

**PSICOLOGÍA y PEDAGOGÍA**

**Noemí ENCISO LAPARTE**

**CREENCIAS DE LOS/AS DOCENTES  
SOBRE EL TDAH**

**TFG/*GBL* 2015**

**upna**  
Universidad  
Pública de Navarra  
Nafarroako  
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

**Grado en Maestro de Educación Primaria /  
*Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua***



**Grado en Maestro en Educación Primaria**  
**Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua**

Trabajo Fin de Grado

Gradu Bukaerako Lana

***CREENCIAS DE LOS/AS DOCENTES SOBRE EL  
TDAH***

Noemí ENCISO LAPARTE

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**  
**NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

**Estudiante / Ikaslea**

Noemí ENCISO LAPARTE

**Título / Izenburua**

Creencias de los/as docentes sobre el TDAH

**Grado / Gradu**

Grado en Maestro en Educación Primaria / Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea  
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

María Jesús ÁLVAREZ URRIZELQUI

**Departamento / Saila**

Departamento de Psicología y Pedagogía/ Psikologia eta pedagogiaren saila

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2014/2015

**Semestre / Seihilekoa**

Primavera / Udaberrik

## Preámbulo

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por el Real Decreto 861/2010, establece en el Capítulo III, dedicado a las enseñanzas oficiales de Grado, que “estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un Trabajo Fin de Grado [...] El Trabajo Fin de Grado tendrá entre 6 y 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título”.

El Grado en Maestro en Educación Primaria por la Universidad Pública de Navarra tiene una extensión de 12 ECTS, según la memoria del título verificada por la ANECA. El título está regido por la *Orden ECI/3857/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria*; con la aplicación, con carácter subsidiario, del reglamento de Trabajos Fin de Grado, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad el 12 de marzo de 2013.

Todos los planes de estudios de Maestro en Educación Primaria se estructuran, según la Orden ECI/3857/2007, en tres grandes módulos: uno, *de formación básica*, donde se desarrollan los contenidos socio-psico-pedagógicos; otro, *didáctico y disciplinar*, que recoge los contenidos de las disciplinas y su didáctica; y, por último, *Practicum*, donde se describen las competencias que tendrán que adquirir los estudiantes del Grado en las prácticas escolares. En este último módulo, se enmarca el Trabajo Fin de Grado, que debe reflejar la formación adquirida a lo largo de todas las enseñanzas. Finalmente, dado que la Orden ECI/3857/2007 no concreta la distribución de los 240 ECTS necesarios para la obtención del Grado, las universidades tienen la facultad de determinar un número de créditos, estableciendo, en general, asignaturas de carácter optativo.

Así, en cumplimiento de la Orden ECI/3857/2007, es requisito necesario que en el Trabajo Fin de Grado el estudiante demuestre competencias relativas a los módulos de formación básica, didáctico-disciplinar y practicum, exigidas para todos los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria.

En este trabajo, el módulo *de formación básica* ha influido en diferentes capítulos del trabajo. Destacan los aprendizajes de instituciones educativas en referente a las normativas vigentes hasta el momento; habilidades comunicativas para el manejo de diversos programas; la asignatura de didáctica de las matemáticas para la elaboración de las tablas estadísticas y para la elaboración del trabajo en su computo, toda la rama referente a la psicología y pedagogía: bases psicológicas, desarrollo evolutivo y aprendizaje, diversidad y respuesta pedagógica, propuestas pedagógicas para una educación inclusiva, servicios de apoyo e investigación en pedagogía inclusiva y necesidades psicológicas en la escuela. Dichas asignaturas han permitido realizar el “marco conceptual” en el que se engloban diversos conocimientos en relación a un mismo tema.

El módulo *didáctico y disciplinar* se concreta en el marco teórico. Se reflexiona sobre conocimientos didácticos en torno a la enseñanza, concretamente, con el alumnado con TDAH en el ámbito educativo poniendo de manifiesto las líneas de actuación ante este alumnado, perfiles profesionales que intervienen en dicho ámbito y adaptaciones metodológicas necesarias en función de sus necesidades individuales.

Asimismo, el módulo *practicum* ha sido muy importante en el “marco empírico” ya que en el contexto de las prácticas he tenido la oportunidad de llevar a cabo una investigación sobre las creencias de los docentes en un tema que preocupa hoy en día en las aulas.

## RESUMEN

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) aparece en las aulas con frecuencia y genera dificultades educativas en aquellos alumnos que lo padecen. Cuanto más precoz sea la detección mayor será la evolución que tenga el alumno en cuanto a sus necesidades específicas de apoyo educativo. Se refleja la importancia de las creencias que tienen los docentes al respecto.

La primera parte del trabajo consta de una revisión teórica de los aspectos relevantes del TDAH: evolución y definición del concepto, síntomas principales, detección del TDAH, trastornos añadidos, métodos de tratamiento y el trastorno en el ámbito educativo.

En la segunda parte se presenta una investigación llevada a cabo en dos colegios de la comarca de Pamplona, uno público y otro concertado para analizar las creencias de los docentes acerca del TDAH.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); diagnóstico; comorbilidad; falta de atención; impulsividad; hiperactividad; autoinstrucciones.

## ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) appears frequently in the classrooms and it creates educational difficulties to the students who suffer it. The sooner it has been detected the larger and much more specific educational needs and support the student will have. Here is where the teachers' values are reflected with significance.

The first part of the assignment is made of a theoretical review of the most relevant aspects of ADHD: evolution and meaning of the concept, main symptoms, detection of ADHD, added disorders, ways of treatment and this disorder in the educational field.

The second part is an investigation made in two schools of Pamplona, one of them is public school and the other one is an independent school. Both with the objective of analyzing the teachers values involving the ADHD disease.

**KEY WORDS:** The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); diagnostic; comorbidity; disregard; impulsivity; hyperactivity; self-instruction.

## **RESUMÉ**

Le Trouble Déficitaire de L'attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) apparaît fréquemment dans les salles de classe et les difficultés scolaires générés dans ces étudiants qui le souffrent. Le plus tôt la détection, plus le progrès qui auront les étudiants dans leurs besoins spécifiques de soutien éducatif. Voici où les valeurs des enseignants se retrouvent avec une signification.

La première partie du travail consiste en un examen théorique des aspects pertinents de l'évolution de TDAH et la définition du concept, les principaux symptômes, la détection de TDAH, troubles ajoutée, méthodes de traitement et de perturbation dans l'éducation.

Dans la deuxième partie, on présente la recherche effectuée dans deux écoles dans le comté de Pampelune, l'un public et l'autre concerté pour analyser les croyances des enseignants sur le TDAH.

**MOTS-CLÉS:** Trouble Déficitaire de L'attention avec ou sans Hyperactivité ; les diagnoses ; la comorbidité; inattention ; l'impulsivité ; l'hyperactivité ; l'auto-instruction.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>2</b>
1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE TDAH.....	3
1.2 DEFINICIÓN DEL TDAH.....	6
1.3 SÍNTOMAS PRINCIPALES DEL TDAH.....	10
1.4 DETECCIÓN DEL TDAH .....	14
1.5 TRASTORNOS AÑADIDOS: COMORBILIDAD. ....	19
1.6 MÉTODOS DE TRATAMIENTO.....	21
1.7 EL TDAH EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.....	24
<b>2. LEGISLACIÓN .....</b>	<b>29</b>
<b>3. TRABAJO EMPÍRICO.....</b>	<b>34</b>
3.1 OBJETIVOS .....	34
3.2 HIPÓTESIS.....	34
3.3 METODOLOGÍA.....	35
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
4.1. DATOS ESTADÍSTICOS.....	40
4.2. DATOS DE PARTICIPANTES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES.....	42
4.3 ANÁLISIS DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO .....	47
4.4. APORTACIONES CUALITATIVAS DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES.....	57
<b>5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>69</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> EL TDAH EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES.....	13
<b>Tabla 2:</b> EVALUACIONES ORDENADAS SEGÚN NECESIDAD EN TDAH.....	15
<b>Tabla 3 :</b> GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TDAH.....	19
<b>Tabla 4 :</b> OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	34
<b>Tabla 5 :</b> HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	34
<b>Tabla 6 :</b> MUESTRA DE ESTUDIO.....	38
<b>Tabla 7 :</b> CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS EN FUNCIÓN DE 5 VARIABLES...	40
<b>Tabla 8 :</b> EDAD DE LOS PARTICIPANTES.....	41
<b>Tabla 9 :</b> POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	42
<b>Tabla 10 :</b> CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS EN FUNCIÓN DEL COLEGIO.....	42
<b>Tabla 11 :</b> RESULTADOS EN FUNCIÓN DEL GRADO.....	44
<b>Tabla 12:</b> RESULTADOS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.....	48
<b>Tabla 13 :</b> RESULTADOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CENTRO.....	49
<b>Tabla 14 :</b> RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.....	51
<b>Tabla 15:</b> RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LOS SUJETOS CON O SIN FORMACIÓN SOBRE TDAH	52
<b>Tabla 16 :</b> RESPUESTAS EN FUNCION DE MAYOR O MENOR NÚMERO DE 20 HORAS DE FORMACIÓN.....	53
<b>Tabla 17 :</b> RESPUESTAS EN FUNCIÓN DE MAYOR O MENOR NÚMERO DE 90 HORAS DE FORMACIÓN.....	55
<b>Tabla 18 :</b> RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA COMO DOCENTES.....	56

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> ÁREAS AFECTADAS POR EL HIERRO QUE ATRAVESÓ EL CRÁNEO DE PHINEAS GAGE.....	5
<b>Figura 2:</b> INFLUENCIA DE GÉNERO EN TDAH.....	7
<b>Figura 3:</b> PROTOCOLO DE COORDINACIÓN FRENTE AL TDAH.....	18
<b>Figura 4:</b> ESQUEMA DE AUTOINSTRUCCIONES.....	27
<b>Figura 5:</b> PERFIL DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.....	43
<b>Figura 6:</b> PORCENTAJE DE HOMBRES Y DE MUJERES EN CADA CENTRO.....	43
<b>Figura 7:</b> EDAD DE LOS PARTICIPANTES DE LUÍS AMIGÓ.....	45
<b>Figura 8:</b> EDAD DE LOS PARTICIPANTES DE JOSÉ MARÍA DE HUARTE.....	45
<b>Figura 9:</b> AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS PARTICIPANTES DEL COLEGIO CONCERTADO.....	46
<b>Figura 10:</b> AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS PARTICIPANTES DEL COLEGIO PÚBLICO.....	46



## INTRODUCCIÓN

El tema escogido para la realización del Trabajo de Fin de Grado gira en torno a las creencias que tienen los docentes sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), un trastorno con una alta prevalencia en los centros educativos. Al no contar con marcadores biológicos del déficit, la valoración de la conducta del alumno por parte del entorno es clave para el diagnóstico. Por ello, resulta importante explorar cuál es la percepción de los docentes sobre estos alumnos y hasta qué punto sus creencias pueden estar influidas por variables como el género, la experiencia laboral o la formación recibida.

En la primera parte del trabajo se presenta una parte teórica en la que se profundiza en algunos aspectos como la conceptualización del TDAH, las características que tiene el alumnado, las causas del trastorno, cómo se diagnostica así como su tratamiento y repercusiones en el aula.

En la segunda parte, se realiza un estudio sobre las creencias de los docentes en dos colegios de la comarca de Pamplona: un colegio público y otro concertado, para ver posibles diferencias a partir de seis variables: el género de los docentes, el ciclo en el que trabajan, el tipo de centro, edad y años de experiencia, así como la formación recibida.

La elaboración de este trabajo ha supuesto un proceso formativo y enriquecedor que engloba una parte de los conocimientos adquiridos durante el periodo universitario referentes a la Psicología y Pedagogía.

Para cumplir con la Ley de Derechos Civiles de 1964, el uso del masculino se utiliza de forma genérica para referirse a ambos sexos.

## **1. MARCO CONCEPTUAL**

Para poder definir un trastorno hay que tener en cuenta las características que posee. En este caso, las del Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad, están situadas en la cuarta edición del DSM-IV (1994) la cual tuvo que ser revisada en 2002 pasando a denominarse DSM-IV-TR y, además, en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En el primero de ellos junto con su revisión, el Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad se encuentra dentro del primer apartado en los que se clasifica: trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia y, dentro del mismo, en el de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. En la CIE-10 se le denomina trastorno de la actividad y la atención situado en el grupo de trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, concretamente, trastornos hipercinéticos.

## 1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE TDAH

Algunas de las primeras descripciones semejantes a lo que conocemos hoy en día como Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, aparecen en las publicaciones de un médico alemán, Heinrich Hoffmann, autor de poemas infantiles en los que, en algunos de ellos, predominaba la hiperactividad y la impulsividad, y en otros, la falta de atención. Se basó en su hijo al que concebía como un niño “intranquilo o inquieto” (Quintero Gutiérrez del Álamo, Correas Lauffer, Quintero Lumbreras, 2009, p. 7). En definitiva, este autor estaba poniendo de manifiesto los tres síntomas principales que recoge, actualmente, el cuarto manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR): impulsividad, falta de atención e hiperactividad. Un abordaje más científico se recoge en el trabajo de George Frederick Still en 1902, que “estuvo investigando la ocurrencia de defectos del control moral como una condición mórbida en niños” (F.J. Quintero Gutiérrez del Álamo et al, 2009, p.8). Con la investigación llegó a la conclusión de que había determinados síntomas que coincidían, hoy en día, con las características de un niño con TDAH denominándolo como “defecto de control moral”, es decir, problemas para auto controlarse. Además, Still consideraba que había una predisposición biológica por lo que creía conveniente excluir a aquellos que procedían de familias desfavorables.

Es en los primeros años del siglo XX cuando se relaciona que la disfunción cerebral viene ligada a la hiperactividad. Strauss y Lethinen (1947) consideraban que la hiperactividad venía provocada por una lesión cerebral ajena a la genética del sujeto y que, además, venían incluidos otros síntomas fundamentales como la impulsividad, atención escasa o dificultad en la percepción entre otros. Con ello, en 1968, fue incluido por primera vez en las clasificaciones internacionales de enfermedades con la denominación de trastorno hiperkinético.

Poco después vuelve a cambiar la panorámica cuando Virginia Douglas, en los años setenta y tras sus propias investigaciones, defiende que la deficiencia de los niños viene dada por la incapacidad para mantener la atención así como la impulsividad que tienen para responder ante un estímulo y no por el excesivo grado de actividad. La dimensión cognitiva vuelve a las concepciones mencionadas de Still, que señalaba una incapacidad para adecuarse a las demandas sociales. La posición defendida por

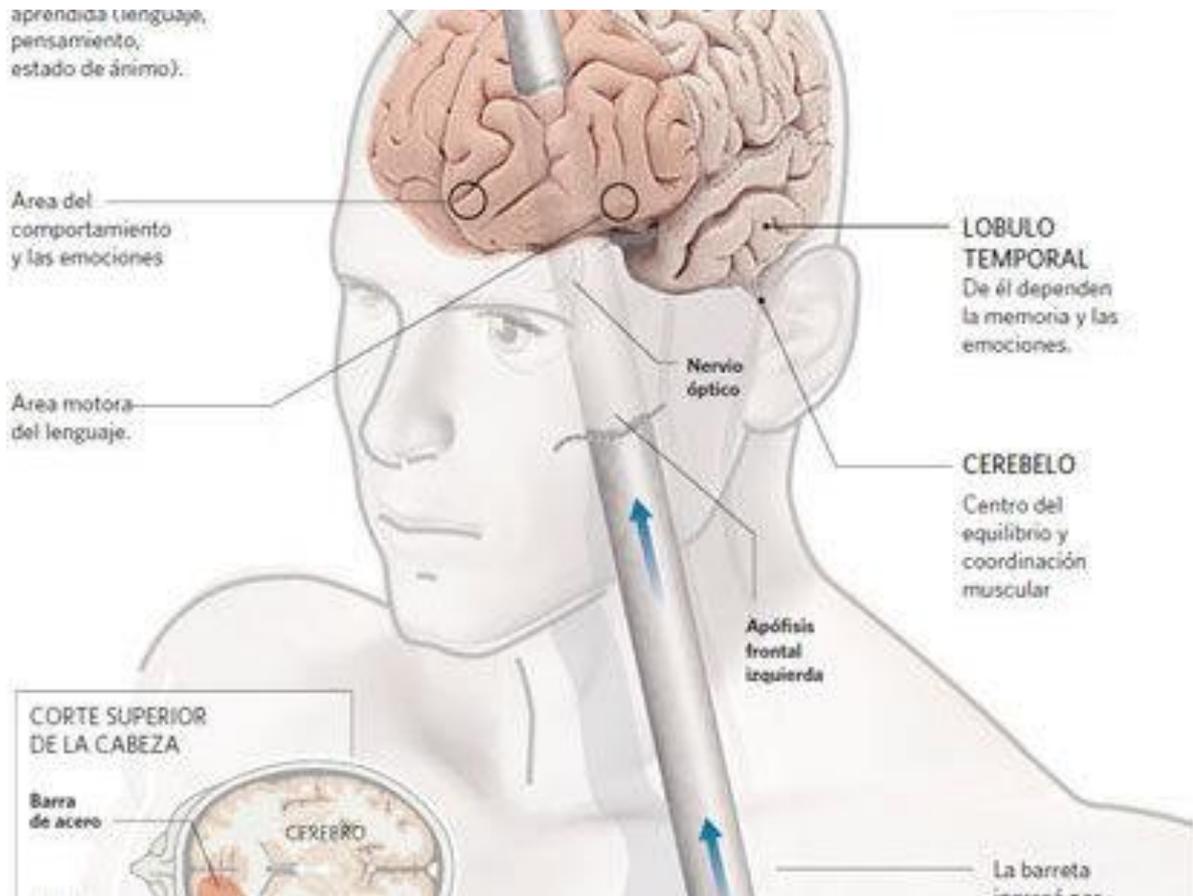
Douglas provocó un cambio en la denominación en el DSM III (1980), que pasó a llamarse déficit de atención. No obstante, el foco que tenía la atención como elemento básico de un subtipo del trastorno, desapareció en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Finalmente, debido a la revisión del *Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales* (DSM-IV- TR) en 1994, pasó a llamarse “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” incluido en el grupo de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, concretamente, en trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador junto con el trastorno disocial y el negativista desafiante.

Los sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales en las que se basa hoy en día el TDAH se caracteriza por un predominio de hiperactividad, impulsividad y desatención pudiendo padecer, según el DSM V, diferentes grados en función de los síntomas presentes en el sujeto: grado leve, moderado o severo.

## CASO DE PHINEAS GAGE

Phineas Gage fue un capataz que trabajaba en la construcción de una línea de ferrocarril. En 1848 sufrió un grave accidente a causa de cometer un error en su rutina de trabajo: su labor consistía en colocar explosivos en los huecos de las rocas perforadas pero ese día alteró dos de los pasos a seguir. Como consecuencia, provocó un estallido en el que una barra de metal llegó a la cabeza de Phineas Gage atravesando su cráneo. Desde ese momento, aquella persona a la que se le consideraba bondadoso y amable, pasó a ser caprichoso e infantil.

A partir de la historia de Phineas Gage, se llegó a la conclusión de que una lesión en el lóbulo frontal del cerebro, puede generar alteraciones en la personalidad, emociones y en la interacción social.



**Figura 1.** Áreas afectadas por el hierro que atravesó el cráneo de Phineas Gage. Disponible en [http://www.clarin.com/sociedad/Estudian-cerebro-hombre-perforado-hierro\\_0\\_737326375.html](http://www.clarin.com/sociedad/Estudian-cerebro-hombre-perforado-hierro_0_737326375.html)

## 1.2 DEFINICIÓN DEL TDAH

No hay una única definición sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Del desarrollo de la investigación se llega al acuerdo de que el TDAH se caracteriza por una impulsividad, hiperactividad y déficit de atención. Es un tema muy estudiado, desde diferentes enfoques, sin que se haya alcanzado un consenso en la comunidad científica.

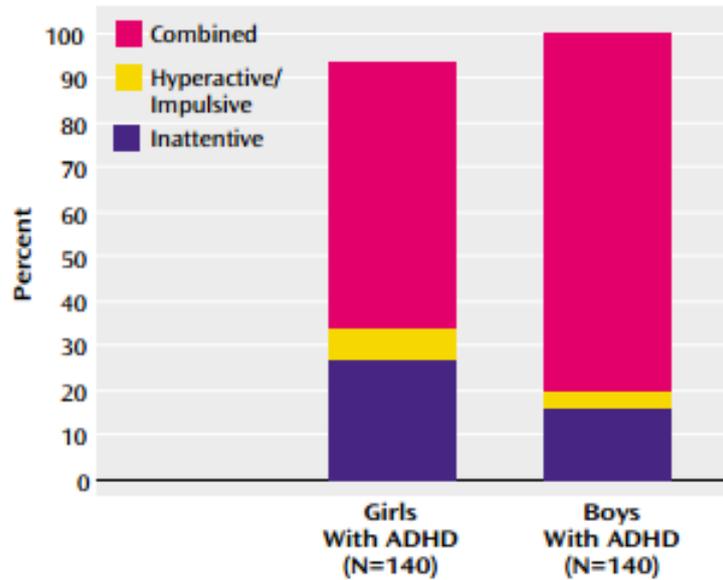
Para Barkley (Revisión neurológica, 2005, p.358) “el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), probablemente, y dejando al margen las discapacidades psíquicas, sea el trastorno psicopatológico de mayor impacto en el desarrollo y en la vida del niño...”.

Según menciona Pascual-Castroviejo (2009, p.1) el TDAH es “un cuadro de comienzo temprano, de alta prevalencia en su expresión comportamental, con etiologías genética, medioambiental y biológica, que persiste a través de la adolescencia y de la edad adulta en una gran mayoría de las personas (de ambos sexos) afectadas”

F.J. Quintero Lumbreras (2008) considera el trastorno por déficit de atención un problema psiquiátrico importante que afectan a los niños en edad escolar.

Se trata de un trastorno que se inicia en la infancia y, a pesar de que se considera que su origen es de tipo neurobiológico, no se conocen las causas del mismo. Se cree que puede derivarse de un alto contenido genético y que afecta, según el DSM-IV-TR, a un 3-7% de la población escolar (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010).

Hasta ahora, se creía que el trastorno era más frecuente en niños que en niñas (una relación de 4:1) ya que, según Alicia Díaz et al (2013), en los varones los problemas de hiperactividad son más marcados mientras que en las mujeres predominan problemas de atención. Sin embargo, investigaciones recientes están corrigiendo estos datos y hacen referencia a resultados opuestos (Montiel-Nava et al., 2002 citado en Alicia Díaz et al (2013). El Ministerio de Sanidad (2010) refuerza que las chicas tienen mayor tendencia a presentar inatención mientras que en los chicos predomina la hiperactividad e impulsividad.



**Figura 2.** *Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity. Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic, p. 38*

Según se recoge en el trabajo de Biederman et al. (2002) y apoyado en un soporte gráfico (figura 2) cabe destacar que no solo ha existido un único tipo de TDAH:

El subtipo *combinado* (TDAH-C), representado de color rosa, se presenta en mayor porcentaje en niños que en niñas, siendo aproximadamente un 80% en hombres frente a un 65% en mujeres. El subtipo *inatento* (TDAH-DA), en color morado, claramente es mayor en chicas (25%) que en chicos (15%) y, finalmente, el subtipo *hiperactivo-impulsivo* (TDAH-HI), reflejado en amarillo, presenta muy poca diferencia entre ambos sexos (5% frente a un 40%).

Desde 1994 la clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad incluye tres subtipos: uno en el que el predominio es atencional, otro con predominio de hiperactividad/impulsividad y el más numeroso, el que combina el déficit de atención con la hiperactividad.

Las personas con TDAH manifiestan desde edades tempranas problemas relacionados con el control de la conducta. Es decir, tienen dificultades para la regulación de su comportamiento, para manejar su pensamiento y para controlar la influencia de estímulos externos.

En edades tempranas como en Educación Infantil donde las clases son participativas, dinámicas y motivadoras, no se puede identificar fácilmente a aquellas personas con

TDAH ya que, en esas edades, es frecuente una inquietud por observar el mundo, la cual le lleva a distraerse con facilidad ante estímulos diversos del entorno. En esta etapa, se suele dar la alerta en caso de que haya un alto nivel de hiperactividad o impulsividad, pasando por alto los problemas de atención. En los tres primeros años de Educación Primaria, se puede percibir este trastorno al tener severos problemas en el aprendizaje de la lectura y la escritura. En los últimos cursos de la misma etapa, el niño con TDAH ejerce un control en su hiperactividad motriz modificando el levantarse constantemente de la silla por jugar en su pupitre con cualquier objeto o dibujar en la mesa, por ejemplo. Con todo ello, cabe destacar que conforme aumenta la edad de los niños, disminuye la sintomatología motora mientras que la sintomatología de tipo cognitivo-atencional tiende a mantenerse (Alicia Díaz et al, 2013). Por lo tanto, se trata de un trastorno que no tiene cura aunque sí hay un cambio en las características que padecen.

No existe un único factor que explique el TDAH, sin embargo, en la literatura científica se mencionan diversos factores que pueden influir en la aparición de dicho trastorno de los cuales destaco:

*Funcionamiento biológico:* en un principio, se consideraba que la hiperactividad venía dada por una lesión cerebral. No obstante la mayoría de los niños, en investigaciones posteriores, no padecían ningún daño cerebral aunque se identifica un funcionamiento diferente en la zona frontal. Hay profesionales que sostienen la posibilidad de un desequilibrio o déficit de la sustancia que transmite los mensajes neurosensoriales: dopamina.

*Neurotransmisores:* aquellos con mayor implicación son la norepinefrina, la dopamina y la serotonina que actúan para el funcionamiento de las áreas frontales del cerebro. Un individuo, al concentrarse, libera neurotransmisores adicionales para poder centrarnos en un determinado estímulo y evadir otros. Las personas con TDA, presentan un déficit de estos neurotransmisores.

*Genética:* se ha llegado a verificar que hay mayor probabilidad que un niño con TDAH tenga algún familiar con el mismo trastorno, es decir, el TDAH se puede dar por transmisión genética.

*Dieta:* a pesar de no ser apoyadas, hay teorías que sostienen que los hábitos alimenticios están relacionadas a los síntomas del trastorno del déficit de atención con hiperactividad.

Además de las anteriormente mencionadas, puede darse este trastorno ante problemas de factores ambientales como un caso de prematuridad o el consumo de productos tóxicos o inadecuados durante la gestación, entre otros.

En definitiva, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un trastorno del desarrollo neurológico infantil que se caracteriza por la presencia persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad (Bará-Jimenez, Vicuña, Pineda & Henao, 2003, citado en González, R., Bakker, L. & Rubuales, J. (2014)) provocado por un desequilibrio entre dos neurotransmisores cerebrales, la noradrenalina y la dopamina, que afectan directamente a aquellas áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado.

### 1.3 SÍNTOMAS PRINCIPALES DEL TDAH

Los niños con TDAH presentan unas manifestaciones que destacan respecto al resto de niños, como es el caso de la inquietud. El procedimiento que se utiliza para identificar el trastorno se basa en la referencia de los criterios del DSM-IV-TR acerca del mismo. En este caso, y según como se refleja en el artículo de Pascual-Castroviejo (2008), el diagnóstico requiere evidencia de los tres signos fundamentales del síndrome:

*Déficit de atención* → debe haber una persistencia de, al menos, seis meses con un nivel elevado de intensidad en seis o más de los síntomas que se indican a continuación:

- No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, el trabajo u otras actividades.
- Tiene dificultad para sostener la atención en las actividades.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue las instrucciones que se le establece y no finaliza tareas escolares.
- Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evita, no le gusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej, juguetes, ejercicios escolares o libros).
- Se distrae fácilmente ante estímulos externos o irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.

*Hiperactividad e Impulsividad* → persistencia de seis de los siguientes síntomas como mínimo de seis meses:

*Hiperactividad:*

- Es intranquilo, mueve en exceso las manos o los pies.
- Se levanta del asiento cuando debería permanecer sentado.
- Va de un sitio a otro en situaciones en las que debería estar quieto.
- Tiene dificultades para jugar sosegadamente.
- Actúa como si “estuviera movido por un motor”.

- Habla excesivamente.

*Impulsividad:*

- Contesta las preguntas antes de serle formuladas
- Tiene dificultades para esperar su turno
- Interrumpe o molesta a sus compañeros.

El DSM IV destaca también que algunos de los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años y en dos o más contextos de su vida cotidiana como puede ser, por ejemplo, en el colegio y en actividades extra escolares. Por otro lado, esos síntomas tienen que causar un deterioro funcional. Sin embargo, hay algunos cambios en el DSM-V para el diagnóstico del TDAH: los síntomas pueden ocurrir antes de los 12 años y algunos síntomas necesitan presentarse en más de un solo entorno en vez de solo algunas limitaciones en más de un entorno.

El otro sistema de clasificación que se utiliza es la CIE-10 que varía un poco en cuanto a los síntomas:

**DESATENCIÓN**

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
- Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
- Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

## HIPERACTIVIDAD

- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
- Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
- Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

## IMPULSIVIDAD

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
- Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

En este caso deben cumplirse seis de los síntomas de Desatención, tres de los de Hiperactividad y uno de Impulsividad presentándose, además, antes de los 7 años dándose en dos o más contextos de la vida del niño.

La detección debe darse lo antes posible ya que cuanto más precoz sea, antes se podrá intervenir con un tratamiento adecuado que influirá, de forma positiva, en la vida y evolución del niño/a así como de los que le rodean.

Ambos sistemas diagnósticos muestran coincidencias en relación a las características del TDAH como es el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. No obstante, hay pequeñas diferencias entre ambos sistemas de clasificación en la que la CIE-10 no comparte con el DSM-IV-TR la presencia de ansiedad o alteraciones en el estado de ánimo como criterio de exclusión diagnóstico.

**Tabla 1:** Elaboración propia a partir de Segura, A. B. J. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE 10, DSM IV–R y CFTMEA–R 2000). *Norte de Salud mental*, 8(35).

DSM – IV- Tr	DSM-V	CIE-10
<p><b>TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</li> <li>▪ tipo Combinado.</li> <li>▪ TDAH tipo predominio del Déficit de Atención.</li> <li>▪ TDAH tipo predominio Hiperactivo-Impulsivo.</li> <li>▪ Trastorno Disocial ( de inicio en infancia o adolescencia)</li> <li>▪ Trastorno Negativista Desafiante.</li> <li>▪ Trastorno de Comportamiento Perturbador no Especificado.</li> </ul>	<p><b>*Trastorno por déficit de atención/hiperactividad*</b></p>	<p><b>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos hipercinéticos .</li> <li>▪ Trastornos disociales.</li> <li>▪ Trastornos mixtos disociales y de las emociones</li> <li>▪ Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia.</li> <li>▪ Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.</li> <li>▪ Trastornos de tics</li> <li>▪ Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.</li> </ul>
<p><b>OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA</b></p>		

#### 1.4 DETECCIÓN DEL TDAH

Para que haya una sospecha de que un niño presente el trastorno, la sintomatología que causa alguna alteración debe darse, según el DSM-IV, antes de los 7 años de edad y en dos o más ambientes (casa, escuela, actividades extra escolares...). Además debe interferir con las actividades sociales y académicas del niño o niña. (Martínez-León, 2006 citado en González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014).

Según una publicación mensual multidisciplinaria al servicio de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Edición nº 10, Miércoles, 19 de junio de 2013), se amplía el rango de edad de los 7 a los 12 años para poder observar los síntomas y diagnosticar el trastorno. Además, recalca que los criterios clínicos para el diagnóstico no han cambiado con respecto al DSM-IV, pero sí se especifican situaciones para detectar el TDAH en edad adulta.

La sección 3 de Esperón, C. S (2008) *Convivir con niños y adolescentes con trastornos por déficit de atención e hiperactividad* trata el diagnóstico del TDAH. En primer lugar, menciona que una detección precoz de un diagnóstico previene las complicaciones que un niño con TDAH pueda padecer. Posteriormente, se fundamenta en que un médico especialista debe mantener una entrevista tanto con los padres o tutores del niño como con el sujeto afectado. Además, toda la información extra que se pueda conseguir a través de aquellos adultos que se relacionen con el niño en la vida diaria puede aportar mejorar la evaluación del niño.

En la siguiente tabla aparece las evaluaciones ordenadas según necesidad que Vicario, M. I. H, & Esperón, C. S. realizaron en un artículo:

**Tabla 2:** Evaluaciones ordenadas según necesidad en TDAH. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (1996) p.9.*

---

### **1. Imprescindible**

---

- Entrevista con los padres
- Entrevista y evaluación del niño
- Información de los profesores, entrenador, tutora...(ambiente escolar)
- Uso de criterios DSM-IV o CIE-10.
- Cuestionarios de TDAH.

#### **Evaluación del Cociente Intelectual (CI)**

- Descartar problemas médicos (pruebas de visión y audición, etc.
- 

### **2. Muy recomendable**

- Test de atención.
  - Diferencia entre C.I verbal y manipulativo.
- 

### **3. Recomendable**

- Evaluación pedagógica y pruebas de aprendizaje
  - Analítica general
- 

### **4. Necesarias si se sospecha otro problema**

- Electograma (EEG)
  - Resonancia Magnética Cerebral
  - Análisis genético
- 

### **5. Innecesario (y por lo tanto contraindicado)**

- Lateralidad cruzada
  - Pruebas de alergias alimentarias
  - Pruebas de reeducación auditiva.
-

El TDAH es un trastorno, una dificultad y, a menudo, un obstáculo para aprender o relacionarse con los demás (Barkley, 1999) citado en María José Martínez Segura en *características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*.

La falta de inhibición conductual es uno de los focos que prevalece en niños con TDAH, del cual pueden desencadenar el resto de dificultades y que ocasiona problemas en el aprendizaje escolar y en las relaciones interpersonales.

La falta de control en las funciones ejecutivas provoca a estos niños saltarse las normas ya que no son capaces de controlar sus acciones, interrumpen conversaciones, tienen dificultades para guardar turno al hablar, actúan de forma impulsiva o no siguen instrucciones si son largas y poco claras.

Según Orjales (2007) son cuatro las funciones ejecutivas que estarían alteradas personas con TDAH:

*La acción de la memoria de trabajo:* memoria de trabajo no verbal. “Son imágenes visuales del pasado que utilizamos en nuestra mente para guiarnos” (Barkley, 2008, p.1), es decir, permite la retención de la información para que se utilice una vez que el estímulo ha desaparecido.

*El habla auto dirigida o encubierta:* memoria de trabajo verbal en el que Barkley (2008, p.1) hace referencia a “la voz de la mente”.

*El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta* es “la tendencia que tienen los sujetos con TDAH a manifestar todas sus emociones” (Orjales, 2007, p.20).

*El proceso de reconstitución* que trata de crear soluciones posibles ante los problemas generados.

Orjales (2007, p.20) afirma que “el diagnóstico del TDAH exige un abordaje multidisciplinar, el conocimiento muy a fondo del paciente, de la evolución de los síntomas a lo largo de su vida, de los antecedentes familiares, de su situación concreta y del nivel de desadaptación que presenta”. Sin embargo, en muchas ocasiones se puede tener una cierta noción de si un niño puede presentar dicho diagnóstico observándole en su día a día. Este puede ser el caso de los docentes o de la propia familia aunque ellos no pueden diagnosticarlo definitivamente sino que debe ser derivado a especialistas.

Actualmente, son dos los sistemas de clasificación internacionales que hay para el diagnóstico de un trastorno o enfermedad (Ministerio de Sanidad, 2010). En un primer lugar, está el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y, en segundo lugar, el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE – 10). Generalmente, una vez que se sospeche en cualquier ámbito que un niño pueda tener TDAH, deberán llevar a cabo un protocolo de derivación en el que se le realice algunas pruebas que verifiquen o denieguen dicha sospecha.

El objetivo de todo profesional es detectar lo antes posible a las personas con TDAH. Estudios recientes han demostrado que sin tratamiento el TDA o el TDAH perdura hasta la edad adulta. En cualquier caso, para diagnosticar con precisión se requiere una evaluación llevada a cabo por un equipo multidisciplinario que comienza con la colaboración del docente. Según se presenta en la ilustración 2, va a ser detectado por personas próximas al niño/a: familia, especialistas o docentes los cuales son considerados fuentes de información valiosa (Barkley, 1990). Una vez se crea que puede haber algún trastorno en el niño se derivará al orientador educativo para poder realizar una primera evaluación a través de una observación en el aula o entrevistas tanto con la familia como con el profesorado. En caso de cumplir requisitos de TDAH se deriva al orientador quien le realiza escalas específicas de TDAH y evalúa su rendimiento académico. En caso de que la persona especialista sospeche un posible caso de TDAH, lo derivará a los Servicios Sanitarios donde se le evaluará el nivel de competencia curricular, el estilo de aprendizaje y, en su caso, se realizarán las adaptaciones necesarias. Si no cumple los posibles criterios de TDAH se valorará otra posible problemática decidiendo si presenta o no necesidad específica de apoyo educativo.

