3,5	
Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)						
NF1	19	42,1	57,9	11,8	3,5	Casos con NF1 remitidos para evaluación neuropsicológica y grupo control emparejado en edad y sexo.
Grupo control	19	42,1	57,9	11,8	3,5	
NF1 con TDAH	22	68,2	31,8	11,2	3,4	
Grupo control	22	68,2	31,8	11,2	3,4	

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

2.4. Resumen de las evidencias de fiabilidad y validez relativas al BRIEF-2

Los resultados obtenidos con el BRIEF-2 han mostrado evidencias relativas a la fiabilidad de sus puntuaciones así como respaldo a la validez de sus interpretaciones a partir de múltiples vías que han incluido tanto estudios empíricos diversos como su soporte y marco teórico. Los coeficientes de fiabilidad hallados tanto en la literatura científica como en su adaptación española han sido consistentemente altos, mostrando también una adecuada estabilidad temporal y moderadas correlaciones entre los diversos informantes, de acuerdo a lo esperado en la literatura científica previa.

Los múltiples estudios realizados con el BRIEF-2 han ofrecido evidencias de validez a partir del contenido, de su estructura interna, de su relación con otras medidas similares y de su análisis en distintos grupos clínicos que han mostrado perfiles distintivos de elevación en sus escalas. El análisis de las intercorrelaciones de sus escalas ha mostrado que las escalas evalúan constructos separados pero relacionados de forma coherente con la visión ampliamente aceptada de las funciones ejecutivas como un constructo multidimensional. Los análisis factoriales confirmatorios han respaldado la composición de las escalas del BRIEF-2 y su articulación en tres grandes índices. El estudio de la correlación de las puntuaciones en el BRIEF-2 con otras pruebas y tests ha proporcionado un cuerpo sustancial de evidencias de su validez convergente y discriminante. Estos estudios correlacionales han sido clarificados y simplificados a partir de análisis factoriales exploratorios con el objetivo de ayudar a interpretar las puntuaciones del BRIEF-2 cuando sea aplicado junto con otras pruebas clásicas de evaluación de los problemas conductuales o emocionales. Finalmente, el análisis de los perfiles diferenciales del BRIEF-2 en distintos grupos clínicos en comparación con grupos control con desarrollo típico ha aportado también evidencias de validez relativas a su uso clínico.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

La prueba de referencia internacional para la evaluación de las funciones ejecutivas

El cuestionario BRIEF®2 de *Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva* es una prueba destinada a la evaluación de los aspectos más cotidianos, conductuales y observables de las funciones ejecutivas de niños, niñas y adolescentes de entre **5 y 18 años**. El cuestionario puede ser respondido por las madres, padres o familiares (**BRIEF-2 Familia**) y por los profesores o profesoras (**BRIEF-2 Escuela**), quienes indicarán la frecuencia con la que determinados comportamientos resultan problemáticos.

El BRIEF®2 proporciona puntuaciones en varias escalas relacionadas con las funciones ejecutivas: Inhibición, Supervisión de sí mismo, Flexibilidad, Control emocional, Iniciativa, Memoria de trabajo, Planificación y organización, Supervisión de su tarea y Organización de materiales. La combinación de estas da lugar a distintos índices: Índice de regulación conductual, Índice de regulación emocional, Índice de regulación cognitiva e Índice global de función ejecutiva.

La prueba proporciona el perfil de afectación de las distintas facetas de las funciones ejecutivas. Estas alteraciones con frecuencia están presentes en personas con dificultades de aprendizaje, problemas de atención/hiperactividad (TDAH), trastornos del espectro del autismo, trastornos del lenguaje, prematuridad, trastornos conductuales de origen orgánico y otros trastornos del desarrollo. Los resultados obtenidos pueden ser útiles para el diagnóstico, pero también para la planificación de los objetivos de intervención por parte del profesional y para la selección de las técnicas más adecuadas para cada caso concreto.

Este manual técnico contiene toda la información referida a la construcción y adaptación del BRIEF®2 así como su fundamentación psicométrica que incluye la descripción de las muestras de tipificación o baremación empleadas, los estudios de fiabilidad realizados y las evidencias de validez disponibles a partir de distintas fuentes (contenido, estructura interna, relaciones con otras pruebas, perfiles en grupos clínicos, estudios de sensibilidad y especificidad...).

A la **vanguardia** de la
evaluación psicológica ✓

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa

