

TRABAJO FIN DE MÁSTER

PRE-PROYECTO DE TESIS DOCTORAL

**“ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA
DETECTAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE
FAMILIAS Y DOCENTES RESPECTO AL TDAH”**

MÁSTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA 2011

ALUMNA: BEATRIZ PINTOR CANO

TUTOR: DAVID PADILLA GÓNGORA

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	3-4
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4-5
1.3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	5-6
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
2.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	
2.1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN.....	6-9
2.1.2. ETIOLOGÍA.....	10-12
2.1.3. SUBTIPOS Y SINTOMATOLOGÍA.....	13-15
2.1.4. PREVALENCIA.....	15
2.1.5. COMORBILIDAD.....	16
2.1.6. DIAGNÓSTICO.....	16-20
2.1.7. TRATAMIENTO.....	20-26
2.2. FAMILIA Y TDAH.....	26-28
2.3. PROFESORADO Y TDAH.....	28-30
2.4. REVISIÓN HISTÓRICA DEL TDAH.....	30-32
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN OBJETO DE ESTUDIO.....	32-40
4. DISEÑO METODOLÓGICO	
4.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	41-42
4.2. PROCESO DE ELABORACIÓN DE LOS CUESTIONARIO.....	42-44
4.3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN FAMILIAS Y DOCENTES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TDAH.....	45-48
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49-51
6. ANEXOS	

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la infancia y que suele perdurar hasta la edad adulta, especialmente en los casos en los que no es diagnosticado y tratado. Se manifiesta como un aumento de la actividad física o hiperactividad, déficit en el control de impulsos y dificultad para mantener la atención. Se asocia con frecuencia a otros trastornos y presenta carácter crónico en la mayoría de los casos.

El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población infantil y, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-RV, texto revisado (2002), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se considera que entre el 3 y el 7% de la población en edad escolar lo presenta en mayor o menor grado de intensidad. Además, representa uno de los motivos más frecuentes de consulta debido a las consecuencias que tiene en los diferentes ámbitos de la vida.

Las repercusiones potenciales sobre el desarrollo y el ajuste sociopersonal y familiar de la persona afectada hacen que sea uno de los trastornos que más se ha investigado en los últimos años. Sin embargo, los estudios se han centrado en el trastorno en sí, la etiología, el diagnóstico y el tratamiento, y no tanto en el análisis de las relaciones entre el desarrollo del trastorno y el entorno familiar y escolar del niño que lo padece.

Al entrar en contacto con familias de hijos e hijas que tienen TDAH, así como tras la revisión de la bibliografía respecto a este tema, he podido observar algunas de las dificultades que encuentran estos padres y madres relacionadas con la falta de información que tienen sobre el trastorno, antes, durante y después del diagnóstico, así como la falta de formación que presentan los profesionales de la educación sobre los síntomas, las causas que los originan, las necesidades de apoyo educativo implicadas, etc. cuando tienen que atender en el aula a un menor con este trastorno.

Esta carencia formativa y también la adquisición de conocimientos erróneos sobre el TDAH tienen como consecuencia que, en muchos casos, tanto las familias como el

profesorado no atiendan de manera adecuada a estos niños y niñas que sufren importantes desadaptaciones derivadas de presentar un trastorno de estas características, ya que son tratados como “niños malos”, incontrolables, que no respetan las normas, lo que va minando su autoestima y generando o recrudeciendo problemas asociados.

Debido al gran impacto mutuo entre el TDAH y su entorno social, el estudio de las relaciones entre las dos grandes instituciones que influyen en la vida del niño (familia y contexto escolar) y la evolución del trastorno, puede ayudar a superar dichas dificultades si nos centramos en la mejora del mismo a través de la formación. Para ello es necesario detectar previamente qué conocimientos respecto al trastorno tienen los propios protagonistas.

Por otro lado, al revisar los estudios y publicaciones más recientes, no hemos encontrado ningún instrumento de evaluación que valore los conocimientos que tienen familias respecto al TDAH; si al profesorado aunque con otros propósitos.

Por todo lo expuesto, me parece importante elaborar dos cuestionarios que traten de evaluar los conocimientos presentados por los padres y madres acerca de los diferentes aspectos básicos del trastorno, y también los de los profesionales de la educación, todo ello con el fin último de trabajar con ellos en el asesoramiento que les capacite para proporcionar a sus hijos y alumnos una atención adecuada, buscar los tratamientos más idóneos para cada caso y, en definitiva, intervenir desde lo antes posible para prevenir que surjan problemas asociados al trastorno y dotar al menor de las condiciones que permitan que se desarrolle de la manera más favorable posible.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La familia, que constituye el primer agente afectivo y social del niño con TDAH, en muchos casos no dispone de la información necesaria para identificar si su hijo o hija tiene un trastorno cuando éste/a empieza a mostrar conductas que implican grandes dificultades para mantener la atención, carencias en el control de impulsos y/o excesiva actividad motora, comportamientos que no parecen normales en niños y niñas de su misma edad o nivel de desarrollo.

También los docentes que atienden al niño/a desde la Educación Infantil, pasando por la Educación Primaria y Secundaria parecen no tener la formación específica sobre el TDAH, así como sobre otros trastornos graves de la conducta, trastornos generalizados del desarrollo, etc. que conllevan necesidades específicas de apoyo educativo a lo largo de su escolaridad, las cuales deben ser atendidas para garantizar que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos educativos establecidos con carácter general para todo el alumnado, tal y como establece el *artículo 71 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*.

La falta de información acerca del problema que nos ocupa, de sus causas, síntomas, necesidades cognitivas, afectivas y sociales, así como del diagnóstico y los tratamientos, tiene importantes consecuencias y efectos negativos sobre la persona que padece este trastorno, su familia y el contexto escolar. Por eso, es aconsejable la implementación de acciones formativas, para lo cual deben detectarse previamente las áreas deficitarias y determinar las carencias formativas más importantes.

El interés científico y social del presente trabajo tiene su base en la necesidad de disponer de un instrumento de medida que detecte dichas carencias, presentadas por las familias y profesorado con hijos/as y alumnos/as con TDAH, en cuanto a la información de que disponen sobre aspectos básicos del trastorno. Se pretende que este instrumento pueda ser generalizable.

El problema de investigación se centra pues en la creación de dos instrumentos de medida que permitan la valoración de las diferentes áreas de conocimiento respecto al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, uno dirigido a las familias de hijos con este trastorno y otro destinado al profesorado.

1.3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Una vez hecha la justificación y argumentada la necesidad de este trabajo, se aborda el epígrafe dedicado a la fundamentación teórica, constituido por un primer capítulo en el que se define y caracteriza el TDAH atendiendo a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-RV, 2002) de la APA.

También se describen la etiología del trastorno, la sintomatología, prevalencia, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento.

En el segundo capítulo se describe la importancia de la familia como institución social y afectiva del niño y las consecuencias que para el niño y su entorno familiar puede tener la falta de conocimiento acerca del trastorno. En el tercer capítulo se presenta el papel de la escuela y el profesorado en el manejo del TDAH. En el cuarto capítulo se presenta una breve revisión de las publicaciones más importantes, con el deseo de realizar una reseña histórica que nos ayude a saber desde cuándo y cómo se conoce la existencia del trastorno.

Una vez presentada la fundamentación teórica, en el tercer gran epígrafe se expone el estado actual de la cuestión objeto de estudio haciendo referencia a las publicaciones recientes en nuestro país sobre distintos aspectos relevantes para este proyecto.

La parte empírica del proyecto de investigación, en el cuarto epígrafe, trata de explicar con el mayor detalle lo que sería el proceso de realización de los dos cuestionarios, incluyendo la formulación del problema, el planteamiento de los objetivos de la investigación, aspectos a tener en cuenta en el proceso de elaboración de los cuestionarios y exposición del estudio descriptivo.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas en las que se fundamenta el presente trabajo.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN

Hasta hace relativamente poco tiempo, el TDAH era un trastorno prácticamente desconocido, las personas que lo padecían eran vistos y tratados como sujetos incapaces de controlar sus impulsos y, por ello, peligrosos, sobre todo en el caso de los adultos; en la edad infantil eran y son concebidos como niños muy inquietos, desobedientes y

maleducados, vagos y descentrados, en definitiva, siguen siendo vistos como personas conflictivas. Hoy, sabemos que el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, cuyos síntomas tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento cognitivo, afectivo y social causando disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en su familia y en la escuela.

En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-RV, 2002) de la APA describe el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad como aquel trastorno que se caracteriza por presentar un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el patrón observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Su presencia se detecta antes de los siete años de edad y las alteraciones provocadas por los síntomas se presentan como mínimo en dos ambientes, afectando la actividad social, académica y/o laboral. Por último, no puede ser explicado por la presencia de un trastorno mental o en el transcurso de un trastorno del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Debe destacarse que los síntomas del TDAH son comunes a la población general y se representan a través de un continuo, por lo que no es la presencia del síntoma en sí (inatención, hiperactividad, impulsividad) lo que determina la disfuncionalidad, sino su intensidad y la frecuencia respecto a la edad de desarrollo del individuo y su contexto, así como por la repercusión que tiene en su funcionamiento diario. Por este motivo, se dificulta el reconocimiento de las alteraciones comportamentales como síntomas de un trastorno por parte de familiares y docentes si estos no cuentan con un conocimiento previo acerca del mismo.

Otro factor que dificulta el diagnóstico del TDAH es el hecho de que aparece frecuentemente asociado a otros trastornos, con una frecuencia muy superior a la esperada en la población general, es decir, presenta una alta comorbilidad. Muchos estudios han encontrado que más de un 50% de las personas diagnosticadas con un TDAH satisfacen los criterios diagnósticos de uno o más trastornos psiquiátricos adicionales, como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, por consumo de sustancias, del aprendizaje o del comportamiento (Brown, 2003).

Por otra parte, aunque durante muchos años se ha creído que el TDAH desaparecía con la adolescencia, la realidad es bien distinta. Según el mismo autor (Brown, 2003), entre un 30-80% de los niños diagnosticados continúan teniendo síntomas en la adolescencia, y más del 50% en la edad adulta. En estos la "hiperactividad", entendida como exceso de movimiento, no suele ser muy evidente (de ahí la idea tan difundida de su desaparición). Los síntomas que trascienden la adolescencia son los relacionados con el déficit de atención, ya que a partir de este momento, con la entrada en la vida adulta, se aprecia una mejoría en el control e inhibición de comportamientos hiperactivos.

Estos datos evidencian el carácter crónico del TDAH, aspecto que ha ido adquiriendo relevancia en los últimos años, por lo que hay una importante línea de investigación centrada en la perspectiva evolutiva del trastorno.

Como ya se ha mencionado anteriormente, los niños hiperactivos no presentan un único perfil conductual sino que constituyen un grupo heterogéneo. Sin embargo, pueden delimitarse las dimensiones en las que se concentran sus dificultades, esencialmente, problemas comportamentales, dificultades cognitivas, problemas académicos, alteraciones en el ámbito social y problemas emocionales.

Siguiendo a Martínez y Conde (2009) podemos caracterizar el TDAH en menores de la siguiente manera:

- Presentan dificultades para controlar su comportamiento e impulsos, por lo que hay que hacer hincapié en la dificultad que presentan para responder a las demandas y exigencias ambientales del momento.
- Manifiestan conductas problemáticas y disruptivas producto de su trastorno, que no son intentos deliberados de fastidiar y molestar a sus padres y profesores.
- Cuentan con dificultades para prestar y mantener la atención, lo cual no se debe a una falta de voluntad. Debido a la naturaleza crónica de los déficits atencionales estos menores requieren de una respuesta educativa que atienda a estas necesidades pues los fracasos en este ámbito pueden generar rechazo y desmotivación por el aprendizaje escolar.
- Es frecuente que tengan relaciones conflictivas y hostiles con profesores, compañeros y familia como consecuencia de su baja competencia social.

- Por otro lado, el TDAH conlleva un riesgo elevado de afectación de la autoestima y competencia personal debido, entre otras causas, a las frustraciones y fracasos acumulados diariamente cuando no responden a las expectativas del entorno familiar y escolar. Su comportamiento suscita frecuentes críticas y rechazo por parte de padres, profesores y grupo de iguales.
- En ocasiones, estos menores sufren alteraciones del lenguaje, lo que complica la comunicación con los adultos y compañeros (interrupciones frecuentes; comentarios irrelevantes en conversaciones espontáneas; dificultades para hilvanar los temas e intercambiar opiniones; problemas para concretar, expresar y ajustar el lenguaje al tema y al oyente, etc.).
- Como consecuencia de la impulsividad y dificultad para inhibir la conducta, estos menores tienden a tener más accidentes y sufrir lesiones.
- Con frecuencia estos menores son muy emotivos y sensibles, dando la impresión de cierta inmadurez emocional. Presentan un nivel bajo de tolerancia a la frustración, poca capacidad para demorar las gratificaciones inmediatas y dificultad para planificar posibles soluciones ante problemas de la vida diaria.

Debido a este amplio abanico de síntomas y a la desinformación generalizada sobre los mismos por parte de familia y profesorado, los niños con TDAH se ven expuestos frecuentemente a años de respuestas negativas por su comportamiento y sufren una desventaja social y educativa que, en la mayoría de los casos, se mantiene a lo largo de la edad infantil y en un porcentaje importante en la etapa adulta.

Con todo lo expuesto se puede concluir que el grupo de niños con TDAH es muy heterogéneo, pero en todos los casos, nos encontramos ante un problema realmente serio para el niño que lo sufre y para las personas clave de su entorno más próximo, la familia, el profesorado, los amigos, tanto por las implicaciones que conlleva en el funcionamiento cognitivo y social, como por su naturaleza esencialmente crónica.

2.1.2. ETIOLOGÍA

La causa última del TDAH es desconocida. Se trata de un trastorno heterogéneo, del cual parece improbable encontrar una causa única. Las ideas iniciales que lo definían como "daño cerebral mínimo" han evolucionado gracias a estudios de neurobiología y fisiopatología, neuroimagen y genética.

En la actualidad, las investigaciones evidencian que el TDAH se debe a causas biológicas, relacionándose más con factores de riesgo neurobiológicos que con factores psicosociales, por lo que aunque ambos factores están en continua interacción, no se ha encontrado relación causal entre la experiencia en el hogar del niño y el TDAH. No obstante, el estudio de las disfunciones familiares existentes en niños con esta patología ha revelado su importante papel en el desarrollo de los síntomas y en la aparición de otros problemas frecuentemente asociados al TDAH.

Los estudios realizados en los últimos 15 años apoyan las bases neurobiológicas, no encontrando evidencia de daño cerebral sino anormalidades en el desarrollo de la región anterior del lóbulo frontal del cerebro, denominada región órbita-frontal, desconociéndose las causas. Según Barkley (2002) se cree que esta región es la responsable de la inhibición de la conducta, el mantenimiento de la atención, el autocontrol y la planificación del futuro.

A nivel anatómico, Castellano et al. (2001), (citado en Martínez y Conde, 2009) observó con Resonancia Magnética (RMN) que en personas con TDAH el lóbulo frontal, el cerebelo y los ganglios basales son más pequeños que en los grupos control y posiblemente menos activos.

Numerosos estudios, como el realizado en 1973 por los doctores Buschsbaum y Wender (citados en González, 2006), que han comparado la actividad eléctrica del cerebro a través del electroencefalograma (EEG) en niños con y sin TDAH, han demostrado que la actividad eléctrica cerebral de los niños con TDAH es menor que la observada en niños sin el trastorno, especialmente en las áreas frontales.

Por otro lado, se han llevado a cabo estudios que han evidenciado una actividad metabólica cerebral reducida en la región frontal de personas con TDAH al compararlos

con pacientes de otros trastornos psiquiátricos, como la investigación realizada en 1993 por Gaffney y cols. (citado en González, 2006).

Barkley (2002) señala un estudio histórico publicado en noviembre de 1990 en el *New England Journal of Medicine* que supuso la primera evidencia de que el TDAH tiene una base bioquímica. A partir de ahí, un numeroso grupo de investigaciones ha demostrado que la cantidad de neurotransmisores, esencialmente, dopamina y norepinefrina, parece disminuida en las regiones cerebrales frontales de pacientes con TDAH.

Todos estos datos neuroestructurales que aparecen ligados al lóbulo frontal, son compatibles con la hipofunción que presenta dicho lóbulo en personas con TDAH, y con el trastorno de la función ejecutiva que se le ha asignado. Funcionalmente estos datos también concuerdan con los aspectos comportamentales observados ya que la función ejecutiva tiene que ver con el mantenimiento y los cambios de la atención, la organización de la información recibida, la planificación, el autocontrol y las respuestas motoras y emocionales inhibitorias.

En cuanto a si el trastorno es hereditario, Barkley (2002), (citado en González, 2006) sostiene que en torno al 40% de todos los jóvenes con TDAH, tienen por lo menos un familiar con esta condición. Éste y otros hallazgos similares vinculan el trastorno con factores hereditarios. Biederman y Faraone en un estudio realizado en 1990 (citado en Martínez y Conde, 2009) obtuvieron que aproximadamente un 25% de los parientes de primer grado de los niños con TDAH, presentan también este trastorno, mientras que en los familiares del grupo control el porcentaje era del 5%. Los estudios con gemelos son aún más convincentes, encontrando que si uno de los gemelos tiene síntomas de TDAH, el riesgo de que el hermano también lo tenga es de entre el 80 y el 90%.

A nivel genético Barkley (2002) señala que hay pruebas disponibles que indican que puede existir relación entre los problemas presentados por las personas con TDAH y la cantidad de dopamina y, posiblemente norepinefrina, que produce el cerebro. Se ha hallado que los genes receptores D2 y D4 del neurotransmisor dopamina, así como el gen del transportador DAT1 en personas con TDAH parecen ser menos eficaces en el desarrollo de su función. Sin embargo, estas evidencias no se pueden considerar aún

concluyentes, pues aunque es una línea de investigación prometedora, no ha sido probada definitivamente. La dopamina es un neurotransmisor que está relacionado con la inhibición de la actividad de otras neuronas, por ello se relaciona el déficit de este neurotransmisor en las zonas frontales del cerebro con los problemas de inhibición y autocontrol que son distintivos del TDAH. Puede resultar paradójico que niños que son más activos y enérgicos que el resto, tengan un cerebro menos activo. Hay que pensar que las zonas en las que existe la disminución de actividad, están relacionadas con la inhibición de la conducta, por lo que cuanto menos activos son estos centros inhibitorios, más activa y menos inhibida será la conducta del niño.

Estos datos, resultado de investigaciones recientes, indican que los factores biológicos, y, dentro de estos, la contribución genética, parecen más relacionados con el origen del TDAH que los factores ambientales. Es posible, tal y como expresa Barkley (2002), que algún día se muestre que las alteraciones propias del TDAH son el resultado de la combinación de un conjunto de genes que contribuyen a la aparición de este trastorno.

Como se ha visto, los factores etiológicos que subyacen en el TDAH son muy variados y se relacionan con los cambios neuroestructurales expuestos que pueden tener lugar en periodos tanto prenatales, perinatales como postnatales, o con la combinación de factores y el efecto acumulativo en los distintos periodos de la vida del niño.

En cualquier caso, debe descartarse como origen del mismo a los padres o sus métodos educativos. Las explicaciones centradas en la inexistencia del TDAH y su justificación mediante la culpabilización de los padres deben ser descartadas de una vez por todas, señalando además que en demasiadas ocasiones han llevado a diagnósticos tardíos, lo que conlleva una peor respuesta al tratamiento. No hablamos de un problema social ni de mala educación, sino de un trastorno concreto, con características clínicas y necesidad de tratamiento.

Sin embargo, me gustaría señalar, tal y como expone Barkley (2002), la existencia de numerosos estudios que indican que factores ambientales como el consumo de alcohol y nicotina durante el embarazo por parte de las madres aumenta la probabilidad de que sus hijos presenten hiperactividad, falta de atención e incluso TDAH.

2.1.3. SUBTIPOS Y SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH

Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen un TDAH tiene el mismo cuadro clínico. En algunas predominan los síntomas de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad (APA, 1995, 2002). Estas variantes determinadas por el síntoma predominante son conocidas como "subtipos". A continuación se describen los principales síntomas de cada uno de los subtipos de TDAH propuestos por el DSM-IV-RV (2002):

- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, CON PREDOMINIO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAH/I)

El déficit central parece ser la lentitud en el procesamiento de la información, un estado de alerta y vigilancia inconsistente, especialmente cuando la información se presenta por la vía auditiva. Respecto a la conducta social, estos niños son más pasivos, tienen un conocimiento social limitado y no suelen evidenciar problemas de control emocional.

Los síntomas manifestados son los que siguen:

- Dificultad para mantener la atención a un estímulo o varios a la vez.
- Parece que no escuchan.
- Problemas para seguir instrucciones, no terminan las tareas.
- Dificultad para organizarse, para establecer un orden.
- Les cuesta ponerse en marcha.
- Evitan tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Olvidan y pierden cosas necesarias para su actividad.
- Facilidad para distraerse por estímulos irrelevantes.
- Olvidadizos en las actividades diarias
- Dificultades para prestar atención suficiente a los detalles.

- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, CON PREDOMINIO DE HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD (TDAH/H-I)

Los niños que presentan este subtipo tienen síntomas de hiperactividad y de impulsividad. Atendiendo a la hiperactividad, estos niños se caracterizan por una actividad motora (movimiento) y vocal excesiva e inapropiada para su edad. Los síntomas son los siguientes:

Hiperactividad:

- Inquietud, mueven constantemente manos y pies.
- Se levantan cuando deberían estar sentados.
- Corren y saltan en situaciones inapropiadas.
- Dificultad para jugar tranquilamente.
- Actúan como si estuviesen impulsados por un motor.
- Hablan excesivamente.

Respecto a la impulsividad, los niños que presentan este síntoma se caracterizan por mostrar falta de autocontrol e incapacidad para inhibir conductas. Suelen actuar después de pensar, se precipitan, tienen falta de planificación y organización, se inmiscuyen en conversaciones interrumpiendo, se muestran impacientes. Los síntomas que manifiesta este subtipo con respecto al déficit en el control de impulsos son los siguientes:

Impulsividad:

- Responden de forma precipitada a las preguntas.
 - Dificultad para guardar el turno.
 - Interrumpen a otros en los juegos, conversaciones, etc.
- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, TIPO COMBINADO , (TDAH/C)

En este subtipo se combinan tanto síntomas de déficit de atención como de hiperactividad e impulsividad.

- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, NO ESPECIFICADO , (TDAH/NE)

Cuando se presentan síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad pero no se cumplen los criterios anteriores.

2.1.4. PREVALENCIA

Según el DSM-IV-RV (2002) la prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y el 7% en niños y niñas en edad escolar.

En general, el rango de prevalencia en el que se sitúan los resultados obtenidos en un buen número de estudios oscila entre el 4% y el 12% de niños afectados por TDAH, pero si atendemos exclusivamente a resultados procedentes de muestras españolas (Cardo, Servera y Llobera, 2007) estiman el TDAH en el 4,57%. Lora, en el mismo año (Lora, 2007), (citados ambos en Martínez y Conde, 2009) en una investigación realizada en Sevilla, en la que participaron 500 niños con edades comprendidas entre 10 y 16 años, de los cuales el 51,4% eran niños y el 48,2% niñas, revela que el TDAH afecta al 4,8% de los menores.

Los datos sobre adolescencia y adultez son imprecisos. En lo referente a la distribución por sexos, hasta el momento los diferentes estudios señalan una mayor incidencia del TDAH en varones, con una relación de entre 4/1 (4 varones por cada niña) en la población general y 9/1 en la población clínica.

No obstante, cabe señalar que hay pocos estudios sobre niñas hiperactivas. Actualmente, la mayoría de los autores consideran que el TDAH está infradiagnosticado en las niñas, puesto que, por lo general presentan menos comportamientos perturbadores, que son los que interfieren en la vida escolar y familiar y más preocupan a maestros y padres y, en cambio, presentan más síntomas de humor/ansiedad que los niños.

El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits atencionales, 30%; hiperactividad e impulsividad, 10%).

2.1.5. COMORBILIDAD

Como ya se ha mencionado anteriormente, con mucha frecuencia el TDAH no viene sólo, sino que este trastorno resulta más complicado a causa de trastornos asociados. Numerosos estudios ponen de manifiesto la alta presencia de trastornos comórbidos al TDAH, tales como el estudio MTA (1999) (citado en Martínez y Conde, 2009) que reveló que el 70% de los niños diagnosticados de TDAH con edades comprendidas entre 7-9 años cumplía los criterios diagnósticos de, al menos, otro trastorno psicológico. De estos, el 40% de los menores satisfacía los criterios diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante, el 34% presentaba Trastorno de Ansiedad y el 14% Trastorno Disocial.

Los resultados de las investigaciones son concluyentes en cuanto a la vinculación del TDAH con trastornos del comportamiento (trastorno negativista desafiante y trastorno disocial), trastornos del aprendizaje y trastornos de ansiedad. También los estudios de seguimientos realizados hasta la fecha coinciden en señalar que el patrón de comorbilidad permanece relativamente estable a lo largo del tiempo, perjudicando esta asociación al pronóstico favorable del diagnóstico tanto en el funcionamiento académico como psicosocial del niño.

A continuación se muestra una lista de los diagnósticos más frecuentemente encontrados junto con el TDAH (en algún momento de la vida del paciente): Trastorno Negativista-Desafiante (TND): 50-75%; Trastorno Disocial (TD) 20-50%; Trastornos por abuso de drogas: 12-24%; Trastornos de ansiedad: 25%; Trastornos afectivos: 20-30%; Trastornos del sueño; Trastorno de Tics; Trastornos de la coordinación motora; Trastornos específicos del aprendizaje: 20%; Problemas intelectuales; Lesiones y accidentes.

2.1.6. DIAGNÓSTICO

Debido a la naturaleza compleja y el carácter multifactorial del TDAH, las orientaciones más recientes sobre el diagnóstico indican la necesidad de enfocar el problema desde una visión multidisciplinar.

La llamada de atención suele venir de los padres o profesores, quienes deben trasladarla al psicopedagogo del centro escolar. Éste derivará el caso al pediatra del niño para un estudio más especializado y, si lo requiriera, al neuropediatra quien, en conjunción con la valoración psicológica, determinará el diagnóstico preciso para posibilitar la intervención terapéutica más oportuna.

El diagnóstico se realiza siempre sobre bases clínicas, conjugando información que proviene de los padres, los profesores y la observación directa del niño con los resultados de pruebas dirigidas a poner de manifiesto sus capacidades y necesidades.

El DSM-IV de la APA (2002) incluye el TDAH dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y, dentro de estos, en la clasificación de Trastorno de Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto con el Trastorno Disocial, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado.

Según el DSM-IV, para diagnosticar el TDAH en cualquiera de sus categorías, los síntomas deben darse en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa y en la escuela), tienen que haber estado presentes antes de los 7 años de edad, interfieren de forma significativa en la vida de la persona y no se deben a otros trastornos que pueden tener una sintomatología similar. Para establecer el diagnóstico del TDAH y de cada subtipo, se determinan unos criterios normalizados que fijan estándares clínicos, de acuerdo a la presencia o no de una serie de síntomas y a su grado de intensidad.

El diagnóstico es aconsejable realizarlo a partir de los 6 años, coincidiendo con la edad de inicio de la educación primaria ya que al aumentar la exigencia escolar es más sencillo detectar al niño con TDAH, y debe basarse en una evaluación médica, psicológica y pedagógica que descarte que la sintomatología es debida a otras causas.

Los criterios establecidos por el DSM-IV para el diagnóstico del TDAH son los siguientes:

A. Existen 1 o 2:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es de "tipo combinado" si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses. El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es de tipo "con predominio del déficit de atención", si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses. El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es de tipo "con predominio hiperactivo-impulsivo", si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

El DSM-IV-RV incluye una nota de codificación que señala que en el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

Principalmente, hay que distinguir el TDAH de comportamientos propios de la edad en niños activos, retraso mental, situaciones de ambiente académico poco estimulante y sujetos con comportamiento negativista desafiante.

La hiperactividad es el síntoma más llamativo (no por ello el más importante) y por el cual la mayoría de los docentes alertan a los padres. Cuando el síntoma predominante es el déficit de atención, es más difícil detectarlo pues no presentan tanto problema de comportamiento. Con frecuencia estos niños son tildados de pasivos, despistados, no molestan en el aula pero tampoco aprenden, su rendimiento no resulta satisfactorio, y a veces hay dudas sobre sus capacidades, aunque éstas sean normales.

Si atendemos a la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10, de 1992) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hiperactividad se enmarca dentro de los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia, dentro de la categoría Trastornos Hiperkinéticos, caracterizados por deficiencias para mantener la atención e hiperactividad motriz, clasificándola en cuatro categorías básicas: Trastorno de la actividad y de la atención: subdividido en Trastorno de Déficit de Atención y Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad; Trastorno Hiperkinético Disocial; Otros trastornos hiperkinéticos; Trastorno hiperkinético sin especificación.

En general, el sistema de clasificación DSM-IV-RV (2002) de la APA ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS, tanto en el diagnóstico clínico como en la investigación, razón por la cual nos centramos en la descripción del primero.

2.1.7. TRATAMIENTO

Las investigaciones más recientes defienden el tratamiento multimodal como el más efectivo para el abordaje terapéutico del TDAH, que comprende el tratamiento

farmacológico (si se considera oportuno para el caso concreto), terapia psicológica cognitivo-conductual, abordaje psicopedagógico y asesoramiento y formación a padres.

El enfoque terapéutico de la hiperactividad infantil ha evolucionado paralelamente a la concepción que se ha tenido del síndrome hiperactivo en las últimas décadas. Tal y como exponen Orjales y Polaino (2010) cuando este síndrome era concebido como un trastorno conductual, los tratamientos se enfocaban en torno a las técnicas de modificación de conducta. Más tarde, se evolucionó hacia una concepción atencional del problema donde la intervención farmacológica alcanzó su pleno apogeo. Años después, el estudio de la impulsividad y los posibles déficits cognitivos subyacentes empezaron a constituir el tema de investigación preferente, con lo que los programas terapéuticos adquieren el tinte cognitivo de los tratamientos basados en el autocontrol y el entrenamiento autoinstruccional. A finales de la década de la 70, los problemas de generalización de muchos estudios que aplicaban únicamente entrenamiento en autoinstrucciones, dio lugar a la inclusión sistemática de técnicas operantes en los paquetes integrados de tratamiento. La hiperactividad infantil empieza a abordarse desde este momento con un enfoque cognitivo-conductual.

A continuación presentamos brevemente cada uno de los tratamientos que actualmente se abordan en el manejo del TDAH.

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Actualmente se considera que la administración de fármacos es un pilar básico en el tratamiento del TDAH, aunque existen casos en los que estos no son la respuesta. Este tratamiento puede iniciarse con seguridad a partir de los seis años de edad, aunque en casos más graves puede iniciarse antes, siempre bajo criterio psiquiátrico. Los medicamentos empleados en el tratamiento del TDAH se dividen en estimulantes y no estimulantes.

- Fármacos Estimulantes

Los fármacos estimulantes, en especial el metilfenidato, son los mejor estudiados en niños y adultos con TDAH con más de 200 ensayos clínicos publicados. De este grupo, entre los que se incluyen la D-anfetamina y la Pemolina, sólo el Metilfenidato (Rubifén

y Concerta) se comercializa en nuestro país. Existen tres tipos de metilfenidato en función de la duración de su acción: inmediato, intermedio y prolongado.

Son muchas las controversias en torno a este tipo de fármacos y son comprensibles los temores de los padres ante el uso de fármacos de este tipo, pero la investigación ha demostrado que no hay ninguna razón científica para privar a niños, adolescentes y adultos de ellos.

El metilfenidato es el fármaco de primera elección en el tratamiento del TDAH y mejora la conducta, el rendimiento académico y la adaptación social del 70-90% de los niños, aunque el nivel de respuesta depende en gran medida por los trastornos asociados. Está indicado en casos en los que los problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad son de tal intensidad que suponen un deterioro significativo en la escuela y la adaptación social. Pueden aparecer efectos secundarios tales como dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, pérdida del apetito, dolor de cabeza, dolor abdominal y pérdida de peso, aunque suelen considerarse transitorios y de poca importancia. En determinados casos es necesario suspender el tratamiento.

- **Fármacos No Estimulantes**

La atomoxetina es un fármaco nuevo que ha mejorado el abordaje terapéutico pues es el primer medicamento no psicoestimulante que se ha mostrado eficaz en el manejo de este trastorno, tanto en niños como en adultos. En España se comercializa desde 2007 con el nombre de Strattera. Este medicamento es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y reduce los síntomas nucleares del TDAH (actividad motora excesiva, desatención e impulsividad) con una eficacia similar a los psicoestimulantes pero con menos dificultades y, además, se muestra adecuado cuando el TDAH está asociado a otra patología (ansiedad, depresión, tics). Tiene una buena tolerancia, sin los problemas de activación de los estimulantes y los efectos secundarios se presentan al inicio del tratamiento, son transitorios y consisten en astenia, dolor abdominal, cefalea, pérdida de apetito y peso.

En relación a otros fármacos no estimulantes, los estudios realizados sobre atomoxetina, bupropion, antidepresivos cíclicos, IMAOs, agonistas alfa 2 adrenérgicos como la

guanfacina y fármacos nicotínicos, concluyen que de todos ellos, la atomoxetina es el fármaco con mejores resultados en la mejora del TDAH.

Los antidepresivos tricíclicos como la desipramina o la imipramina son los fármacos más estudiados, junto con los estimulantes y se indican para pacientes con TDAH y otros trastornos asociados como depresión, ansiedad o tics. El bupropion es un antidepresivo utilizado para el abandono del tabaquismo, que parece eficaz en el tratamiento del TDAH cuando va asociado a una depresión, sin embargo, su uso aún no es generalizable.

Los agonistas alfa 2 adrenérgicos como la clonidina mejoran los problemas de conducta pero no los de atención. Por último, los antipsicóticos atípicos tienen un efecto positivo sobre los problemas de conducta pero tampoco mejoran la atención. El más común es la risperidona y su uso se restringe a casos en los que hay importantes problemas de conducta.

A pesar de haberse estudiado otros muchos fármacos no estimulantes para el tratamiento del TDAH, no se aconseja su uso pues no existen aún estudios suficientes que confirmen su eficacia y resultados.

Aunque existe en la actualidad un amplio debate sobre los riesgos que entrañan los psicoestimulantes, como se ha mencionado anteriormente, numerosos estudios científicos han demostrado que mejoran los síntomas y disminuyen el riesgo de abuso o dependencia a sustancias en adolescentes y adultos con TDAH. Se trata pues de medicamentos eficaces y seguros para el tratamiento del TDAH, siendo superiores los beneficios a los riesgos según Tcheremissine y Salazar (2008) (citado en Martínez y Conde, 2009).

- TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Alrededor de un 30% de los niños tratados con psicoestimulantes apenas presentan una mejoría de sus síntomas, y un alto porcentaje presenta efectos secundarios intolerables, por su frecuencia o por su intensidad. Por ello, se recomienda, junto con los fármacos, el empleo de otras técnicas como son las cognitivo-conductuales.

Los tratamientos cognitivo-conductuales comprenden, en la actualidad, un amplio abanico de estrategias dirigidas a dotar de habilidades cognitivas para paliar los déficits cognitivos (autoevaluación, habilidades de resolución de problemas, claridad de prioridades, etc.), habilidades emocionales (relajación, resistencia a la frustración, control y expresión de emociones,), habilidades sociales (empatía, asertividad, etc.), habilidades instrumentales (control del tiempo, habilidades de comunicación, etc.).

Las aproximaciones más utilizadas dentro de las terapias cognitivo-conductuales son:

- **TERAPIA CONDUCTUAL:** se basa en el entrenamiento de padres y profesores en la medición de conductas, el diseño de programas de refuerzo conductual y la coordinación de dichos programas entre el colegio y el hogar. Su objetivo son por tanto los adultos responsables del cuidado del niño.
- **MANEJO DE CONTINGENCIAS:** es la intervención conductual más básica. Consiste en la aplicación directa de consecuencias positivas y negativas dentro de ambientes cuidadosamente estructurados.
- **INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES:** se realizan directamente en el paciente, generalmente en grupos reducidos. Incluye entrenamientos en auto-instrucciones (para mejorar la mediación verbal y el autocontrol desde un lenguaje expresado hacia otro interiorizado u "oculto"), resolución de problemas (para mejorar la planificación de conductas sociales y habilidades académicas), auto-refuerzo (para reducir la dependencia del adulto y sus recompensas), y aprendizaje del error (para redirigir la conducta ante equivocaciones o situaciones de conflicto).
- **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:** focalizadas directamente sobre el paciente, en grupos pequeños, se centran en la mejora de las competencias sociales de los participantes a través de la discusión y aplicación en el grupo de capacidades como la cooperación o la resolución verbal de conflictos, reforzadas por la aplicación de contingencias dentro del propio grupo. Su aplicación sistemática parece generar resultados prometedores.

Hay poco estudios de la eficacia de estas técnicas pero se sabe que la aplicación de técnica cognitivas individualizadas y de larga duración junto con tratamiento farmacológico, se obtienen los mayores niveles de mejora.

- ENTRENAMIENTO A PADRES

Cualquier intervención en el TDAH debe pasar por la comunicación a los medios implicados (familia y centro educativo, fundamentalmente) de los conocimientos básicos sobre el trastorno, su origen, sus síntomas y consecuencias y sus diversos tratamientos. Cuanto mayor sea el conocimiento de los padres sobre el trastorno de su hijo más fácil resultará la posterior intervención y más probable será su éxito.

Un hijo con TDAH genera grandes dificultades en el funcionamiento familiar. En el caso de los padres, en muchas ocasiones conlleva la aparición de un estilo parental excesivamente directivo, negativo y punitivo. Este estilo puede modificarse mediante el entrenamiento a padres en el control y manejo de las conductas disruptivas de sus hijos, mejorando su capacidad de crianza, así como las relaciones con el hijo y la propia visión de las habilidades como padre y educador. Estas correcciones disminuirán los síntomas parentales relacionados con el estrés y la baja autoestima, contribuirán a mejorar las cogniciones negativas generadas sobre el rol que tienen como padres o el futuro de sus hijos, lo que finalmente redundará en un mejor funcionamiento familiar. Igualmente, los programas de intervención enfocados hacia el aumento del conocimiento del TDAH en los padres mejoran tanto las percepciones que los padres tienen de sus hijos y su trastorno, como de sus propias capacidades como padres, ayudando además a liberarles de la sensación de culpa que este tipo de trastornos suelen generar.

- PSICOPEDAGÓGICO Y ESCOLAR

A fin de promover el éxito educativo de los niños con TDAH, se hace necesario el empleo de técnicas conductuales bien establecidas, profesores preparados y motivados, así como una Administración que ponga los medios requeridos para atender de forma adecuada a las necesidades socioeducativas de estos niños. En este sentido, los conocimientos del profesor sobre el TDAH, su actitud al respecto, una relación positiva entre estudiante y profesor, basada en la comprensión del segundo acerca del niño y su

trastorno, son básicos para determinar una notable mejoría académica y social en el niño. Por ello, debe trabajarse en primera instancia con el profesor sobre estos aspectos:

- El TDAH conlleva en muchas ocasiones una discapacidad para el aprendizaje, de causas biológicas, muy sensible a las variables ambientales. La naturaleza de sus síntomas hará que, aún controlando el ambiente de forma adecuada, persistan en cierta medida sus manifestaciones.
- El estudiante con TDAH precisa más estructura y organización, más frecuencia en las consecuencias positivas y mayor inmediatez de éstas, más consistencia en las consecuencias negativas, y reajustes especiales para el desarrollo de su tarea.
- Las intervenciones más eficaces para mejorar su rendimiento escolar son aquéllas que se aplican de forma consistente en el propio colegio, y, dentro de éste, en el aula, en el lugar de trabajo.

Al mismo tiempo que se siguen estas orientaciones, debe coexistir una estrecha colaboración entre profesores y padres, basada en el adecuado conocimiento del TDAH, el planteamiento de objetivos realistas y una motivación y apoyo mutuos. Cuando las familias culpan al colegio o al profesor de las dificultades de su hijo, y viceversa, sólo postergan el manejo adecuado del problema, dejando al niño y su educación al margen. Evitar la culpabilización, reconocer los fallos y las propias capacidades, y trabajar en equipo para el niño y su correcto desarrollo generalmente conducirá a un ajuste cada vez mejor de éste en casa y en el colegio. Además, para que las intervenciones conductuales sobre el TDAH produzcan generalización a otros ambientes, es preciso establecer programas complementarios que abarquen la intervención conjunta y coordinada en los diversos ambientes en que el niño se desenvuelve.

2.2. FAMILIA Y TDAH

La familia es el núcleo social básico donde padres e hijos se relacionan en base a lazos afectivos y de parentesco. En ella lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia, por lo que se habla de sistema familiar, es decir, una comunidad organizada, jerarquizada y, generalmente, relacionada con su entorno.

Entre las funciones que se atribuyen a la familia se encuentran las de cubrir las necesidades básicas de sus miembros como la alimentación, la protección, seguridad y cuidado; necesidades afectivas de cariño, amor, aceptación; necesidades socioeducativas, transmitiendo los valores de la sociedad en la que se vive, las pautas de comportamiento, preparando a los hijos para la vida adulta. Asimismo, en el núcleo familiar se empieza a construir la identidad personal, se aprende a interactuar con los demás, a conocer el mundo que nos rodea.

La aparición de un trastorno con las características propias del TDAH suele desestabilizar al sistema familiar, sobre todo cuando el desconocimiento sobre el TDAH provoca que las actitudes y prácticas de crianza de algunos padres no sean las más efectivas al manejar las situaciones que día a día deben enfrentar cuando se tiene un hijo con este trastorno. El TDAH tiene un alto impacto en la familia ya que requiere más dedicación, más formación en los padres y madres y más recursos económicos para su tratamiento. Supone una reordenación de la dinámica familiar puesto que estos niños necesitan que se les dedique más tiempo, una mayor estructuración de la vida familiar en cuanto a horarios, espacios, ocio, relaciones interpersonales, etc. Estos requerimientos son especialmente intensos en el marco familiar actual donde la conciliación de la vida familiar y laboral es complicada.

La convivencia con un niño hiperactivo puede ser muy difícil: hablan sin parar, parece que no sepan jugar solos, y cuando lo hacen nunca es en silencio; de una manera u otra siempre hay que estar prestándoles atención, y con frecuencia plantan cara o desobedecen, pese a los múltiples intentos de educarlos. Como consecuencia, son muchos los padres que dejan de hacer caso a su hijo/a o que sólo hablen con ellos para criticarlos. Es en ese momento cuando se perpetúan los problemas.

En aquellos en los que predomina la inatención los problemas son de otra índole. Suelen ser o parecer tímidos, recibir críticas continuas por ser “vagos” o “despistados”, repetir curso o necesitar adaptaciones curriculares. Tras años de fracasos y críticas la autoestima se resiente y pueden presentar síntomas depresivos y ansiosos.

Los estudios demuestran que las familias de los niños con TDAH (subtipo hiperactivo o combinado) presentan:

- Mayores niveles de estrés
- Vida social muy reducida (al círculo familiar más próximo)
- Alta frecuencia de separaciones
- Importante sensación de soledad y abandono
- Frecuencia elevada de síntomas depresivos (sobre todo en las madres)

Tal y como expone Barkley (2002), en aquellas áreas de la educación de su hijo en la que unos padres competentes y razonables desean involucrarse, los padres de un niño con TDAH están obligados a involucrarse doblemente. Deben buscar, escuelas, profesionales y recursos sociales. Deberán organizar, supervisar, dirigir, enseñar, planificar, recompensar, castigar a sus hijos más de lo que se le pide a cualquier padre. En ocasiones, la necesidad de amor, protección, orientación derivada de los síntomas del TDAH, aparecerán camuflados tras demandas desmesuradas y problemas de comportamiento. Sin embargo, cuando uno comprende las necesidades de su hijo y está dispuesto a esforzarse, estará dándose la oportunidad de autosuperarse y sentir la satisfacción como padre. Para ello es esencial contar con una formación adecuada.

Las escuelas de padres y el entrenamiento parental son herramientas esenciales para la adecuada adaptación familiar al TDAH de uno de sus miembros. Estas tareas están siendo asumidas en la actualidad básicamente por las asociaciones de ayuda al TDAH, pues los recursos públicos son casi inexistentes.

2.3. PROFESORADO Y TDAH

La vida de un niño a quien no se le ha diagnosticado ni tratado el TDAH es probable que esté llena de fracasos y de bajo rendimiento académico. Entre un 30 y un 50% de estos niños repiten un curso, al menos una vez. Aproximadamente un 35% no acaba el bachillerato. La mitad de estos niños tienen serios problemas en las relaciones sociales, y más de un 60% tiene un comportamiento rebelde que le conduce a malentendidos y resentimientos con los hermanos, a reprimendas y castigos frecuentes, y más tarde a mayores probabilidades de delinquir y abusar de sustancias. Cuando los adultos no reconocen ni tratan el TDAH, esto puede dar lugar a que el niño tenga un sentimiento de fracaso en todos los ámbitos de su vida.

El sistema educativo se ve afectado por la incidencia de un trastorno como el TDAH que afecta en torno a uno de cada veinte escolares y que requiere de diversas adaptaciones educativas y a nivel de convivencia.

Los niños con TDAH suelen presentar necesidades específicas de apoyo educativo ya que experimentan dificultades por sus problemas de atención y de control de impulsos los cuales son requisitos para el éxito escolar. Así, aunque el TDAH no disminuye la capacidad de aprender, sí interfiere en el rendimiento académico, especialmente en las áreas de lengua (escritura y lectura) y matemáticas, así como también conlleva problemas disciplinarios en la escuela.

Los niños con TDAH no tratados suelen tener problemas en la escuela, tales como que:

- Se hayan realizado adaptaciones curriculares o que estén en cursos inferiores a lo esperado para su edad.
- Obtengan bajas puntuaciones en test de inteligencia o de habilidades a causa de lagunas en el aprendizaje.
- Tengan dificultades para aprobar los exámenes por no fijarse bien en las preguntas (inatención) o por dar respuestas precipitadas (impulsividad).
- Suspendan por no completar o entregar las tareas para casa.
- Tengan roces con otros estudiantes o compañeros (agresiones por impulsividad; no someterse a las normas o reglas en los juegos).
- Terminen siendo rechazados.
- Ocupen lugares especiales en clase (donde no molesten, pero también donde más difícil es mantener la atención en clase).
- Sean amonestados o incluso expulsados del colegio.

Las necesidades educativas presentadas por estos menores requieren de respuestas por parte de la institución escolar, así como una labor de equipo entre ésta y la familia. Entre estas necesidades educativas se presentan tres grandes tipos:

- Necesidad de adquirir normas y conductas básicas, reducir los comportamientos desadaptativos e incrementar conductas funcionales.
- Necesidad de mejorar la competencia curricular y diseñar adaptaciones curriculares adaptadas a las características y peculiaridades del alumno.
- Necesidades afectivas relacionadas con la mejora de la autoestima y competencias sociales.

Para cubrir los requerimientos planteados, es necesario una reflexión y compromiso por parte de la institución escolar sobre distintos aspectos como los que siguen:

- Establecer una relación de colaboración entre familias y escuela.
- El conocimiento por parte del profesorado de las características del trastorno y sus dificultades más habituales.
- Formación y aplicación de técnicas docentes y adaptaciones curriculares tales como técnicas de modificación de conducta, formas alternativas de evaluación académica, organización de espacios y tiempos, etc.

Tal y como exponen en su libro Martínez y Conde (2009), el interés por las necesidades educativas especiales, en concreto, las relacionadas con el TDAH, son recientes y existe una carencia de recursos especializados dentro del sistema educativo, así como una falta de información y formación por parte del profesorado. Esta dotación de recursos, entre los que se incluye la formación de los docentes, constituye un importante reto al que el sistema educativo debe responder de manera urgente.

Una vez presentado el TDAH en sus diferentes aspectos, así como su relación con la familia y el profesorado, paso a presentar una breve revisión histórica del estudio de este trastorno y de la investigación publicada en los últimos años.

2.4. REVISIÓN HISTÓRICA DEL TDAH

La primera definición del TDAH fue planteada por el pediatra George Frederic Still en 1902, (citado en González Acosta, 2006) quien describió a 43 niños que presentaban graves problemas de atención sostenida y autorregulación, a los que en ese tiempo se

atribuía un problema en el control moral de la conducta. Este autor descubrió una mayor incidencia de anomalías cerebrales menores en estos niños y defendió que era una predisposición biológica, hereditaria en determinados casos, la que provocaba un defecto en el control de la conducta. Unos años después, en 1914, A. Tredgold postuló que este trastorno podría estar causado por una disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la que se veía afectada el área del comportamiento, lo que explicaba la hipercinesia y la impulsividad. En 1937, Bradley descubrió de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en niños hipercinéticos (citados ambos en González Acosta, 2006)

El término “disfunción cerebral mínima” fue acuñado por Strauss y Lehtinen en 1947, (citados en González Acosta, 2006) aplicado a aquellos niños cuyos síntomas fundamentales eran la hiperactividad, impulsividad, labilidad emocional, atención escasa y dificultades perceptivas, en los que no se apreciaba suficiente evidencia científica de patología cerebral, pues el examen neurológico administrado no era lo suficientemente sensible para detectar el daño (Barkley, 2002). Durante las siguientes décadas los científicos se centraron en el estudio de las causas, en lugar de en la definición del trastorno.

En 1957 Lauferr y Denhoff (citados en González Acosta, 2006) desarrollaron la primera denominación del síndrome hipercinético. En la década de los 60, los investigadores separaron los síntomas de hiperactividad de cualquier noción de lesión cerebral y empezaron a escribir sobre el “síndrome del niño hiperactivo” cuyas causas eran más biológicas que ambientales.

En 1968, la American Psychiatric Association (APA) lo incluyó en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido por sus siglas en inglés, DSM-II, como “reacción hiperkinética en la infancia y la adolescencia” y, posteriormente, el DSM-III empleó el término “Trastorno de Déficit de Atención”, subrayando la dimensión atencional, hasta llegar al DSM-IV-RV de 2002, que lo completó como Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, como se le conoce actualmente.

Durante los años 90, la investigación extensiva y la experiencia clínica cambiaron profundamente el conocimiento sobre el trastorno. Ahora sabemos que en más del 50% de los afectados por TDAH durante la infancia, las alteraciones persisten hasta la edad adulta, aunque a menudo se manifiestan con un perfil cambiante de síntomas complejos. Estudios recientes demuestran que en el diagnóstico de muchos afectados por TDAH se incluyen alteraciones crónicas en funciones cognitivas esenciales para una adaptación consecuente y eficaz en la escuela, el trabajo, las relaciones familiares y sociales. Considerado hasta este momento un trastorno disocial en hombres de corta edad, actualmente el TDAH se identifica más en mujeres, en adolescentes y en adultos.

Las impresiones clínicas sobre la validez del diagnóstico del TDAH y de la eficacia del tratamiento están sólidamente confirmadas por la investigación empírica.

Ciertas iniciativas pedagógicas y humanitarias de grupos de apoyo tales como el Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD) y el National Attention Deficit Disorder Association, así como libros y artículos de divulgación en general, han difundido la consideración pública y profesional del TDAH como un trastorno que es posible tratar. Hoy en día, el interés popular, cada vez mayor por el TDAH se ve reforzado por los medios de comunicación, por el conocimiento creciente del tratamiento eficaz de los síntomas tanto en adultos como en niños.

Aunque la investigación de Estados Unidos y Canadá ha sido pionera en la evaluación y tratamiento del TDAH, el reconocimiento de este trastorno como un problema significativo para la salud pública se ha ido extendiendo gradualmente por el mundo. Con el aumento del reconocimiento internacional de este trastorno ha ido creciendo el interés en todo el mundo por mejorar el conocimiento y los servicios de evaluación y tratamiento para niños, adolescentes y adultos con TDAH.

3. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN OBJETO DE ESTUDIO

En los últimos años se están desarrollando importantes avances en el conocimiento científico sobre el TDAH, descubrimientos que deben tenerse en cuenta a la hora de formar a padres y profesores. Todavía hoy pueden observarse nociones erróneas sin

ninguna base científica como la creencia de que el trastorno está causado por una educación deficiente, que puede tratarse con dietas sin aditivos y azúcares, que desaparece en la adolescencia, etc. Esta información errónea dificulta la comprensión del problema y, en muchas ocasiones, el respeto hacia el niño. La importancia de conocer mejor el trastorno y sus consecuencias radica en que un mejor conocimiento favorece una mejor comprensión y, por tanto, un manejo más eficiente del TDAH.

A fin de conocer el estado actual de la cuestión objeto de estudio en nuestro país y más concretamente en nuestra Comunidad Autónoma, Andalucía, he realizado una revisión de la literatura y la investigación que me ha llevado a concluir que las investigaciones se ocupan preferentemente de cuestiones como el diagnóstico, la etiología y el tratamiento del TDAH, siendo escasos los estudios que se ocupan del análisis de las relaciones existentes entre el trastorno y el contexto familiar y escolar.

Se hallan numerosos estudios dedicados al diagnóstico del TDAH, tales como el realizado por Rodríguez Pérez et al. (2011), *Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (2011) en el que se centran en conocer la evolución general el proceso de diagnóstico y su futuro inmediato en el TDAH, profundizando en dos nuevas técnicas, el electroencefalograma (EEG) y la hemoencefalografía (HEG).

También es frecuente encontrar investigaciones dedicadas a la etiología del trastorno como la realizada por Rodríguez Santos (2010), *El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: causas e implicaciones para el tratamiento*, donde presenta una revisión sobre los aspectos actuales de la etiología del TDAH, cuestiona la clasificación actual y los criterios propuestos en el DSM-IV y plantea cuestiones importantes sobre la evaluación e intervención según las guías de consenso internacionales.

Por su parte, Miranda y Soriano (2010) presentan un ejemplo de estudio destinado a los tratamientos, *Tratamientos Psicosociales eficaces para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad* en el que llevan a cabo una revisión de las estrategias de tratamiento que son útiles a todos los profesionales que trabajan con estudiantes con

TDAH, con el fin de ofrecer un abanico de los procedimientos que han guiado este trabajo a lo largo de treinta años.

También es frecuente la realización de estudios sobre la conceptualización del trastorno como la investigación de Lavigne y Romero (2010), *Modelo teórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad I: definición operativa* donde desarrollan una revisión histórica de la conceptualización del TDAH y proponen una definición operativa de este trastorno en la actualidad.

Respecto a las investigaciones más recientes que se ocupan del análisis del TDAH y el contexto social, aunque son escasas pueden encontrarse algunas como la tesis de González Acosta (2006) *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases*, en la que defiende que la mayoría de los investigadores se cuestionan si el déficit de atención e hiperactividad se resuelve mediante una intervención centrada exclusivamente en el niño, o si por el contrario, es necesario llevar a cabo intervenciones con la familia y la escuela para implicar a los padres y docentes en el proceso. En este trabajo, se administró un cuestionario de conocimiento sobre TDAH ya que se pretendía analizar si los maestros contaban con un adecuado conocimiento sobre el trastorno, por un lado, y por otro, si disponían de una actitud de aceptación o rechazo hacia los estudiantes con este trastorno. De este cuestionario se han extraído algunos ítems incluidos en el cuestionario que aquí se propone. La investigación se llevó a cabo en el área metropolitana de San Juan, Puerto Rico. Los resultados indicaban que tanto los maestros de escuelas públicas como los de escuelas privadas mostraban un conocimiento moderado hacia el TDAH.

En la tesis *Análisis del Contexto Familiar en Niños con TDAH* (2007), Grau analiza las relaciones familiares de niños con TDAH con los objetivos de comprobar el nivel de estrés de 167 familias (114 familias con un hijo con el trastorno y 53 familias control), identificar el método de disciplina parental y analizar el posible papel modulador del subtipo de TDAH (combinado o con predominio de inatención) en el estrés parental y el método disciplinario empleado. Los resultados indicaban que las relaciones entre padres e hijos con TDAH, así como entre estos y los hermanos eran significativamente más tensas que en las familias sin este trastorno. También concluía que los padres de estos

niños utilizaban más estrategias coercitivas de disciplina. En las conclusiones de esta investigación, la autora señala que los resultados inducen a plantearse que las intervenciones en el TDAH deben incorporar un componente de asesoramiento a padres, no estando sólo centrado únicamente en la enseñanza de técnicas de manejo de conducta, sino abordando también dimensiones afectivas de la paternidad.

En relación con las investigaciones que tienen como objetivo la realización de cuestionarios que miden el grado de conocimientos sobre el TDAH, hemos hallado un estudio titulado *Comparación de los conocimientos sobre el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y los futuros educadores* de 2009, que adapta un cuestionario en versión inglesa, para establecer comparaciones entre los docentes en ejercicio y estudiantes de Magisterio.

En cuanto a las limitaciones actuales, los aspectos más cuestionados según Cardo y Servera (2008) son los que se exponen a continuación. Por un lado, los criterios diagnósticos del DSM-IV siguen debatiéndose pues, aunque es una herramienta fundamental, es imperfecta ya que no aporta ningún dato en la clasificación sobre factores biológicos/genéticos subyacentes, y, probablemente, en su quinta edición tendrá cambios sustanciales, dado el consenso cada vez más generalizado en que es necesario introducir cambios en su formato categorial y atórico.

Por otro lado, la tipificación del trastorno en subtipos está siendo cuestionada actualmente por la comunidad científica, ya que arroja confusión con respecto a las dimensiones reales del trastorno; mientras que la investigación aplicada, de base psicométrica y factorial, sigue manteniendo un sistema categorial en la clasificación del TDAH, desde el punto de vista de la investigación básica no siempre ha sido posible encontrar evidencias claras a favor de esta clasificación, de hecho se cuestiona incluso la existencia de alguno de ellos, como el subtipo hiperactivo/impulsivo, por lo que los criterios de diagnóstico se siguen debatiendo hoy día. En la interesante revisión de Baeyens et al (2006), se concluye que sólo en el nivel de diagnóstico clínico se hacen diferencias claras en los ámbitos cognitivo, social, académico o conductual entre TDAH combinados y TDAH inatentos (ya casi da por hecho que el subtipo hiperactivo-

impulsivo queda reducido a la edad preescolar, con previsible evolución hacia el combinado).

Respecto a la comorbilidad, los trastornos del desarrollo como el TDAH se diagnostican en función de criterios dimensionales, por lo que tienen unos límites poco definidos que frecuentemente se solapan. Spencer (2006) en su revisión de los aspectos de comorbilidad que afectan al TDAH, concluye que más que una entidad homogénea, el trastorno es un grupo de condiciones con factores etiológicos y de riesgo potencialmente diferentes y distintos resultados finales. Se hace necesario perfilar todo el espectro de fenotipos comportamentales que puede entrañar el TDAH y sus diversas asociaciones comórbidas, para un mejor conocimiento de la entidad y de los criterios predictivos sobre el pronóstico, la respuesta al tratamiento farmacológico, etc.

Atendiendo a los avances y líneas de investigación futuras, Cardo y Servera (2008) proponen los siguientes apartados: fundamentos neurobiológicos, estudios genéticos, estudios sobre funciones ejecutivas y eficacia de los tratamientos.

Con respecto a los fundamentos neurobiológicos, en los últimos años ha habido un aumento considerable de conocimientos que indican una hipoactivación de estas personas en ciertas zonas corticales, sobre todo en el córtex prefrontal, relacionado con funciones alteradas en personas con TDAH, como el control inhibitorio y la atención. Actualmente, se está estudiando una posible disfunción de los circuitos dopaminérgicos y adrenérgicos en esta zona, dada por alteraciones genéticas, así como posibles diferencias anatómicas en el circuito frontoestriado, el volumen cerebral, la materia blanca y gris, los ganglios basales, el cuerpo calloso, el cerebelo y las regiones prefrontales. Aunque los resultados son aún relativamente heterogéneos, constituye una línea de investigación que será impulsada en el futuro.

Los estudios genéticos son otra línea de investigación actual que empiezan a arrojar conocimiento sobre posibles genes relacionados con el TDAH. Cardo y Servera (2008) indican que en España, Mulas et al. y Ramos-Quiroga et al. están publicando trabajos interesantes sobre este tema. Éste último señala que el TDAH cuenta con una alta carga genética, de herencia compleja, modulada por factores ambientales.

Respecto a las funciones ejecutivas, aunque ya se sabe que el TDAH altera especialmente la inhibición de la respuesta y la memoria de trabajo, existe una gran variabilidad neuropsicológica dentro de las muestras, lo que dificulta la conceptualización de problema. Aún hoy no se dispone de un cuerpo de conocimientos bien establecido entre TDAH y funciones ejecutivas.

Otro aspecto ampliamente estudiado en nuestros días es la eficacia de los tratamientos, esencialmente, farmacológicos (metilfenidato, atomoxetina, anfetaminas, etc.), aunque también cognitivo-conductuales y, en menor medida, programas de formación de padres y madres y docentes.

Por último, me gustaría señalar la importancia de realizar estudios longitudinales, atendiendo a la perspectiva evolutiva del trastorno pues tiene un carácter crónico que obliga a observar la evolución del mismo a lo largo del ciclo vital, la eficacia de los tratamientos, etc.

Una vez presentadas las líneas de investigación actuales y futuras, paso a señalar que, por su parte, el movimiento asociativo realiza un trabajo de difusión del TDAH que tiene repercusión en algunas administraciones como el Consejo Nacional de Discapacidad. También las administraciones, al detectar los problemas derivados de estos trastornos, tratan de impulsar medidas que fomenten una mejora en la vida de las personas que los padecen, a través de acciones encaminadas a la capacitación de los profesionales y a la planificación de la intervención, como el caso del informe emitido por el Defensor del Menor ante el Parlamento de Andalucía en 2007.

A continuación paso a describir estos dos ejemplos de actuaciones relacionadas con el TDAH en la Comunidad Autónoma andaluza.

El Consejo Nacional de la Discapacidad es un órgano colegiado interministerial, de carácter consultivo, adscrito al Ministerio de Sanidad y Política Social, en el que se institucionaliza la colaboración entre las organizaciones representativas de personas con discapacidad y sus familias y la Administración General del Estado, para la planificación, seguimiento y evaluación de las políticas que se desarrollan en el ámbito de la discapacidad. Este órgano cuenta con una Oficina Permanente Especializada

(OPE) encargada de promover la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

La OPE, órgano consultivo que presta asesoramiento y apoyo legal a las personas con discapacidad y sus familiares, detectó a través de las quejas y propuestas recibidas en 2009 y 2010, un aumento de enfermedades relacionadas con las dificultades académicas, entre las que se incluye el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, así como una falta de conocimiento por parte de los profesionales docentes respecto a estas enfermedades y la repercusión que tienen en la integración escolar. Este hallazgo, reflejado en la publicación de las *“Recomendaciones o Propuestas a presentar al Pleno del Consejo Nacional de la Discapacidad Año: 2009-2010”*, en el apartado *“R/28/10. Ajustes razonables alumnos con necesidades educativas especiales”*, le llevó a recomendar al Ministerio de Educación y a la Secretaría de Estado de Educación y Formación Profesional, la elaboración en 2011 de una guía que incluyera pautas concretas para trabajar con alumnos con cada una de las patologías, con el fin de que fuera incluida dentro de la formación curricular del profesorado, y distribuida a los centros educativos de todo el territorio nacional para que llegue a todos los profesionales.

Por su parte, en 2007 el Defensor Andaluz del Menor llevó a cabo una investigación sobre los factores que inciden en el problema de los trastornos conductuales en menores, entre los que se incluye el TDAH, y emitió un informe ante el Parlamento de Andalucía, en el que se afirma que los menores con trastornos de conducta se han convertido actualmente en un grave problema social, cuyas consecuencias trascienden a las propias familias, influyendo también en la escuela, el sistema sanitario, etc. En este informe, partiendo de la investigación llevada a cabo y de las conclusiones extraídas de la misma, se proponen una serie de recomendaciones y sugerencias con carácter general para todos los menores con trastornos de conducta, que permiten mejorar la situación de los menores afectados por este tipo de trastornos y de sus familias.

Se exponen a continuación algunas de las recomendaciones planteadas más relevantes para la cuestión que nos ocupa en el presente proyecto de investigación:

- En relación al conocimiento del problema, que se elabore una investigación sobre la incidencia real de los trastornos conductuales entre los menores andaluces en el marco de los estudios sobre salud mental.

Respecto a esta recomendación me gustaría señalar que he observado una carencia de estadísticas publicadas sobre la prevalencia del TDAH tanto a nivel nacional como de Comunidades Autónomas y Provincias. En mi opinión resultaría útil contar con información fiable sobre la prevalencia del trastorno en nuestro país.

- En relación a la intervención administrativa, que se elabore un plan de intervención en menores con problemas de conducta, de forma coordinada entre la Administraciones educativa, social y sanitaria, que contemple la detección temprana, diagnóstico y tratamiento.

Teniendo en cuenta, como ya se ha descrito en epígrafes anteriores, que como ocurre en la mayoría de los trastornos y enfermedades, la detección y el diagnóstico temprano es vital para poder tratar y manejar el TDAH de manera adecuada, evitando complicaciones como el desarrollo de trastornos asociados, esta recomendación es muy relevante.

- En relación con la detección y diagnóstico, desarrollar procesos formativos específicos destinados a los profesionales de la educación, la salud y los servicios sociales que posibiliten una mejora en la detección temprana.
- Respecto al tratamiento, incluir planes formativos destinados a los orientadores y docentes que tienen a su cargo a menores con trastornos de conducta para que puedan desarrollar programas de intervención.