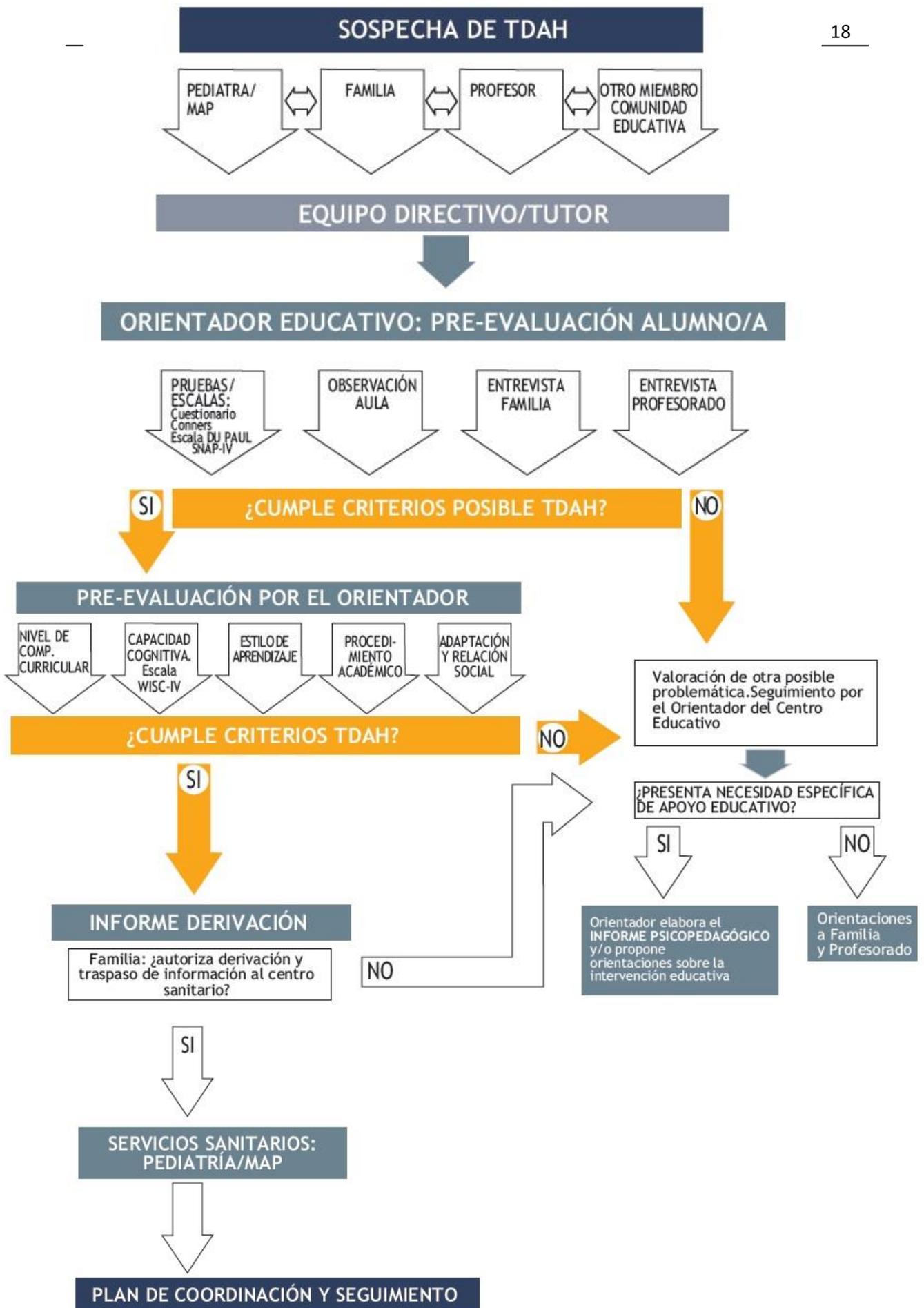


Figura 3. Protocolo de coordinación frente al TDAH de Castilla y León (2011)

### 1.5 TRASTORNOS AÑADIDOS: COMORBILIDAD.

El trastorno por déficit de atención, generalmente, no cursa en estado puro, sino que los niños con TDAH suelen presentar otros trastornos asociados de distinta naturaleza además de afectar al desarrollo emocional, social y académico. Uno de ellos, y el más frecuente, es el trastorno disruptivo en el que se encuentra el trastorno negativista desafiante creando conductas contrarias a las ordenadas y el trastorno de conducta. Como indica Hidalgo (2007): más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad y el 60% tienen al menos dos comorbididades.

**Tabla 3:** *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: Ministerio de Sanidad, 2010, p.57-58*

TRASTORNO	TASA APROXIMADA EN NIÑOS CON TDAH
<b>Trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura, del cálculo)</b>	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo.
<b>Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (TDCM)/ retraso de la coordinación motora</b>	El 47% cumplen criterios de TDCM/ el 52% tienen retraso de la coordinación motora
<b>Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos (pragmáticos)</b>	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10-54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas
<b>Trastornos generalizados del desarrollo</b>	Hasta el 26% de los niños con trastorno generalizado del desarrollo pueden presentar TDAH tipo combinado
<b>Trastorno negativista desafiante</b>	Entre el 40 y el 60%
<b>Trastorno disocial</b>	14.3%
<b>Trastorno de tics/síndrome de Tourette</b>	10.9%
<b>Trastorno por abuso de sustancias</b>	En la adolescencia el riesgo es 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial
<b>Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/trastorno bipolar</b>	3.8%/2.2%
<b>Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)</b>	Entre el 25 y el 35%
<b>Trastorno del sueño</b>	Entre el 30 y el 60%

---

*Trastorno del desarrollo de la coordinación motora:* el desarrollo psicomotor de muchos de los niños hiperactivos suele ser deficiente y como consecuencia suelen presentar movimientos rígidos. Además, es frecuente encontrar en un cuaderno de estos niños letras irregulares o tachones ya que presentan problemas en la coordinación motora y en la escritura.

*Trastorno negativista desafiante:* generalmente, nos encontramos ante niños irascibles o resentidos dados por una frustración constante derivado tanto del hogar como del centro escolar.

*Trastornos afectivos:* incluyen la depresión y la ansiedad. Dado el constante esfuerzo que emplean para la realización de una tarea y observar un resultado no deseado genera, en los niños un sentimiento de fracaso. En niños hiperactivos, además, genera una percepción negativa de sí mismo que conlleva a una baja autoestima.

*Trastorno de aprendizaje:* manifiestan dificultades en la lectura, escritura o razonamiento y puede repercutir notablemente en su autoestima y, como consecuencia, en su dinámica de comportamiento.

*Trastornos del desarrollo del habla:* dificultad en producir oraciones complejas, recordar palabras o adquirir un vocabulario acorde a su edad.

*Trastorno generalizado del desarrollo:* presenta una perturbación en áreas del desarrollo, sobre todo, en áreas de comunicación y comportamiento en las que están afectadas las habilidades de interacción social y de la comunicación.

*Trastorno disocial:* se caracteriza por un modelo de comportamiento reiterado en el que se violan los derechos básicos de sus compañeros. Por lo general, implica una participación consciente que involucra un conflicto con las relaciones en sociedad. Puede darse agresiones a otras personas o animales, dañar la propiedad de otros, robar o violar gravemente las normas. Como consecuencia de ello, provoca un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

*Síndrome de Tourette:* relacionándolo con el TDAH los niños suelen presentar tics y conductas compulsivas pudiendo llegar a constituir el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

## 1.6 MÉTODOS DE TRATAMIENTO

El tratamiento que ha demostrado mayor efectividad ante este trastorno ha sido el tratamiento multidisciplinar o multimodal que consiste en la combinación simultánea de tres tratamientos:

*Tratamiento psicológico* → trata de informar a las familias, docentes y al propio niño sobre qué es el TDAH, las estrategias que se pueden emplear para manejar dicha conducta, mejorar la comunicación o incluso estrategias de autocontrol.

*Tratamiento farmacológico* → el objetivo principal de este tratamiento es reducir los síntomas característicos de este trastorno.

*Tratamiento psicopedagógico* → procura comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje junto con sus habilidades en diferentes situaciones e intervenir de manera satisfactoria para mejorar en esos ámbitos. Es útil para valorar tanto las dificultades como el estilo de aprendizaje que tiene el niño.

El tratamiento psicológico se basa en los principios que tiene la terapia cognitivo conductual. Ésta, trata de detectar aquellos factores que retroalimentan la conducta inadecuada para que, a través de observaciones y registros, se lleve a cabo un sistema de contingencias como el coste de respuesta, el tiempo fuera, el castigo o la extinción, con el propósito de reducir o eliminarlas las conductas inadecuadas. Además, hay un entrenamiento para padres en el que aparte de dar la información necesaria para sobre llevar dicho trastorno, se les da técnicas de modificación de conductas para mejorar el manejo de sus hijos. Por otro lado, hay un entrenamiento en habilidades sociales dado que niños con TDAH suelen tener problemas de relación tanto a nivel familiar como entre iguales. En último lugar, engloba una terapia cognitiva al niño teniendo como objetivo sustituir unas conductas desadaptativas por otras más adecuadas.

Desde este punto de vista y según Pascual-Castroviejo (2008), hay que saber qué fármaco administrar a cada persona, ya que las sustancias estimulantes suelen calmar a las personas y que las tranquilizantes, les genera más nerviosismo. Este tratamiento se basa en la ingestión de un medicamento, generalmente, el metilfenidato para reducir los tres síntomas característicos en el TDAH. Al parecer, actúa sobre la corteza

prefrontal del Sistema Nervioso Central, la cual es responsable de los síntomas atencionales. Estudios realizados por Volkow, et al (2004), plantean que este medicamento aumenta las concentraciones de noradrenalina y dopamina que hay en la corteza frontal así como en las regiones subcorticales que están asociadas tanto con la motivación como con la recompensa. En caso de que dicho medicamento no sea tan efectivo como lo esperado, existen otras alternativas como sustancias antiobsesivas como la risperidona o la atomoxetina, primer fármaco no psicoestimulante aprobado para el tratamiento del TDAH que actúa fundamentalmente en regiones de la corteza sin actuar en regiones subcorticales. Se suele recomendar esta última en personas con riesgo de abuso, tics, ansiedad comórbida o trastorno del sueño. No obstante, la decisión debe tomarla el especialista junto con la familia y se debe iniciar con dosis bajas para ir aumentando paulatinamente.

Por otro lado, hay estudios que han recalcado una mejora en el ámbito académico gracias al tratamiento psicopedagógico. Éste, se encarga de prevenir trastornos o modificar procesos de aprendizaje. Para ello, es imprescindible la formación de los docentes que son los que mayor tiempo pasan con los niños. Es recomendable que los docentes reciban formación que les capacite para la detección de señales de alerta del TDAH y para el manejo del TDAH en niños y adolescentes en la escuela (Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad en Niños y Adolescentes, 2010)

Una detección temprana de alguno de los síntomas anteriormente citados permite llevar a cabo un tratamiento mucho más efectivo en niños/as con TDAH. Dicho tratamiento debe establecerse desde una perspectiva multidisciplinar, llevado a cabo por los tres tipos de intervenciones previamente mencionados.

Intervención educativa y familiar:

Barkley (1999) menciona que para satisfacer las necesidades generales de aquellos niños con TDAH en el aula hay que tener en cuenta una serie de principios de actuación:

- Toda instrucción debe ser lo más clara y concisa posible.
- Toda instrucción oral debe ser acompañada por soportes gráficos
- Dar de forma rápida e inmediata tanto los premios como los castigos correspondientes.
- Proporcionar al niño con TDAH frecuentes refuerzos por respetar las normas.
- Utilizar un sistema de puntos a lo largo del curso cambiando las recompensas.

Nueve años más tarde, el mismo autor propuso una intervención en la escuela (2008) en la que comenta que los docentes deben centrarse en las dos primeras semanas de la escuela ya que estos niños realizan mejor sus tareas al inicio de curso, cuando las situaciones son más novedosas. Además, debe cambiar la demanda para niños con TDAH, reduciéndoles la duración de la tarea o darle lo mismo pero por partes. Por otra parte, la ubicación del niño en el aula debe ser en la primera fila, cerca de la mesa del docente. En cuanto al trabajo realizado, se debe puntuar por si lo ha finalizado y no por su exactitud o crearle cuadernos con etiquetas para mejorar su organización, entre otros.

## 1.7 EL TDAH EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

La respuesta educativa depende de las diversas formas de aprender, incorporando medidas organizativas y metodológicas.

### 1.7.1 LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Un alumno con TDAH en un centro educativo presenta mayores problemas que un alumno sin TDAH ya que tienen mayor dificultad para recordar lo que han ido aprendiendo o expresar con sus palabras los conocimientos de forma estructurada. Por todo ello, es recomendable hacer uso de una agenda dado que una de las dificultades más relevantes de un alumno con TDAH es la organización y planificación. Además, es necesaria una coordinación entre el ámbito escolar y el familiar.

Es frecuente que estos alumnos tengan un comportamiento disruptivo en el aula, ante el cual, el docente debe hacer frente. Una línea de actuación podría ser aplicar técnicas de modificación de conducta para aumentar las conductas deseadas y, como consecuencia, reducir las conductas no deseadas. Esto se consigue a través del tiempo fuera, refuerzo positivo, extinción o coste de respuesta. Hay que tener en cuenta que pueden llevar asociado una impulsividad que le incite, en todo momento, a realizar conductas desafiantes. Ante dichas situaciones, es preferible realizar la técnica de extinción o el tiempo fuera. Por otro lado, es conveniente reducir los distractores que un aula pueda presentar.

A pesar de las grandes dificultades que puedan tener, estos alumnos tienen un gran número de potencialidades:

*Espontaneidad y curiosidad:* la inquietud de un niño con TDAH hace que pregunten acerca de todas las curiosidades que tengan sobre un aspecto de interés

*Creatividad y capacidad de innovación:* ante una herramienta concreta, son capaces de darle un uso que otras personas no serían capaces.

*Energía:* en la realización de una tarea que le atraiga a un niño con TDAH se puede apreciar que vuelcan toda su actividad en dicho trabajo.

*Reto educativo y experiencias de éxito:* el éxito escolar es un factor fundamental para mejorar su autoestima. Hay que ir proponiéndoles retos asequibles a su nivel de aprendizaje para que sus expectativas sean cada vez mejores.

### **1.7.2 PERFILES PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO CON ALUMNADO CON TDAH**

La familia es un apoyo fundamental en la vida de los niños, especialmente, para este tipo de colectivo ya que necesitan una constante protección en determinadas situaciones que ellos mismos no son capaces de afrontar.

Como indica Roselló (2003, p.79) sin duda, el papel más importante en este trastorno es el de la familia, “especialmente el de los padres, ya que el TDAH no se da en el vacío, sino en un contexto familiar determinado, en el que todos los miembros interactúan y se influyen mutuamente, y en el que los padres ejercen un papel fundamental, ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del hijo”

Sin embargo, los docentes también constituyen un apoyo importante en la vida de los niños. En el caso de personas con TDAH, el docente debe ser el que le guíe en las actividades así como adaptar aquellas que lo requieran.

Es fundamental tanto la coordinación de los docentes que intervienen con el alumnado como incorporar criterios de actuación con las familia, asegurando un trabajo colaborativo, coherente y eficaz.

Para regular y favorecer el proceso de aprendizaje del alumno con TDAH el docente debe establecer respuestas teniendo en cuenta que cada alumno es diferente, por lo que la respuesta debe ajustarse a las necesidades educativas individuales.

En cuanto al entorno físico, el docente puede trasladar los estímulos fuera del alcance del campo visual del alumno con TDAH así como posibilitar un ambiente tranquilo. Además, ubicar al alumno cerca del profesor permite una constante supervisión así como situar a compañeros que puedan servirle como modelo y ayudarle en el autocontrol personal.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es la dinámica de la clase: las actividades deben ser más significativas para que les provoque interés, más activas para evitar que el

---

alumno con TDAH pierda su control o potenciar el aprendizaje cooperativo donde según Pere Pujolás aprenden juntos alumnos diferentes.

### **1.7.3 ADAPTACIONES METODOLÓGICAS**

Las adaptaciones metodológicas realizadas por los docentes son necesarias para evitar el mayor grado de dificultad en la realización de las tareas, mantener un comportamiento acorde a cada contexto y conseguir el rendimiento óptimo de cada uno de los alumnos con TDAH.

No todo el alumnado tiene el mismo ritmo de aprendizaje por lo que estos alumnos deben seguir el suyo propio a través de una atención individualizada. Además, hay varias cuestiones a tener en cuenta a la hora de evaluarles como puede ser respetar el tiempo que el alumno necesita para responder o evaluar a las primeras horas del día, ya que son más eficaces. Además, habría que modificar la escritura de los exámenes realizándolos más visuales, o con mayor claridad.

El aprendizaje autodirigido es una de las técnicas más satisfactorias para emplearlo con estos alumnos. Podemos encontrar el trabajo por proyectos en el que ya tienen una motivación inicial ya que se parten de sus intereses, trabajo cooperativo en el que cada uno aprenda algo del resto de sus compañeros, el aprendizaje por descubrimiento siendo muy útil en caso de que el tema a tratar sea motivador para el alumno o el trabajo con nuevas tecnologías.

Una de las técnicas más utilizadas en las actividades realizadas por estos niños son las autoinstrucciones, desarrollada por Meichenbaum y Godman (1971). Con el fin de dirigir la conducta, se les enseña a los niños impulsivos-hiperactivos unas pautas a seguir que guíen el pensamiento para resolver diferentes situaciones. A su vez, fomentan el pensamiento reflexivo y permite que el niño analice los fallos que ha ido realizando provocándole así una mayor seguridad en sí mismo y, como consecuencia, controlará progresivamente su conducta llegando a tener una autoestima elevada. Dicho entrenamiento Autoinstruccional “consta de cinco fases en las que se pasa de un mecanismo de control externo, a un mecanismo de control interno o autocontrol” (Orjales, 2007, p.22).

1. *Modelado cognitivo*: el niño observa cómo el especialista realiza las instrucciones en voz alta. A diferencia de Meichenbaum y Goodman (1971), Orjales hace hincapié en la fase de modelamiento inicial: observar y decir todo lo que ve.
2. *Guía externa*: mientras el especialista verbaliza las instrucciones, el niño las realiza.
3. *Autoguía manifiesta*: el niño verbaliza las instrucciones y al mismo tiempo las realiza.
4. *Auto guía manifiesta atenuada*: el niño trabaja de forma autónoma y en voz baja las autoinstrucciones.
5. *Auto instrucción encubierta*: se realiza el proceso utilizando el lenguaje interno.

Normalizar el uso de las autoinstrucciones estimula la atención y generan en el niño un mecanismo automático en la realización de las tareas reflejado en el siguiente cuadro.



**Figura 4.** Esquema de Autoinstrucciones (Orjales, 2007, p.25)

Como puede verse en la tabla, esta técnica consiste en que el alumno se fije en qué tiene que hacer en una determinada actividad o situación, piense cómo puede resolverse y lo ponga en práctica. De esta manera, el niño genera un diálogo interno que le hace reflexionar sobre cada paso.

## 2. LEGISLACIÓN

La atención a las personas con algún problema de aprendizaje desde el ámbito de la educación, se ha venido regulando en diferentes normativas internacionales, nacionales y forales.

La declaración de los Derechos Humanos se promulgó en el año 1948 a raíz de tener en cuenta, entre otras, la libertad y la justicia. El artículo 26 hace referencia al derecho que tiene toda persona a la educación:

*La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.*

Persigue el pleno desarrollo de la personalidad humana así como el respeto tanto de los derechos humanos como de las libertades fundamentales y los padres tienen el derecho de elegir en qué centro educativo matricular a su hijo/a y, como consecuencia, qué tipo de educación recibirán.

Teniendo en cuenta la necesidad que hay de prevenir las incapacidades que una persona pueda tener y de ayudar a los impedidos a fomentar sus capacidades y su incorporación a una vida social, en 1971 se promulga la Declaración de los Derechos del Retraso Mental. Ésta hace mención de que toda persona con retraso mental está en los mismos derechos que cualquier ser humano.

Cuatro años más tarde, surge la Declaración de los Derechos de los Impedidos en la que hace referencia a aquellas personas que no son capaces de valerse por sí mismas por diversos motivos. Esta normativa defiende que no hay excepción alguna (ni de raza, ni de sexo, ni por opiniones...) para poder disfrutar de los derechos vigentes en las leyes anteriores.

Tras la promulgación de la Constitución española de 1978 que recoge en su artículo 27 el derecho a la Educación, hace referencia a la libertad de enseñanza siendo ésta

obligatoria y gratuita y la consecución del desarrollo de la personalidad humana como objetivo principal de la educación.

En 1994, con la Declaración de Salamanca, se comprometen a una Educación para Todos en la que admiten la necesidad de impartir la enseñanza a todo ser humano, independientemente de sus características. Por lo tanto, proclama el derecho fundamental de todo niño a una educación digna con unas necesidades, intereses o características propias, las cuales, todo sistema educativo debe atender.

Con la Educación para Todos, 2000, surge el compromiso mundial para una educación básica de calidad para todos. Son seis los objetivos fundamentales que surgen para satisfacer las necesidades de aprendizaje de todos de los cuales, dos hacen mención a la educación:

*Objetivo 2: Que para el 2015 todos los niños, y sobre todo las niñas y los niños que se encuentran en situaciones difíciles y los que pertenecen a minorías étnicas, tengan acceso a una enseñanza primaria gratuita y obligatoria de calidad.*

*Objetivo 5: Suprimir las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el 2005 y lograr la igualdad entre los géneros en relación con la educación, en particular garantizando a las niñas un acceso pleno y equitativo a una educación básica de buena calidad, así como un buen rendimiento, para 2015.*

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad surge en 2006 con la intención de hacer efectivo el derecho a la educación sin discriminación alguna. El artículo 24 está basado en la educación inclusiva y en la enseñanza a lo largo de la vida. De esta manera el Estado asegurará que aquellas personas con discapacidad no queden exentas del sistema educativo y que estén en igualdad de condiciones para adquirir un conocimiento óptimo adoptando las medidas pertinentes para su consecución.

En 2008 se aprueba la última normativa internacional, la Declaración de Oslo, en la que se recoge todo lo que concierne a la educación para niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales.

Paralelamente, hay unas normativas nacionales que afectan, exclusivamente, a España. La primera que es preciso citar fue la Ley General de Educación en 1970 en la que no estaban integrados aquellos alumnos con necesidades educativas.

La LISMI, Ley de Integración Social de los Minusválidos (1982) impulsó la integración de las personas con discapacidad al mundo laboral y reconoce a la Educación Especial como un proceso integral, flexible y dinámico. Tres años después se plantea la necesidad de que la atención educativa temprana debe ser anterior a su escolarización y establece, por tanto, Programas de Desarrollo Individual.

La primera ley que contuvo aspectos sobre la Educación Especial fue la LOGSE aprobada el 4 de Octubre de 1990. El artículo 36 de esta normativa, hace referencia a la consecución de los objetivos establecidos para aquel alumnado con necesidades educativas especiales a través de los recursos necesarios que presentará el sistema educativo. Además, serán los especialistas los que identifiquen dichas necesidades y elaborarán un plan de intervención en base a las necesidades específicas de cada uno, el cual puede variar tras la evaluación de los resultados obtenidos.

*La atención al alumnado con necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización y de integración escolar.*

El siguiente artículo hace mención de que solo y exclusivamente se escolarizará al alumnado con necesidades educativas especiales en un centro de educación especial siempre y cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en un centro ordinario.

Es en 2002 cuando surge la LOCE, Ley Orgánica de Calidad de la Educación en la que se consideran a extranjeros con diferente lengua, superdotados o cualquier trastorno, alumnado de necesidades educativas específicas.

Uno de los principios que se propuso cuatro años más tarde en la LOE es que el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional. Para ello, las Administraciones educativas se encargan de establecer los recursos necesarios para el alumnado con necesidades educativas especiales.

En estos dos ámbitos vemos una integración propia de la década de los 90 frente a una inclusión conseguida con la LOE en el que las necesidades básicas del alumnado eran satisfechas. Además, defiende que todos aprendan conjuntamente independientemente de sus condiciones personales, culturales o sociales siendo el sistema quien se adapte a sus necesidades. Esto va a permitir aprender a vivir juntos comprendiendo mejor al compañero exigiendo un entendimiento mutuo de diálogo pacífico y de armonía, el cual corresponde a un pilar de Delors.

Lo que en la LOGSE se definía como educación especial en la LOE se identifica, dentro del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, cinco apartados:

- Necesidades educativas especiales
- Dificultades específicas de aprendizaje
- Alta capacidad intelectual
- Incorporación tardía al sistema educativo
- Condiciones personales o historia escolar.

La educación se adapta, en todo momento, a los cambios de la sociedad sin dejar de transmitir por ello el saber adquirido.

No obstante no es hasta el 2008 cuando se aprueba una normativa foral que hace referencia a la atención a la diversidad de los centros educativos.

ORDEN FORAL 93/2008, de 13 de junio, del Consejero de Educación por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra.

*En la etapa de Primaria se pondrá especial énfasis en la identificación y respuesta temprana a las necesidades para atender a la diversidad de alumnado y prevenir las dificultades de aprendizaje, actuando en cuanto éstas se detecten y poniendo en práctica los mecanismos de refuerzo necesarios.*

*El Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación primaria, dedica el artículo 13 a la atención a la diversidad y propone que ésta se deberá garantizar poniendo en práctica mecanismos de detección*

*y refuerzo para adaptar el curriculum a las necesidades del alumnado, buscando el máximo desarrollo posible de los objetivos, contenidos y competencias básicas de la etapa.*

Es importante tener en cuenta esta normativa puesto que todos los centros tienen que basarse en la normativa vigente que se dé en ese momento. La actual legislación nacional sobre la educación, la LOMCE, establece medidas adaptativas para el alumnado con necesidades educativas especiales detectando lo antes posible cada necesidad.

Como segunda normativa y tal y como va a girar este trabajo, quiero resaltar la siguiente que está centrada en el apoyo educativo:

Orden Foral 65/2012, de 18 de junio, del consejero de educación, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos de aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria, bachillerato y formación profesional de la Comunidad Foral de Navarra.