En estas recomendaciones se expone la necesidad de llevar a cabo acciones formativas que preparen y capaciten a los profesionales que intervienen en el tratamiento del TDAH, lo que muestra la importancia de mejorar el conocimiento que estos tienen de los trastornos, coincidiendo con la idea central de este proyecto, la necesidad de proporcionar formación, también a las familias, para un mejor conocimiento y manejo del trastorno, para lo cual es necesario detectar previamente en qué informaciones presentan carencias.

Como conclusión, diría que los trastornos del comportamiento, entre los cuales se incluye el TDAH, suponen una realidad sobre la que es preciso intervenir, no sólo por la situación personal de quien presenta estas dificultades, sino por la repercusión que tienen en el contexto escolar, familiar, social, etc. Aún encontrando acciones como las planteadas anteriormente, éstas son puntuales y no tienen la repercusión y efecto esperados, por lo que se requiere un mayor compromiso por parte de la comunidad investigadora, las administraciones y el movimiento asociativo en el impulso de medidas que redunden en una mejora de la vida de estas personas, sus familias y su entorno social.

Entre estas medidas puede incluirse este trabajo, en el que se trata de incidir en la formación de familias y profesorado, a través de la elaboración de dos cuestionarios que permitan valorar las carencias formativas existentes en estos dos colectivos, de manera que puedan programarse acciones educativas que respondan a dichas carencias de una manera adecuada.

Presentado el estado de la cuestión objeto de estudio, paso a describir el diseño metodológico del presente trabajo.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Tal y como se ha expuesto a lo largo del trabajo, los padres y madres de menores con TDAH, así como los profesionales de la educación, con frecuencia encuentran dificultades para entenderles y tratarles de manera adecuada. Una de las causas principales es la falta de información que tienen sobre el trastorno y, en ocasiones, los conocimientos erróneos que adquieren respecto a éste. Profundizar en el grado de conocimiento y en las carencias formativas que presentan familias y profesorado respecto a aspectos básicos del trastorno, es fundamental para promover actuaciones que proporcionen el asesoramiento y la formación adecuados para incidir en la superación de las dificultades que entraña no contar con el conocimiento suficiente y, por tanto, que redunde en la mejora de la vida de los niños y niñas que padecen este trastorno.

La aportación de este trabajo consiste en ofrecer un instrumento de medida específico para evaluar los conocimientos que tienen familias y profesorado respecto a aspectos básicos del TDAH, así como otros datos relevantes sobre la opinión que tienen respecto a la falta de formación específica en torno al trastorno y su relación con el manejo del mismo.

4.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito fundamental del pre-proyecto de investigación que aquí se presenta consiste en elaborar dos cuestionarios, uno dirigido a las familias de hijos con TDAH, y otro al profesorado, para evaluar el conocimiento que tienen respecto al trastorno. Este objetivo responde a la necesidad que existe actualmente de contar con un instrumento de medida que detecte el nivel de conocimiento con el que cuentan padres y docentes, así como posibles carencias formativas que dificultan el manejo del trastorno, pues creemos que un mejor conocimiento facilita la comprensión y el manejo del TDAH.

- OBJETIVO GENERAL

Conocer el grado de información de padres y madres de hijos e hijas con TDAH, así como de profesores de educación infantil, primaria y secundaria respecto a aspectos básicos del trastorno.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos que, respecto a los aspectos básicos del TDAH, tienen las familias.
- Identificar los conocimientos que, respecto a los aspectos básicos del TDAH, tienen los docentes.
- Comparar el grado de conocimiento que tienen los docentes sobre TDAH, en relación con variables tales como sexo, edad, especialidad docente, tiempo de docencia y formación específica sobre TDAH.
- Comparar el grado de conocimiento que tienen las familias (padres y/o madres) sobre TDAH, en relación con variables tales como sexo, edad, nivel de estudios, profesión.

- Recoger información de ambos estamentos (familias y profesorado) acerca de las carencias y necesidades que tienen en este momento en relación con la atención adecuada a sus hijos y/o alumnos con TDAH.

4.2. PROCESO DE ELABORACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Podemos definir el cuestionario como el instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información.

De acuerdo con Martín Arribas (2004), el proceso que se debe seguir para la elaboración de un cuestionario, y que pretendo seguir en su momento, es el siguiente:

1. DEFINICIÓN DEL CONSTRUCTO O ASPECTO A MEDIR: antes de proceder a medir algo debemos tener una idea muy clara de lo que pretendemos medir, a eso se le llama “definir el constructo”, para lo cual se suele realizar una revisión de la bibliografía hasta definir de forma clara y precisa el objeto de la medida.
2. PROPÓSITO DE LA ESCALA: consiste en establecer el contenido del cuestionario, la población a la que se dirige, la forma de administración y el formato del cuestionario. El propósito del cuestionario va a determinar en gran medida el contenido de los ítems y algunos aspectos relacionados con su estructura.
3. COMPOSICIÓN DE LOS ÍTEMS: el ítem es la unidad básica de información de un cuestionario, y generalmente se compone de una pregunta y una respuesta cerrada.
4. NÚMERO DE ÍTEMS: como norma general se considera que el número mínimo de ítems para evaluar un fenómeno sería de seis, pero puede ir de 10 a 90, de forma que pueda abarcar de forma proporcional cada una de sus dimensiones definidas a priori en el constructo. Se recomienda realizar el doble de ítems de los que van a necesitarse en la versión definitiva del cuestionario.
5. CONTENIDO: en función del contenido los cuestionarios pueden ser uni o multidimensionales.

6. **DEFINICIÓN Y ORDENACIÓN:** la definición de cada ítems debe ser exhaustiva y mutuamente excluyente. Al formular la pregunta deben tenerse en cuenta aspectos como la comprensión (es necesario adaptar el tipo de lenguaje y el tipo de opción de respuestas al nivel sociocultural de los individuos a los que va dirigido el cuestionario), así como la aceptabilidad para el sujeto que es preguntado. Existen una serie de criterios a tener en cuenta para la redacción de las preguntas. Una vez redactados los ítems, deben ordenarse. A veces, la lógica del cuestionario orientará sobre el orden a seguir, pero si no fuera así pueden ordenarse aleatoriamente.
7. **PREVENCIÓN DE SESGOS EN SU CUMPLIMENTACIÓN:** a través del diseño de los ítems también pueden controlarse los sesgos de cumplimentación y, con ello, mejorar la validez del cuestionario. Entre algunos de los sesgos citamos los “errores de tendencia central”, es decir, la tendencia a elegir entre las diferentes opciones de respuesta, las centrales. Otro sesgo frecuente es la “deseabilidad social” cuando se responde en función de lo que se considera deseable socialmente. El “sesgo de aprendizaje o de proximidad” induce a contestar de forma similar a las anteriores. El “error lógico” se produce cuando el encuestado considera que todos los ítems relacionados deben contestarse igual. Asimismo, hay que tener en cuenta la redacción del cuestionario, el orden de las preguntas o de las categorías de respuesta, y el formato en cuanto que puede impedir el registro adecuado de la información.
8. **CODIFICACIÓN DE LAS RESPUESTAS:** en función del número de opciones o tipos de respuestas pueden ser:
Dicotómicas: si/no; verdadero/falso.
Policotómicas: estoy de acuerdo/estoy en desacuerdo.
Análogicas: se analizan en función del sistema analógico utilizado.
9. **PUNTUACIÓN DE LOS ÍTEMS:** también es necesario definir el sistema de puntuación que va a seguirse: simple o ponderado. Se dice que son ítems simples cuando la puntuación directa se obtiene con el sumatorio de respuestas acertadas o de los valores que se hayan dado a cada opción. Se habla de ítems ponderados cuando el valor de cada opción de respuesta no es la misma o no se otorga el mismo valor a todos los aciertos.

10. PROCESO DE VALIDACIÓN: una vez diseñado el borrador definitivo, es decir, una vez delimitada la información, formuladas las preguntas, definido el número de ellas que se van a incluir en el cuestionario y ordenadas las preguntas, corresponde llevar a cabo la prueba piloto y la evaluación de las propiedades métricas de la escala.
11. PRUEBA PILOTO O PRETEST COGNITIVO: normalmente se pasa el borrador del cuestionario a 30-50 personas, siendo aconsejable que se parezcan a los individuos de la muestra. El pretest permitirá identificar:
 - El tipo de preguntas más adecuadas.
 - Si el enunciado es correcto y comprensible.
 - Si es correcta la categorización de las respuestas.
 - Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas.
 - Si el ordenamiento interno es lógico.
12. EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES MÉTRICAS DE LA ESCALA: dado que lo que se está diseñando es una escala de medición que permita tener una puntuación del grado de conocimiento sobre TDAH y poder comparar a los diferentes individuos o a los mismo individuos en diferentes momentos, se debe asegurar que el instrumento de medida sea válido y fiable.

Fiabilidad: es el grado en que un instrumento mide con precisión, sin error. Indica la condición de ser fiable, es decir, en ser capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y contantes en condiciones similares de administración. La fiabilidad de un instrumento se valora a través de la consistencia, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores.

Validez: es el grado en que un instrumento mide aquello que realmente se pretende medir o sirve para el propósito para el que se ha construido. Aunque se describen diferentes tipos de validez, estos suponen un proceso unitario.

En el anexo se presenta un borrador de cada uno de los dos cuestionarios.

4.3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN FAMILIAS Y DOCENTES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

- ENFOQUE METODOLÓGICO

La investigación planteada es de tipo descriptiva pues trata de recoger datos de forma sistemática para describir un fenómeno determinado, identificar sus características primordiales, en un momento determinado, de modo objetivo y comparable. Tal y como defienden Van Dalen y Meyer (1986) (citado en Padilla, 2008) los estudios descriptivos resultan muy apropiados para analizar la información y planificar cambios a través de determinadas actuaciones, ya que permiten de modo objetivo:

- Recoger información actual detallada que describa una determinada situación.
- Identificar problemas.
- Realizar comparaciones y evaluaciones.
- Planificar futuros cambios y tomar decisiones.

- VARIABLES DE ESTUDIO

Las dimensiones y variables de estudio a considerar son las siguientes:

I. DIMENSIÓN DATOS PERSONALES:

Familia: sexo, edad, nivel de estudios, profesión, estado civil, número de hijos.

Docentes: sexo, edad, nivel de estudios, especialidad docente, tiempo de docencia, formación específica sobre TDAH.

II. DIMENSIÓN TDAH

A. DEFINICIÓN, SUBTIPOS Y SINTOMATOLOGÍA:

Definición; subtipos; sintomatología por subtipos; trastornos asociados.

B. DIMENSIÓN ETIOLOGÍA:

Factores hereditarios; factores neurobiológicos; factores psicosociales; familiares diagnosticados con TDAH; familiares que hayan presentado la sintomatología del TDAH.

C. DIMENSIÓN DIAGNÓSTICO:

Edad del niño cuando acudió por primera vez a un especialista; edad del niño cuando fue diagnosticado; el primer especialista al que acudió la familia; tiempo entre la percepción del posible problema y el diagnóstico; profesional que realiza el diagnóstico; edad a partir de la cual se recomienda realizar el diagnóstico; sistemas de clasificación del TDAH; criterios diagnósticos del TDAH; profesionales a los que hay que acudir; profesional que creen que debería haber sido el primero en detectar el TDAH; aspectos que ayudarían a mejorar el diagnóstico temprano.

D. DIMENSIÓN TRATAMIENTO:

Tratamiento multimodal; tratamiento farmacológico; tratamiento cognitivo-conductual; tratamiento psicopedagógico; asesoramiento a familias; creencia de si es necesario el asesoramiento a familias; quién debería realizarlo; en qué modalidad debería presentarse.

III. DIMENSIÓN CONSECUENCIAS:

Interacción del trastorno con el ámbito familiar: relación entre los hermanos; relación del TDAH con la relación entre los padres; sentimientos respecto al hijo con TDAH; dificultades en el trato con el hijo.

Interacción del trastorno con el ámbito escolar: relación con los compañeros; relación con el profesor; impacto en la dinámica del aula; sentimientos respecto al niño con TDAH.

- TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Una vez definidos los objetivos de la investigación y las dimensiones y variables de estudio (qué investigar), pasamos a describir cómo hacerlo, es decir, el procedimiento de recogida de información y el instrumento que utilizaremos.

En esta investigación se optará por el método de “encuesta” ya que se presenta como el más adecuado en estudios de tipo descriptivo. Según Cohen (1990) (citado en Padilla, 2008) las encuestas reúnen datos con la intención de:

- Describir la naturaleza de las condiciones existentes.
 - Identificar normas o patrones con los que se pueden comparar las condiciones existentes.
 - Determinar las relaciones que existen entre acontecimientos específicos.
-
- DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

De forma general, cuando se pretende conocer el comportamiento de las variables objeto de estudio a nivel de toda la población y ésta es demasiado grande (mayor de 200 elementos a nivel regional), es preciso utilizar un subgrupo de dicha población que sea representativo de ésta, es decir, un subgrupo que teóricamente contenga las mismas características que desean estudiarse en la población respectiva.

La población a la que va dirigida el presente estudio, se divide en dos grandes grupos, de un lado, las familias (padres y madres) de hijos e hijas con TDAH, y de otro, docentes de la enseñanza pública y privada de la provincia de Almería.