*Uno de los principios que preside dicha Ley consiste en conseguir que todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales para lo que necesitan recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades. Al mismo tiempo, se les debe garantizar una igualdad efectiva de oportunidades, prestando los apoyos necesarios, tanto al alumnado que lo requiera como a los centros en los que están escolarizados. En suma, se trata de mejorar el nivel educativo de todo el alumnado...*

Para poder afrontar las novedades que surgen en la vida personal de cada individuo, es necesario estar presente en una escuela donde se comentan las nuevas situaciones presentes en cada momento. Dicha necesidad requiere una educación a lo largo de la vida donde la única forma de satisfacerla es que todos aprendamos a aprender, primer pilar de Delors.

### 3. TRABAJO EMPÍRICO

En esta segunda parte se describe el estudio empírico que se ha llevado a cabo. Para ello se establecen, en primer lugar, los objetivos, general y específicos que se propusieron desde un primer momento, junto con las hipótesis y metodologías empleadas.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos, la discusión de los mismos y las conclusiones del trabajo, así como algunas líneas de investigación para el futuro.

#### 3.1 OBJETIVOS

En síntesis, la investigación intenta analizar las creencias del profesorado en relación con el TDAH por el impacto que puedan tener en su alumnado, planteándose específicamente dos objetivos (ver cuadro nº 1).

**Tabla 4.** Objetivos de la investigación

<b>Objetivo general:</b> Conocer las creencias del profesorado en relación con el TDAH por el impacto que puedan tener en su alumnado
<b>Objetivos específicos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer las creencias de los docentes en relación con el TDAH.</li> <li>- Analizar si las variables edad, sexo, tipo de centro, formación recibida y años de docencia afectan a las respuestas.</li> </ul>

#### 3.2 HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta las variables mencionadas, se espera que alguna de las variables genere diferencias a la hora de responder el cuestionario.

**Tabla 5.** Hipótesis de la investigación

HIPÓTESIS
Habrá diferencias de valoración en función de la formación recibida
No habrá diferencias por género
No habrá diferencias entre centro concertado y público
Habrá diferencias entre infantil y primaria.

### 3.3 METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de posibles instrumentos de medida de creencias entre el profesorado y no se ha encontrado, en Navarra, ningún cuestionario para docentes acerca del TDAH. Por dicha razón se ha decidido elaborar un cuestionario para valorar las creencias de los docentes, tanto de Educación Primaria como de Educación Infantil, sobre el TDAH.

#### 3.3.1. Instrumento

El cuestionario consta de 14 afirmaciones para medir las creencias de los maestros en relación con el TDAH. En cada afirmación el docente tiene diez alternativas de las cuales escogerá aquella que más se acomode a su opinión: nada de acuerdo el número 1 o totalmente de acuerdo, el número 10 (ANEXO I).

Las afirmaciones del cuestionario se han elaborado en base a los siguientes temas:

#### DIAGNÓSTICO

A este grupo pertenecen tanto la primera como la segunda afirmación. La primera afirmación hace mención a la existencia de sobrediagnóstico del TDAH. Según los psiquiatras y especialistas en el tema, la prevalencia del trastorno es de un niño con TDAH en cada aula, es decir, una persona de cada 30 aproximadamente. Se puede ver reflejado en el capítulo 2 de la segunda edición de Guía práctica para educadores sobre el TDAH que publicó fundación ADANA en Julio de 2006 hace mención a que *“se puede afirmar que al menos un niño/adolescente de cada aula puede presentar TDAH, independientemente del entorno y del lugar del mundo en el que se encuentre”*.

La detección precoz del TDAH en el aula es uno de los factores más importantes en el diagnóstico del alumno o alumna ya que son los docentes los que pasan mucho tiempo con el alumnado y conocen sus hábitos y conductas en el desempeño escolar.

Tras la revisión de artículos, vídeos y páginas como la de Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH), sería interesante valorar si los docentes creen que se ha puesto de “moda” diagnosticar a niños y niñas con Trastorno de Déficit de Atención esté unido o no a la hiperactividad. En un artículo publicado *en portada* titulado como *La hiperactividad en España* Allen Frances, psiquiatra y presidente del grupo de trabajo del DSM-IV revela “el afán de las

farmacéuticas por encontrar un nuevo trastorno y convertirlo en moda". En una entrevista con Josep Antoni Ramos Quiroga, psiquiatra de adolescentes y adultos, se le cuestiona sobre este tema, el cual, lo niega rotundamente. (Disponible en: <http://www.tdahytu.es/portfolio-item/es-el-tdah-una-moda/>)

## CAUSAS

La tercera y la cuarta afirmación están estrechamente relacionadas con las causas del TDAH. Anteriormente, la vida de una persona era mucho más tranquila y hoy en día la vida de un niño está pautada por un horario de actividades y, al parecer, cuantas más realice el niño mejor. Diversas opiniones de los participantes defienden que los niños y niñas son movidos por un entorno social que ha cambiado y otras que son por la falta de límites que tienen esos niños en sus respectivos hogares. Según Brunner y Elacqua, (2003); Ramón, P. R., Sánchez, J. N. G., & González, M. D. C. D. (2009), los padres adquieren un papel determinante en la adaptación y desarrollo personal y académico de sus hijos. Ruíz (2001); Ramón, P. R., Sánchez, J. N. G., & González, M. D. C. D. (2009) también defiende esta idea en la que hace mención de que los padres ejercen influencia directa en sus hijos respecto a los logros académicos que consiguen.

## TRATAMIENTO

La mayoría de las personas diagnosticadas con TDAH están medicadas para reducir sus estímulos impulsivos y aumentar su capacidad atencional. La quinta afirmación trata de valorar si el tratamiento farmacológico que se emplea en las personas con dicho trastorno hace que trabaje mejor. No obstante el tema del tratamiento farmacológico es uno de los que más debate genera ya que los medicamentos que se perciben son derivados de las anfetaminas y se produce miedo a generar dependencia de dichas sustancias.

## EVOLUCIÓN

Anteriormente se creía que la hiperactividad motriz presente en un niño durante sus primeros años de vida se podría reducir en la adolescencia. Además, se pensaba que podrían desaparecer los síntomas con el paso del tiempo. (Orjales, 2002, Barkley, 2000 y Bauermeister, 2002)

Respecto a la sexta afirmación hay numerosos artículos que hacen mención de la imposibilidad de dejar de padecer TDAH a lo largo del tiempo. Sin embargo, es posible eliminar los síntomas que producen dicho trastorno si se consigue una detección precoz y un buen tratamiento en edades tempranas.

La afirmación número 14 se refiere a que tener un hijo con TDAH genera una situación dolorosa para la familia ya que hay algunas que el hecho de no tener un hijo normal, y normal me refiero a no tener ningún trastorno o tipo de discapacidad, les genera un cierto rechazo a dicho problema. Obviamente habrá casos en los que no acepten que sus respectivos hijos tengan una determinada necesidad y otros casos que lo acepten desde el primer momento.

#### MEDIDAS EDUCATIVAS

La séptima, octava y onceava afirmación están relacionadas directamente con el ámbito educativo. En edades tempranas se puede apreciar si un niño o una niña presentan más inquietudes que el resto y, como consecuencia, se aprecie un mayor movimiento en el sujeto. Todos los docentes han estado expuestos ante dicha situación y han tenido que valorar un posible déficit de atención en base a su observación. En caso de que el niño o niña esté censado por CREENA como persona con necesidad de apoyo educativo, hay que valorar si se necesita una adaptación curricular individualizada, si es necesario adaptar la metodología o qué medidas se llevan al respecto y, por lo tanto, una constante planificación.

#### DESEMPEÑO PERSONAL

En este apartado se encuentran las afirmaciones 9, 10, 12 y 13. Estudios señalan que entre seis y ocho de cada diez niños con hiperactividad tienen problemas académicos importantes debido a la dificultad de mantener un foco de atención en las tareas señaladas.(Barkley 1982; Orjales, 1999)

En la mayor parte de los casos y dado que son niños y niñas impulsivos con una gran falta de atención, suelen ser niños con calificaciones más bajas que las de sus compañeros, no obstante, no siempre es así. El alumnado con TDAH tiene la misma capacidad de aprendizaje que el resto de sus compañeros con algunos obstáculos que le impiden aprender de manera adecuada. La novena afirmación se centra en este

aspecto en el que el alumno o alumna trata de aprender y de controlar su impulsividad teniendo que estar sentado en una silla durante un determinado tiempo. Esto puede generar una frustración en el niño y conforme pase el tiempo, una disminución de su autoestima. El punto de vista del profesorado es muy importante en este aspecto ya que si creen que no se frustran no harán nada al respecto. Sin embargo, en caso de ver el sufrimiento del niño, podrán emplear una metodología en el aula acorde con las necesidades de cada alumno o alumna.

En último lugar, la perspectiva del docente sobre la socialización de estas personas es un punto muy importante ya que son ellos los que pueden apreciar la capacidad que tiene cada alumno frente a sus compañeros.

### 3.3.2 Muestra:

Para conocer la opinión del profesorado, se han elegido dos colegios de la comarca de Pamplona, uno público y otro concertado. Se ha facilitado el cuestionario tanto a docentes de educación infantil como de primaria dado que son edades en las que habitualmente se detecta a una persona con TDAH, en cursos superiores el niño debería estar diagnosticado y tratado para una evolución y mejora eficaz.

Como se comprueba en la tabla 6, en el colegio concertado de Luis Amigó de los 64 docentes de las dos etapas educativas, se pudo contactar con 50 personas. Se entregó el cuestionario a 33 de los 37 docentes de primaria. En el caso de educación infantil ha sido más difícil contactar ya que de los 27 docentes se pudo coincidir con 9. Sin embargo en el colegio público José María de Huarte de los 22 docentes totales se pudo contactar con todos: 18 de Educación Primaria y 5 de Educación Infantil.

**Tabla 6.** Muestra de estudio

	Total	Entregadas
<b>Luis Amigó</b>		
Infantil	27	9
Primaria	37	33
<b>José María de Huarte</b>		
Infantil	5	5
Primaria	18	18

### **3.3.3 Procedimiento:**

Una vez elaborado el cuestionario, se mantuvo una reunión con el Jefe de Estudios del colegio concertado Luis Amigó para presentarle el proyecto. En primer lugar, se le planteó el proyecto y la solicitud de entregar cuestionarios a los docentes de primaria e infantil de dicho centro para, posteriormente, analizar cada uno de ellos, convocar una reunión para presentar los datos y estudiar estrategias de trabajo que pudieran facilitar un buen desempeño en los docentes. El objetivo inicial era volver a pasar el mismo cuestionario tras presentar la información, pero por falta de tiempo, esta última fase no se ha podido llevar a cabo.

Se contactó también con el centro José María de Huarte con el que se siguió el mismo seguimiento con el que se propuso en el otro colegio. Los docentes de ambos centros educativos fueron invitados a participar en la investigación. Se les informó que la evaluación iba a consistir en un cuestionario sobre las creencias que tenían ellos mismos sobre el TDAH. Además, se les informaba de la confidencialidad de los datos y de la utilización de los mismos para una investigación presentándose los datos agrupados y nunca de manera individual.

Se estableció un plazo de dos semanas para la recogida de los cuestionarios, a fin de poder analizar después el análisis de los mismos.

### **3.3.4 Análisis estadísticos**

Se han realizado análisis descriptivos para todas las variables. En las comparaciones bivariadas se empleó la prueba *t* de Student, considerándose una  $p < .05$  como significativa.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (vs. 22.0).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. DATOS ESTADÍSTICOS

**Tabla 7.** Características de los sujetos encuestados en función de las cinco variables a estudiar.

	edad	genero	colegio	grado	experiencia
Válido	58	58	58	58	58
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	37,00	1,21	1,71	1,78	12,39
Desviación estándar	9,50	,41	,46	,42	8,74
Mínimo	22,00	1	1	1	1,
Máximo	59,00	2	2	2	31,00
Percentiles 25	31,50	1	1	2	5,75
50	35,00	1	2	2	10,50
75	42,00	1	2	2	18,50

**Género:** 1 = mujeres y 2 = hombres

**Colegio:** 1 = público y 2 = concertado

**Grado:** 1 = infantil y 2 = primaria

La tabla nos muestra la información de los sujetos encuestados. En primer lugar, la media de edad de todos los sujetos es de 37 años por lo que estamos hablando de que en ambos colegios hay una mayoría de docentes jóvenes. Por otro lado, la mayoría de los participantes pertenecen al género femenino suponiendo más del 50 % reflejado en un 1,21 sobre 2. El 86 % de los participantes han sido del colegio concertado frente al 14 % correspondiente al colegio público. En relación a la etapa educativa en la que ejercen su profesión los sujetos participantes, la mayoría ha coincidido ser de educación primaria 1,78 frente al 0,22 de educación infantil ambos sobre 2. En último lugar, se hace referencia a los años de experiencia que tiene cada uno siendo la media de casi 12,4 años y más del 50% corresponde a una experiencia de cerca de los 11 años.

**Tabla 8.** Edad de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
22,00	1	1,7	1,7
23,00	2	3,4	5,2
24,00	2	3,4	8,6
25,00	3	5,2	13,8
26,00	2	3,4	17,2
28,00	2	3,4	20,7
29,00	1	1,7	22,4
30,00	1	1,7	24,1
32,00	4	6,9	31,0
33,00	5	8,6	39,7
34,00	3	5,2	44,8
35,00	5	8,6	53,4
36,00	1	1,7	55,2
37,00	3	5,2	60,3
38,00	3	5,2	65,5
39,00	2	3,4	69,0
41,00	2	3,4	72,4
42,00	3	5,2	77,6
46,00	1	1,7	79,3
50,00	5	8,6	87,9
51,00	2	3,4	91,4
52,00	1	1,7	93,1
53,00	1	1,7	94,8
54,00	1	1,7	96,6
55,00	1	1,7	98,3
59,00	1	1,7	100,0
Total	58	100,0	

Si desglosamos las edades de los sujetos participantes tal y como se refleja en la tabla anterior vemos con qué frecuencia hay sujetos de cada edad, siendo por ejemplo una persona de los participantes que tiene 22 años o 5 personas con 35 años, entre otros. El 25 % de los encuestados no llega a 32 años y el 50 % se sitúa entre los 34 y los 35 años.

#### 4.2. DATOS DE PARTICIPANTES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES.

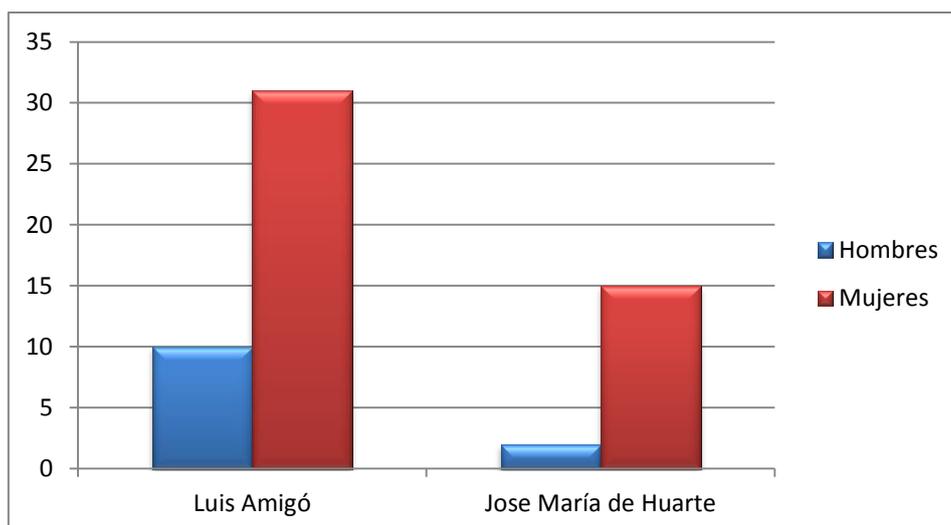
**Tabla 9.** Población de estudio

	Total	Entregadas	Respondidas	Porcentaje (%)
<b>Luís Amigó</b>				
Infantil	27	9	8	
Primaria	37	33	33	
Total	64	42	41	70,7
<b>José María de Huarte</b>				
Infantil	5	5	5	
Primaria	18	18	12	
Total	23	23	17	29,3

En el colegio concertado de Luis Amigó de los 64 docentes de las dos etapas educativas, se contactó con 42 de los cuales 41 personas contestaron. Se repartió a 33 de los 37 docentes de primaria dada la incapacidad de coincidir con ellos. De los 33 encuestados, 33 personas contestaron. En el caso de educación infantil fue más difícil contactar ya que de los 27 docentes se ha tenido oportunidad de coincidir con 9 de los cuales 8 respondieron.

En el colegio público José María de Huarte de los 23 docentes totales se contactó con todos: 18 de Educación Primaria y 5 de Educación Infantil. En total respondieron 17 de los cuales se obtuvieron 11 respuestas de los docentes de primaria, 5 de infantil y una persona que está impartiendo sesiones en ambas etapas aunque la mayoría, en primaria.

De los 58 participantes casi el 30 % son del colegio público mientras que algo más del 70 % de los participantes pertenece al colegio concertado.

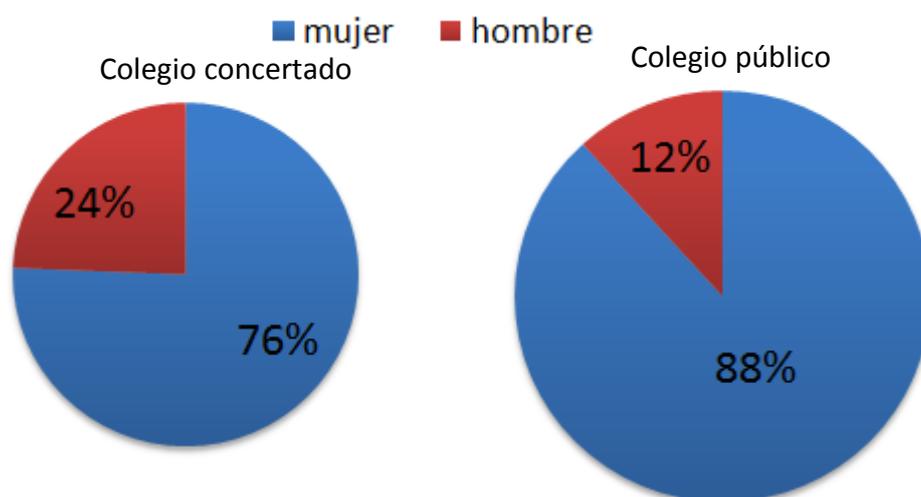


**Figura 5.** Perfil de los sujetos encuestados

Son más mujeres las que han participado en el estudio de ambos centros siendo 46 mujeres y 12 hombres.

En el colegio de Luís Amigó, de los 41 participantes, 10 son hombres y 31 mujeres. Del mismo modo ocurre en el colegio público José María de Huarte, 2 frente a 15.

De las 31 mujeres participantes del colegio concertado Luis Amigó, 24 imparten clases en educación primaria y, el resto, en infantil. Por otro lado, de los diez hombres tan solo uno es docente en infantil mientras que los 9 restantes pertenecen a la segunda etapa educativa, educación primaria. En el colegio público de los 17 participantes un 88% son mujeres mientras que el 12% restante son hombres. Diez mujeres pertenecen a educación primaria mientras que el resto, son de educación infantil. El 100% de los hombres pertenecen a la educación primaria.



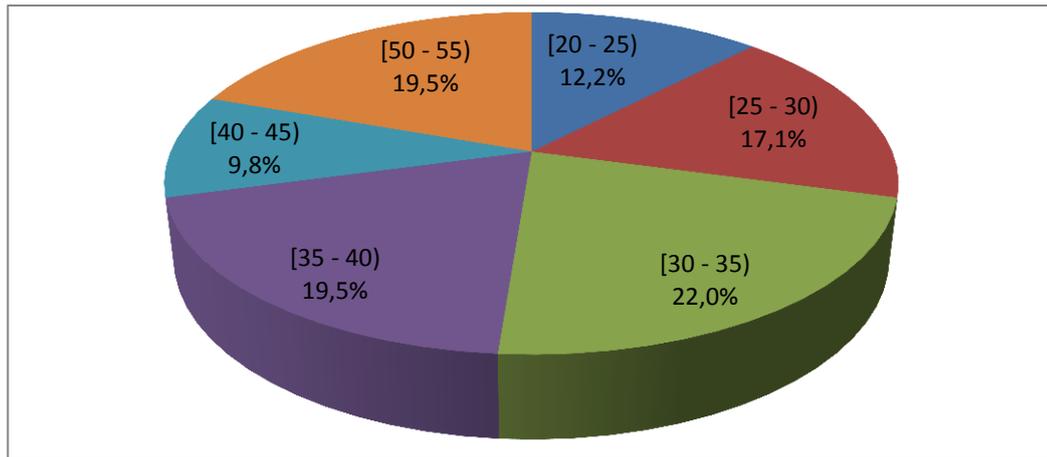
**Figura 6.** Porcentaje de hombres y de mujeres en cada centro.

**Tabla 10.** Características de los sujetos en función del colegio

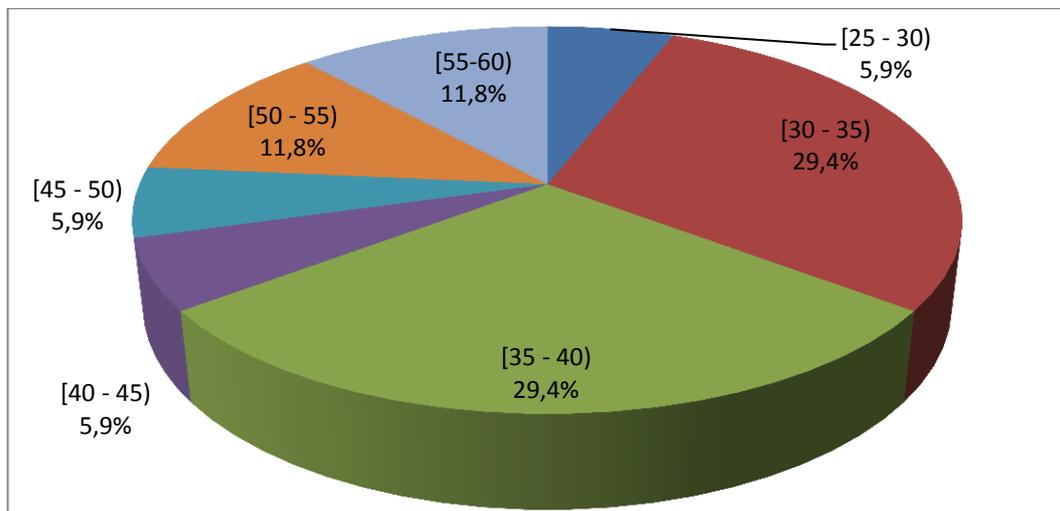
	Luis Amigó (N=41)	José María de Huarte (N= 15)	Total (N=58)
Edad docentes (media)	35.88	39.7	37
Sexo			
Hombres (%)	24,39%	11.76%	20.69%
Mujeres (%)	75.61%	88.24%	79.31%
Formación sobre TDAH (%)	36.58%	5.88%	27.58%

En la tabla se pueden apreciar las características de todos los encuestados divididos por centros y en su conjunto: la edad media de los sujetos es de 37 y, en relación a los años de docencia, la media es de 12.4 lo cual quiere decir que la mayoría del profesorado ha tenido la oportunidad de impartir clases en algún colegio. Apenas un 27.58 % de los docentes participantes habían recibido alguna formación acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad mientras que el 63.79% restante afirmaban no haber recibido ningún tipo de formación específica al respecto y un 8.63 % de los encuestados no contestó a la pregunta.

El centro público presenta pequeñas diferencias con el centro concertado en cuanto a la edad media de los docentes, un 35.88 años frente a un 39.7 años en el colegio concertado y público respectivamente. No obstante, existe una gran diferencia en cuanto a la formación del profesorado sobre el TDAH siendo un 36.58% los docentes que han recibido alguna formación al respecto ante apenas un 6% en el colegio público. Algunos de los participantes han afirmado haber recibido charlas informativas sin llegar a considerarlo una formación.