En cuanto a las familias, el cuestionario se administrará a aquellas que estén registradas en la base de datos de la *Asociación TDAH-Almería* y a todas las que sea posible en los centros educativos de referencia. La muestra de docentes abarcará tres zonas, zona urbana (colegios de educación primaria e institutos de educación secundaria de Almería capital, públicos y privados), zona semiurbana (colegios de educación primaria e institutos de educación secundaria públicos y privados de pueblos del cinturón urbano de Almería, tales como Huércal de Almería, Viator, Roquetas de Mar, etc) y zona rural (colegios de educación primaria e institutos de educación secundaria públicos y privados, de pueblos de toda la provincia de Almería). De cada una de estas zonas se tomará una muestra del 20% de la población.

- RESULTADOS

En este estudio descriptivo tendremos los resultados de las distintas variables y estableceremos relaciones entre las mismas, con el fin de conseguir una información más completa del tema objeto de estudio, valiéndonos de porcentajes y herramientas estadísticas tipo Chi Cuadrado, en función de las características de cada variable.

- CONCLUSIONES

El análisis de los datos obtenidos y de las relaciones establecidas entre ellos, dará lugar a unas conclusiones en relación con los objetivos propuestos, así como a diferentes propuestas dirigidas a la administración educativa y a los distintos colectivos implicados.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación Calma. (2004). *Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad*. Mérida: Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología.
- Baeyens, D.; Roeyers, H. y Walle, J.V. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry Hum Dev*, 36, 403-17.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. México: Paidós.
- Bauermeister. J. J. (2000). *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces?, Guía acerca del déficit de atención para padres, maestros y profesionales*. San Juan, Puerto Rico: Atención, Inc.
- Brown, T. (2003). *Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6), 365-372.
- Esnaola, I. (2005). *Elaboración y validación del cuestionario Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa (AFI) de Autoconcepto Físico*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Fox D. (1987). *El proceso de investigación en la Educación*. Navarra: EUNSA (Ediciones Universidad de Navarra).
- Fundación Adana. Mena Pujol, B.; Nicolau Palou, R.; Salat Foix, L.; Tort Almeida, P. y Romero Roca, B. (2006). *Guía práctica para padres. El alumno con TDAH. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Barcelona: Mayo.

- González Acosta, E. (2006). *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases*. Memoria para optar al Grado de Doctor, Facultad de Filosofía, Departamento de Psicología Básica II, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Grau Sevilla, María Dolores (2007). *Análisis del Contexto Familiar en Niños con TDAH*. Departamento de Psicología Evolutiva y Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, Valencia.
- Jarque, S. y Tárraga, R. (2009). Comparación de los conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y los futuros educadores. *Infancia y aprendizaje*, 32 (4), 517-529.
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2010). Modelo teórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad I: definición operativa. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (3) N.22, 1303-1338.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE).
- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5 (17), 23-29.
- Martínez, M.A. y Conde, H. (2009). *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*. Universidad de Burgos, Burgos.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Recomendaciones o propuestas a presentar al pleno del Consejo Nacional de la Discapacidad. Año 2009-2010*. Dirección general de coordinación de políticas sectoriales sobre la discapacidad. Pág. 40-41.
- Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *Información Psicológica*, 100, 100-114.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Manual de trastornos mentales y del comportamiento*. CIE-10. Madrid: Meditor.
- Orjales, I. y Polaino, A. (2010). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH)*. Madrid: CEPE.
- Padilla, D. (2008). *Estudio descriptivo de la demencia tipo Alzheimer en la provincia de Almería*. Almería: Universidad de Almería.

- Real Decreto 1855/2009, de 4 de diciembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad.
- Rodríguez Santos, F. (2010). El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: causas e implicaciones para el tratamiento psicología Educativa. *Revista de los Psicólogos de la Educación*, 16 (1), 31-40.
- Rodríguez Pérez, C.; González Castro, P.; Álvarez Pérez, L.; Vicente Domínguez, L.; Núñez Pérez, J. C.; González Pienda, J. A.; Álvarez García, D.; Bernardo Gutiérrez, A. B. y Cerezo, R. Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (2011). *European Journal of Education and Psychology*, 4 (1), 63-73.
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl 8), 27-31.
- <http://www.tdah-andalucia.es/joom/>
- <http://www.feaadah.org/>

6. ANEXOS

**CUESTIONARIO PARA PADRES/MADRES
DE HIJOS/AS CON TDAH**

*CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD PARA PADRES Y
MADRES DE HIJOS/AS CON TDAH*

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

NOMBRE:

TELÉFONO:

EDAD:

- A. Menos de 20
- B. 21-26
- C. 27-32
- D. 33-38
- E. 39-44
- F. 45-50
- G. Más de 50

SEXO:

- A. Mujer
- B. Hombre

NIVEL DE ESTUDIOS:

- A. Sin estudios
- B. Estudios Primarios
- C. Estudio Medios (Bachiller o equivalentes)
- D. Estudios Superiores (Universidad o equivalentes)
- E. Otros:

PROFESIÓN:

- A. Desempleado/a
- B. Profesión Liberal
- C. Empresario/a
- D. Empleado/a/Oficinista/Funcionario/a
- E. Agricultura/Ganadería /Pesca
- F. Labores domésticas
- G. Otros:.....

ESTADO CIVIL:

- A. Soltero/a
- B. Casado/a
- C. Viudo/a
- D. Separado/a
- E. Divorciado/a
- F. Otros:

Nº DE HIJOS:

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. Más de 3

2. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1. DEFINICIÓN, SUBTIPOS Y SINTOMATOLOGÍA

1) Marque con una X la definición de TDAH que considere correcta:

- A. Trastorno que se caracteriza por presentar un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el patrón observado habitualmente en sujetos con un nivel de desarrollo similar.
- B. Trastorno que se caracteriza por presentar un patrón no persistente de hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el patrón observado habitualmente en sujetos con un nivel de desarrollo similar.
- C. Trastorno que se caracteriza por presentar un patrón de conducta persistente en el que se transgreden los derechos básicos de los demás y las principales normas sociales propias de la edad.

2) ¿Cuáles son los subtipos de TDAH que establece el DSM-IV-TR (2002)?

- A. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad; Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad combinado.
- B. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de déficit de atención; Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad; Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad combinado.
- C. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de déficit de atención y Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad.

3) ¿Cuáles del conjunto de síntomas que se presentan a continuación se identifican con el subtipo Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de déficit de atención?

- A. Evitar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido; hablar excesivamente; dificultad para guardar el turno.
- B. Evitar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido; ser olvidadizo con las tareas diarias; dificultad para prestar atención a los detalles.
- C. Actuar como impulsado por un motor; correr y saltar en situaciones inapropiadas; inquietud constante; falta de autocontrol.

4) En el TDAH:

- A. La presencia de los síntomas determina su disfuncionalidad.
- B. Es la intensidad y la frecuencia de los síntomas respecto a su edad de desarrollo lo que determina su disfuncionalidad.
- C. Es la repercusión en el funcionamiento diario, la intensidad y la frecuencia de los síntomas respecto a su edad y el contexto lo que determina su disfuncionalidad.

5) ¿Cuáles de los siguientes trastornos se asocian al TDAH?

- A. Trastorno Disocial; Trastorno Negativista-Desafiante; Trastornos de Ansiedad; Trastornos específicos del aprendizaje; Trastornos Afectivos; Trastornos por Tics.
- B. Trastorno Negativista-Desafiante; Demencias.
- C. Dislexia; Trastornos por Abusos de Sustancias; Trastornos de la Personalidad.

6) El TDAH:

- A. Tiene un carácter crónico.
- B. Desaparece en la adolescencia.
- C. Desaparece en la edad adulta.

7) El TDAH es un trastorno que se inicia:

- A. En edades adultas.
- B. En edades intermedias.
- C. En edades tempranas.

8) Los menores con TDAH:

- A. Con frecuencia sufren alteraciones del lenguaje, lo que complica la comunicación con los adultos y compañeros, tales como interrupciones frecuentes y comentarios irrelevantes en conversaciones espontáneas; dificultades para hilvanar los temas e intercambiar opiniones; problemas para concretar, expresar y ajustar el lenguaje al tema y al oyente.
- B. Con frecuencia son muy emotivos y sensibles, dando la impresión de cierta inmadurez emocional. Presentan un nivel bajo de tolerancia a la frustración y poca capacidad para demorar las gratificaciones inmediatas, así como dificultad para planificar posibles soluciones ante problemas de la vida diaria.
- C. Las dos respuestas anteriores son ciertas.

9) El TDAH es más frecuente en:

- A. El género masculino.
- B. El género femenino.
- C. En ambos géneros por igual.

2.2. ETIOLOGÍA

10) El TDAH está ocasionado por un mal funcionamiento

- A. Anatómico.
- B. Neurobiológico.
- C. En la educación.

11) *¿Tiene el TDAH una base neurológica?*

- A. Si
- B. No

12) *¿Sabe usted si hay relación casual demostrada entre el TDAH y anomalías en alguna región cerebral concreta?*

- A. Si
- B. No

13) *¿Con cuáles de las siguientes regiones del cerebro relacionan las investigaciones actuales el TDAH?*

- A. Región orbitofrontal.
- B. Corteza temporal.
- C. Corteza parietal.

14) *¿Qué neurotransmisores presentan una cantidad disminuida en ciertas regiones cerebrales de pacientes con TDAH?*

- A. Dopamina y norepinefrina.
- B. Serotonina y dopamina.
- C. Acetilcolina y serotonina.

15) *Existen múltiples causas del trastorno. En la actualidad se sabe que el trastorno tiene un carácter:*

- A. Hereditario.
- B. Social.
- C. Manipulativo por parte de los jóvenes.

16) *¿Hay en su familia algún miembro que presente o haya presentado síntomas del TDAH?*

- A. Si
- B. No

17) *En caso de respuesta afirmativa, ¿está diagnosticado este familiar?*

- A. Si
- B. No

18) *¿Qué relación de parentesco tiene este familiar con el menor?*

- A. Padre
- B. Madre
- C. Hermano/a
- D. Tio/a
- E. Abuelo/a
- F. Primo/a
- G. Otro:

2.3. DIAGNÓSTICO

19) *¿Qué edad tenía su hijo/a cuando comenzaron los síntomas de TDAH?*

- A. Menos de 3 años
- B. 3-6
- C. 7-10
- D. 11-14
- E. Más de 15

20) *¿A qué edad fue diagnosticado su hijo/a?*

- A. Menos de 3 años
- B. 3-6
- C. 7-10
- D. 11-14
- E. Más de 15

21) *¿Qué tiempo transcurrió entre el momento en que se dieron cuenta de que el comportamiento de sus hijo/a podía deberse a un trastorno y el diagnóstico definitivo?*

- A. Días
- B. Semanas
- C. 1 Mes
- D. 2 meses-5 meses
- E. 6 meses-1 año
- F. Más de 1 año

22) ¿A qué especialista acudieron primero?

- A. Médico/a de familia
- B. Psicólogo/a
- C. Pediatra
- D. Neuropediatra
- E. Profesor/a
- F. Orientador/a Educativo
- G. Otros:

23) ¿Qué profesional opina usted que debería ser el primero en detectar un posible TDAH?

- A. Médico/a de familia
- B. Psicólogo/a
- C. Pediatra
- D. Neuropediatra
- E. Profesor/a
- F. Orientador/a Educativo
- G. Otros:

24) ¿Cuáles de los siguientes criterios diagnósticos del TDAH son establecidos por el DSM-IV-TR?

- A. Los síntomas deben presentarse antes de los 7 años, darse en dos o más ambientes, interferir de forma significativa en la vida de la persona y no deberse a otros trastornos que puedan tener una sintomatología similar.
- B. Los síntomas deben presentarse antes de los 5 años, darse en dos o más ambientes, interferir de forma significativa en la vida de la persona y no deberse a otros trastornos que puedan tener una sintomatología similar.
- C. Los síntomas deben presentarse antes de los 7 años, darse al menos en un ambiente y no deberse a otros trastornos que puedan tener una sintomatología similar.

25) Indique la edad a partir de la cual es recomendable realizar el diagnóstico del TDAH?

- A. Un año
- B. 3 años
- C. 6 años
- D. 8 años

2.4. TRATAMIENTO

26) *¿Su hijo/ a recibe algún tratamiento para el TDAH?*

- A. Si
- B. No

27) *En caso de respuesta positiva ¿Qué tratamiento recibe su hijo/a?*

- A. Farmacológico
- B. Farmacológico y terapia cognitivo-conductual
- C. Terapia cognitivo-conductual
- D. Multimodal
- E. Otros.....

28) *¿Cuáles de los siguientes tratamientos no se emplea para el manejo del TDAH?*

- A. Endocrino
- B. Asesoramiento familiar
- C. Psicoeducativo
- D. Farmacológico

29) *¿Cuáles de los siguientes fármacos se utilizan en el tratamiento del TDAH?*

- A. Atomoxetina y Metilfenidato
- B. Haloperidol y Fluoxetina
- C. Clonazepam y Depakene

30) *El manejo de contingencias y el entrenamiento en autoinstrucciones son técnicas:*

- A. Farmacológicas.
- B. Entrenamiento a familias.
- C. Cognitivo-Conductuales.

31) *Para que un paciente de TDAH obtenga el máximo beneficio, es necesario un tratamiento:*

- A. Psicopedagógico.
- B. Farmacológico.
- C. Multimodal.

32) *¿Cree que es necesario el asesoramiento a familias para la mejora del manejo del TDAH?*

- A. Si
- B. No

33) *¿Qué institución opina usted que debería realizar el asesoramiento a familias?*

- A. Institución escolar
- B. Asociaciones específicas de TDAH.
- C. Centros de salud.
- D. Otros:

34) *¿Qué modalidad considera más adecuada para realizar asesoramiento a familias sobre TDAH?*

- A. Cursos formativos presenciales
- B. Folletos, guías para padres y madres
- C. Escuela de padres
- D. Otro:

3. CONSECUENCIAS

35) *¿Qué significa para la familia el diagnóstico de TDAH en alguno de sus miembros?*

- A. Un cambio representativo en la vida cotidiana.
- B. Ningún cambio

36) *¿Ha afectado la aparición del TDAH en la relación de pareja?*

- A. Sí, ha mejorado
- B. No, permanece igual
- C. Sí, ha empeorado

37) *A partir de la aparición de los síntomas del TDAH ¿cambió la relación con sus hijo/a?*

- A. No
- B. Sí, ha mejorado.
- C. Si, ha empeorado.

38) *Si tiene más hijos/as, ¿la relación entre los hermanos ha cambiado como consecuencia del TDAH?*

- A. No
- B. Sí, ha mejorado.
- C. Si, ha empeorado.

39) *¿Ha sentido en algún momento sentimientos de impotencia, frustración por no entender el comportamiento de su hijo/a?*

- A. Si
- B. No

40) *¿Cree usted que cuenta con un conocimiento suficiente sobre el TDAH?*

- A. Si
- B. No

41) *¿Cree que un mayor conocimiento del TDAH mejoraría la comprensión del TDAH de su hijo/a y la relación con él/ella?*

- A. Si
- B. No

42) *¿Cree que sería relevante impartir formación específica sobre TDAH a las familias?*

- A. Si
- B. No

43) *De una escala de 0 a 5, donde 0 es ningún valor y 5 es mucho valor ¿Cómo valora que se emprendan acciones formativas para las familias sobre el TDAH?*

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4
- F. 5

44) *Si se impartieran acciones formativas sobre el TDAH, ¿usted acudiría?*

- A. Sí, seguro.
- B. Es probable.
- C. Es poco probable.
- D. No
- E. NS/NC

45) *¿Participan en su familia de alguna actividad relacionada con la adquisición de conocimiento sobre el TDAH?*

- A. Si
- B. No

46) *En caso de respuesta afirmativa, ¿qué tipo de actividad formativa realiza?*

- A. Búsqueda por Internet.
- B. Consulta a especialistas.
- C. Realización de cursos específicos.
- D. Lecturas de material específico.
- E. Otros:.....

47) *¿Cree que es necesario impartir formación específica sobre TDAH a los profesionales de la educación?*

- A. Si
- B. No

48) *¿Están asociados a alguna asociación o federación de TDAH?*

- A. Si, a.....
- B. NO

49) *En caso de estar asociados o federados, ¿reciben formación específica sobre el TDAH por parte de la asociación?*

- A. Si, consiste en.....
- B. No

50) *¿Qué ventajas cree que aportaría una formación específica del TDAH a las familias?*

51) ¿Cree que dicha formación debería proporcionarla el centro educativo?

- A. Si
- B. No

52) ¿En qué formato cree que debería proporcionarse dicha formación?

- A. Cursos presenciales
- B. Material informativo: libros, folletos, guías
- C. Jornadas
- D. Escuela de padres
- E. Otros:

53) Exponga algunas sugerencias que considere importantes para avanzar en el conocimiento del TDAH.

CUESTIONARIO PARA PROFESORES

*CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD PARA PROFESORES*

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

NOMBRE:

EDAD:

- A. Menos de 20
- B. 21-26
- C. 27-32
- D. 33-38
- E. 39-44
- F. 45-50
- G. Más de 50

SEXO:

- A. Mujer
- B. Hombre

ESPECIALIDAD DOCENTE:

- A. Maestro de Educación Infantil
- B. Maestro de Educación Primaria
Especialidad:
- C. Profesor de Educación Secundaria
Especialidad:

TIEMPO DE DOCENCIA:

- A. Menos de 1 año
- B. Entre 1 y 5 años
- C. Entre 6 y 10 años
- D. Más de 10 años

FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE TDAH:

- A. *Si*
- B. *No*

2. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1 DEFINICIÓN, SUBTIPOS Y SINTOMATOLOGÍA

1) Marque con una X la definición de TDAH que considere correcta:

- A. Trastorno que se caracteriza por presentar un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el patrón observado habitualmente en sujetos con un nivel de desarrollo similar.
- B. Trastorno que se caracteriza por presentar un patrón no persistente de hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el patrón observado habitualmente en sujetos con un nivel de desarrollo similar.
- C. Trastorno que se caracteriza por presentar un patrón de conducta persistente en el que se transgreden los derechos básicos de los demás y las principales normas sociales propias de la edad.

2) ¿Cuáles son los subtipos de TDAH que establece el DSM-IV-TR (2002)?

- A. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad; Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad combinado.
- B. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de déficit de atención; Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad; Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad combinado.
- C. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de déficit de atención y Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad.

3) ¿Cuáles del conjunto de síntomas que se presentan a continuación se identifican con el subtipo Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de déficit de atención?

- A. Evitar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido; hablar excesivamente; dificultad para guardar el turno.
- B. Evitar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido; ser olvidadizo con las tareas diarias; dificultad para prestar atención a los detalles.
- C. Actuar como impulsado por un motor; correr y saltar en situaciones inapropiadas; inquietud constante; falta de autocontrol.

4) En el TDAH:

- A. La presencia de los síntomas determina su disfuncionalidad.
- B. Es la intensidad y la frecuencia de los síntomas respecto a su edad de desarrollo lo que determina su disfuncionalidad.
- C. Es la repercusión en el funcionamiento diario, la intensidad y la frecuencia de los síntomas respecto a su edad y el contexto lo que determina su disfuncionalidad.

5) ¿Cuáles de los siguientes trastornos se asocian al TDAH?

- A. Trastorno Disocial; Trastorno Negativista-Desafiante; Trastornos de Ansiedad; Trastornos específicos del aprendizaje; Trastornos Afectivos; Trastornos por Tics.
- B. Trastorno Negativista-Desafiante; Demencias.
- C. Dislexia; Trastornos por Abusos de Sustancias; Trastornos de la Personalidad.

6) El TDAH:

- A. Tiene un carácter crónico.
- B. Desaparece en la adolescencia.
- C. Desaparece en la edad adulta.

7) El TDAH es un trastorno que se inicia:

- A. En edades adultas.
- B. En edades intermedias.
- C. En edades tempranas.

8) Los menores con TDAH:

- A. Con frecuencia sufren alteraciones del lenguaje, lo que complica la comunicación con los adultos y compañeros, tales como interrupciones frecuentes y comentarios irrelevantes en conversaciones espontáneas; dificultades para hilvanar los temas e intercambiar opiniones; problemas para concretar, expresar y ajustar el lenguaje al tema y al oyente.
- B. Con frecuencia son muy emotivos y sensibles, dando la impresión de cierta inmadurez emocional. Presentan un nivel bajo de tolerancia a la frustración y poca capacidad para demorar las gratificaciones inmediatas, así como dificultad para planificar posibles soluciones ante problemas de la vida diaria.
- C. Las dos respuestas anteriores son ciertas.

9) El TDAH es más frecuente en:

- A. El género masculino.
- B. El género femenino.
- C. En ambos géneros por igual.

2.2. ETIOLOGÍA

10) El TDAH está ocasionado por un mal funcionamiento

- A. Anatómico.
- B. Neurobiológico.
- C. En la educación.

11) ¿Tiene el TDAH una base neurológica?

- A. Si
- B. No

12) ¿Sabe usted si hay relación casual demostrada entre el TDAH y anormalidades en alguna región cerebral concreta?

- A. Si
- B. No

13) *¿Con cuáles de las siguientes regiones del cerebro relacionan las investigaciones actuales el TDAH?*

- A. Región orbitofrontal.
- B. Corteza temporal.
- C. Corteza parietal.

14) *¿Qué neurotransmisores presentan una cantidad disminuida en ciertas regiones cerebrales de pacientes con TDAH?*

- A. Dopamina y norepinefrina.
- B. Serotonina y dopamina.
- C. Acetilcolina y serotonina.

15) *Existen múltiples causas del trastorno. En la actualidad se sabe que el trastorno tiene un carácter:*

- A. Hereditario.
- B. Social.
- C. Manipulativo por parte de los jóvenes.

2.3. DIAGNÓSTICO

16) *¿A quién acudiría primero si sospechara que un alumno/a suyo pudiera tener TDAH?*

- A. Padres
- B. Orientador/a Educativo
- C. Otros:

17) *¿Qué profesional opina usted que debería ser el primero en detectar un posible TDAH?*

- A. Médico/a de familia
- B. Psicólogo/a
- C. Pediatra
- D. Neuropediatra
- E. Profesor/a
- F. Orientador/a Educativo
- G. Otros:

18) ¿Cuáles de los siguientes criterios diagnósticos del TDAH son establecidos por el DSM-IV-TR?

- A. Los síntomas deben presentarse antes de los 7 años, darse en dos o más ambientes, interferir de forma significativa en la vida de la persona y no deberse a otros trastornos que puedan tener una sintomatología similar.
- B. Los síntomas deben presentarse antes de los 5 años, darse en dos o más ambientes, interferir de forma significativa en la vida de la persona y no deberse a otros trastornos que puedan tener una sintomatología similar.
- C. Los síntomas deben presentarse antes de los 7 años, darse al menos en un ambiente y no deberse a otros trastornos que puedan tener una sintomatología similar.

19) Indique la edad a partir de la cual es recomendable realizar el diagnóstico del TDAH?

- A. Un año
- B. 3 años
- C. 6 años
- D. 8 años

2.4. TRATAMIENTO

20) ¿Cuáles de los siguientes tratamientos no se emplean para el manejo del TDAH?

- A. Endocrino
- B. Asesoramiento familiar
- C. Psicoeducativo
- D. Farmacológico

21) ¿Cuáles de los siguientes fármacos se utilizan en el tratamiento del TDAH?

- A. Atomoxetina y Metilfenidato
- B. Haloperidol y Fluoxetina
- C. Clonazepam y Depakene

22) *El manejo de contingencias y el entrenamiento en autoinstrucciones son técnicas:*

- A. Farmacológicas.
- B. Entrenamiento a familias.
- C. Cognitivo-Conductuales.

23) *Para que un paciente de TDAH obtenga el máximo beneficio, es necesario un tratamiento:*

- A. Psicopedagógico.
- B. Farmacológico.
- C. Multimodal.

24) *¿Cree que es necesario el asesoramiento a familias para la mejora del manejo del TDAH?*

- A. Si
- B. No

25) *¿Qué institución opina usted que debería realizar el asesoramiento a familias?*

- A. Institución escolar
- B. Asociaciones específicas de TDAH.
- C. Centros de salud.
- D. Otros:

26) *¿Qué modalidad considera más adecuada para realizar asesoramiento a familias sobre TDAH?*

- A. Cursos formativos presenciales
- B. Folletos, guías para padres y madres
- C. Escuela de padres
- D. Otro:

2.5. CONSECUENCIAS

27) *¿Ha tenido algún alumno/a con TDAH en clase?*

- A. *Si*
- B. *No*

28) *En caso de contestar afirmativamente a la pregunta anterior, ¿cree que los síntomas del TDAH cambiaron su relación con el alumno/a?*

- A. *No*
- B. *Sí, mejoró.*
- C. *Sí, empeoró.*

29) *En caso de contestar afirmativamente a la pregunta 27 ¿ha afectado el TDAH del alumno/a a la dinámica de la clase?*

- A. *Sí, ha mejorado*
- B. *No, permanece igual*
- C. *Sí, ha empeorado*

30) *¿Cree usted que cuenta con un conocimiento suficiente sobre el TDAH?*

- A. *Si*
- B. *No*

31) *¿Cree que es necesario impartir formación específica sobre TDAH a los profesionales de la educación?*

- A. *Si*
- B. *No*

32) *¿Cree que un mayor conocimiento del TDAH mejoraría la comprensión y el manejo del TDAH del alumno/a?*

- A. *Si*
- B. *No*

33) *De una escala de 0 a 5, donde 0 es ningún valor y 5 es mucho valor
¿Cómo valora que se emprendan acciones formativas para los docentes
sobre el TDAH?*

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4
- F. 5

34) *Si se impartieran acciones formativas sobre el TDAH, ¿usted acudiría?*

- A. Sí, seguro.
- B. Es probable.
- C. Es poco probable.
- D. No
- E. NS/NC

35) *¿Qué ventajas cree que aportaría una formación específica del TDAH a los
docentes?*

36) *¿Cree que dicha formación debería proporcionarla el centro educativo?*

- A. Si
- B. No

37) *¿En qué formato cree que debería proporcionarse dicha formación?*

- A. Cursos presenciales
- B. Material informativo: libros, folletos, guías
- C. Jornadas
- D. Otros:

38) *Exponga algunas sugerencias que considere importantes para avanzar en
el conocimiento del TDAH.*