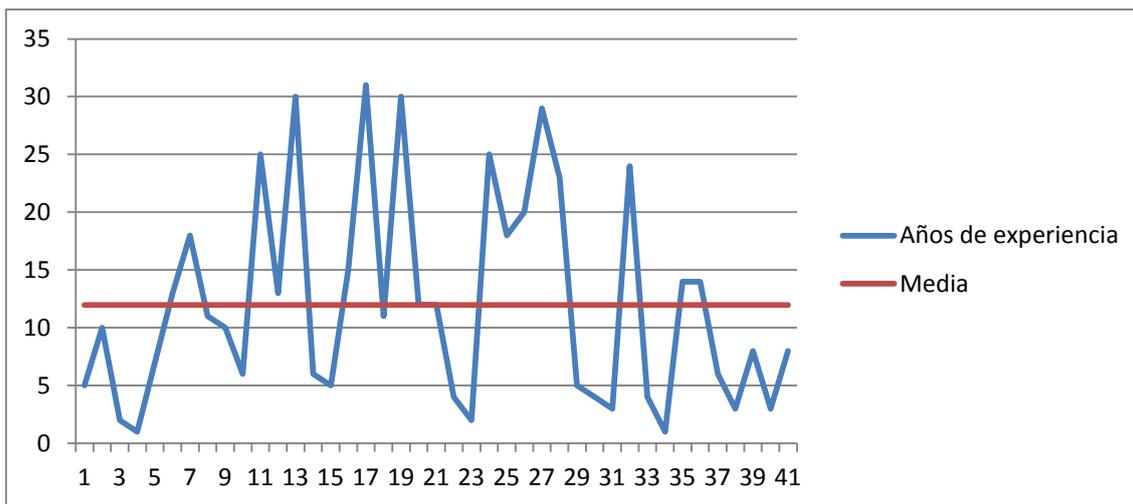
**Figura 7.** Edad de los participantes de Luís Amigó



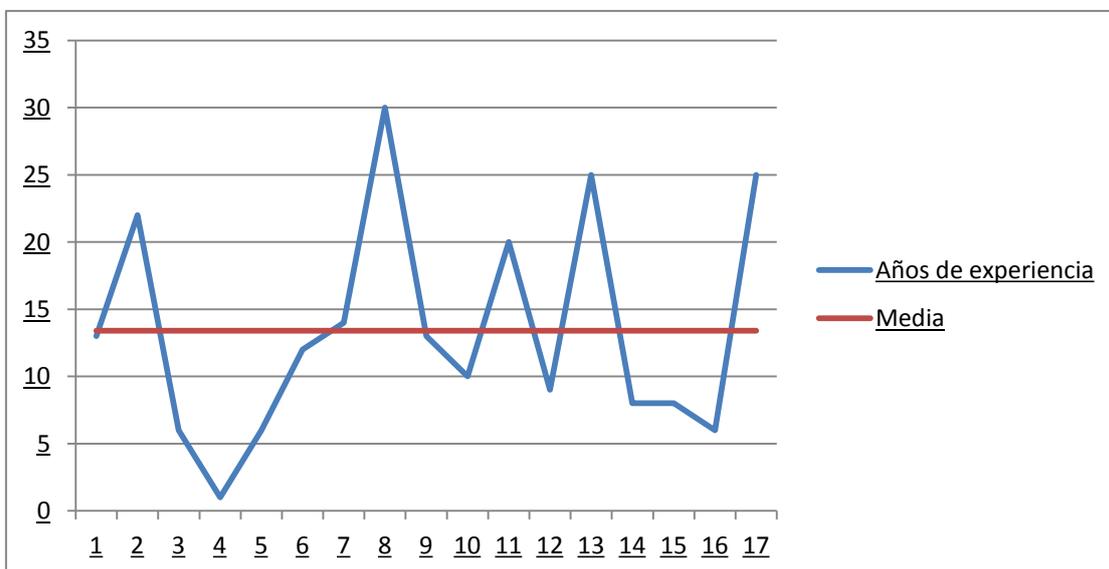
**Figura 8.** Edad de los participantes de José María de Huarte

Todo el profesorado participante oscila entre los 20 y los 60 años de edad. Se puede apreciar que de los 41 docentes encuestados del colegio concertado un 12.2 % tiene entre 20 y 25 años, es decir, están empezando su carrera profesional como docentes. El porcentaje más alto del colegio es de 22 % de los participantes, los cuales tienen entre 30 y 35 años. En caso contrario tan solo un 9.8% de los participantes tienen entre 40 y 45 años.

En el caso del colegio público de los 17 docentes encuestados casi un 60% tienen entre 30 y 40 años. El porcentaje más bajo en este caso es de casi 6% en edades comprendidas entre 25 y 30 años y entre 40 y 50 años.



**Figura 9.** Años de experiencia de los participantes del colegio concertado.



**Figura 10.** Años de experiencia de los participantes del colegio público.

En relación a los años de experiencia que tienen los docentes en el ámbito educativo, se puede comparar las siguientes anteriores en la que en el colegio concertado casi la mitad del profesorado tiene entre 1 y 10 años de experiencia, alcanzando casi el 71 % si lo alargásemos cinco años más. En el caso del colegio público el 70 % del profesorado tiene entre 1 y 15 años de experiencia. En este centro cerca del 36 % tiene una experiencia de entre 5 y 10 años.

### 4.3 ANÁLISIS DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO

A continuación, se presentan los datos que integran el foco de la investigación referida a las creencias que tienen los docentes sobre el TDAH. Para ello, se plantea analizar las diferentes variables de manera separada en función de las catorce afirmaciones presentadas a través de una comparación de medias para observar si había diferencias significativas en función de las variables.

**Tabla 11.** Resultados en función del grado

	Total (N = 58)		Infantil (n = 13)		Primaria (n =45)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	7,15	1,19	6,73	2,51	0,56 (56)	,580
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	4,46	1,66	5,58	2,45	1,54 (56)	,130
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	5,07	1,84	6,13	2,79	1,28 (56)	,205
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	3,46	2,63	4,71	2,54	1,55 (56)	,126
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	5,85	2,58	5,98	2,42	0,17 (56)	,866
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	2,77	1,53	3,11	1,99	0,57 (56)	,571
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	4,85	2,54	4,38	2,85	0,53 (56)	,596
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	8,00	1,22	7,73	1,97	0,46 (56)	,646
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	3,77	2,17	4,38	1,69	1,07 (56)	,287
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	6,00	2,91	6,78	1,88	1,15 (56)	,254
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	8,00	2,30	7,87	1,95	0,21 (56)	,836
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,61	2,18	5,82	2,30	1,11 (56)	,273
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	6,15	2,73	5,62	2,30	0,70 (56)	,484
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	5,85	2,44	6,98	2,28	1,55(56)	,127

Los resultados ponen de relieve que globalmente no existen diferencias significativas entre los dos grupos, con lo cual se puede afirmar que la contestación a las afirmaciones no va a generar diferencias aunque las realicemos en la primera etapa educativa o en la segunda. Por ejemplo en la afirmación *existe sobrediagnóstico* la

media de los participantes de ambos centros pertenecientes a educación infantil es de 7,15 mientras que en el caso de educación primaria es de 6,73 por lo que no hay una diferencia significativa entre ambas medias. Al igual que la primera, sucede lo mismo en las trece afirmaciones restantes, no hay una diferencia significativa en ninguna de ellas. Los datos de todas las afirmaciones en relación al grado en el que los participantes imparten clases aparecen reflejados en la tabla anterior.

**Tabla 12.** Resultados en función del género

	Total (N = 58)		Mujer (n =46)		Hombre (n =12)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	6,80	2,33	6,91	2,68	0.14 (56)	,886
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	5,61	2,25	4,25	2,41	1,83 (56)	,072
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	6,30	2,47	4,33	2,77	2,40 (56)	,020
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	4,52	2,63	4,08	2,50	0,52 (56)	,606
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	5,93	2,50	6,00	2,30	0.08 (56)	,935
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	3,19	1,96	2,42	1,50	1,28 (56)	,207
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	4,71	2,92	3,58	1,97	1,27 (56)	,210
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	7,85	1,98	7,58	1,10	0,44 (56)	,659
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	4,43	1,83	3,50	1,50	1,62 (56)	,110
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	6,56	2,19	6,75	2,09	0,26 (56)	,794
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	8,00	1,94	7,50	2,31	0,76 (56)	,449
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,20	2,09	5,25	2,86	1,29 (56)	,203
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	5,98	2,27	4,83	2,69	1,50 (56)	,141
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	6,87	2,23	6,16	2,76	0,92 (56)	,360

En relación a la variable género y tal y como puede constatarse en la tabla, no existen diferencias significativas entre los hombres y las mujeres a excepción de la tercera afirmación: *nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado*. La media de las mujeres es 6,30 frente al 4,33 de los hombres.

Dada la diferencia de participantes de un colegio a otro, se han realizado pruebas no paramétricas para confirmar que el dato reflejado sea el correcto. El resultado de dicha prueba coincidía con la anteriormente citada por lo que se verifica la diferencia significativa que hay respecto a la tercera afirmación en función del género.

**Tabla 13.** Resultados en función del tipo de centro

	Total (N = 58)		Público (17)		Concertado (41)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	5,53	2,72	7,36	2,03	2,83 (56)	,006
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	5,29	2,62	5,34	2,24	0,07 (56)	,945
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	5,59	2,24	6,02	2,80	0,57 (56)	,571
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	3,88	2,71	4,66	2,53	1,04 (56)	,303
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	4,70	2,47	6,46	2,26	2,62 (56)	,011
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	2,94	1,88	3,07	1,91	0,24 (56)	,811
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	4,12	3,14	4,63	2,63	0,64 (56)	,523
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	7,41	1,84	7,95	1,81	1,06 (56)	,309
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	4,17	1,77	4,27	1,83	0,17 (56)	,861
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	5,06	2,16	7,24	1,81	3,94 (56)	,000
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	6,65	2,50	8,41	1,53	3,29 (56)	,002
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,00	2,37	6,00	2,27	0,00 (56)	1,00
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	5,17	2,55	5,97	2,30	1,16 (56)	,250
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	6,76	2,56	6,70	2,28	0,08 (56)	,933

Los resultados de la tabla anterior ponen de relieve que en cuatro de las catorce afirmaciones existen diferencias significativas en función del tipo de centro:

Una de ellas es en la afirmación *existe sobrediagnóstico* en la que la media del colegio público lo ha puntuado con un 5,53 mientras que el concertado lo ha puntuado casi con dos puntos más, 7,36. Esto quiere decir que el colegio concertado cree que hay

---

muchos niños diagnosticados de TDAH y el público defiende que la existencia de personas con TDAH no responde a un sobrediagnóstico.

Otra de las afirmaciones en las que se refleja una diferencia significativa es el caso de la quinta afirmación: *el tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor*. Ante esta afirmación el colegio público ha ponderado con una media de 4,70 y, por lo tanto, defiende que medicar a un alumno o alumna no hace que trabaje mejor y el concertado tiene una media de 6,46 y, por lo tanto, defienden que algo sí puede hacer la medicación para que trabaje mejor.

La décima y la onceava afirmación también reflejan las diferencias significativas que tienen respecto al tipo de centro: *ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa* siendo de 5,06 en el público y 7,24 en el concertado y *la atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización* siendo un 6,65 la ponderación media contestados por los sujetos participantes del colegio público y 8,41 los del concertado. En este último caso, los participantes del colegio Luis Amigó creen necesaria una constante planificación y organización en función de la persona con TDAH.

Del mismo modo, se han realizado pruebas no paramétricas para verificar o desechar lo que los datos reflejaban y ha coincidido con la mencionado previamente.

**Tabla 14.** Resultados en función de la edad de los sujetos encuestados

	Total (N = 58)		>=35 (32)		<35 (26)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	6,78	2,39	6,88	2,49	0,16 (56)	,871
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	4,97	2,51	5,77	1,96	1,30 (56)	,194
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	5,34	2,57	6,58	2,60	1,81 (56)	,076
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	3,90	2,50	5,07	2,59	1,74 (56)	,087
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	5,75	2,63	6,19	2,21	0,68 (56)	,497
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	2,93	1,98	3,15	1,80	0,43 (56)	,669
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	4,59	2,56	4,34	3,05	0,33 (56)	,739
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	7,87	1,84	7,69	1,83	0,37 (56)	,708
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	4,37	1,84	4,07	1,76	0,62 (56)	,535
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	6,47	2,37	6,77	1,88	0,52 (56)	,601
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	8,00	1,93	7,77	2,14	0,43 (56)	,668
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,31	2,23	5,61	2,32	1,16 (56)	,250
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	6,09	2,61	5,30	2,05	1,25 (56)	,215
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	7,50	2,02	5,77	2,40	2,98 (56)	,004

Otro de los aspectos que se han sacado en la investigación ha sido la variable de la edad. En este caso como en el análisis de los datos descriptivos se ha observado que la mayoría de los docentes encuestados están entre los 20 y los 35 años de edad se han dividido a los participantes en dos grupos: aquellos participantes con 35 o menos años y los que tienen más de 35 años.

En este caso solo la última afirmación ha tenido una diferencia significativa en cuanto a la edad, siendo 5,77 la ponderación media de aquellas personas que tienen entre 20 y 34 años y 7,50 aquellos participantes mayores o iguales a 35 años. La afirmación dice que *tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia*.

En base a esta diferencia se puede afirmar que a mayor edad mayor es la preocupación de tener un niño con TDAH. Esto puede ser debido a que personas con más edad son más conscientes, dada su relación con las familias, de lo que el trastorno supone.

**Tabla 15.** Resultados en función de los sujetos con o sin formación sobre TDAH

	Total (N = 58)		Con formación (n = 14)		Sin formación (n = 44)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	7,00	2,96	6,77	2,21	0,31 (56)	,759
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	5,86	2,41	5,16	2,31	0,97 (56)	,334
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	6,07	3,43	5,84	2,37	0,28 (56)	,778
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	4,79	2,99	4,32	2,48	0,85 (56)	,561
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	6,86	2,66	5,66	2,32	1,62 (56)	,110
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	2,79	2,42	3,11	1,71	0,56 (56)	,577
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	4,36	3,10	4,52	2,70	0,19 (56)	,848
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	8,00	2,54	7,72	1,56	0,48 (56)	,630
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	4,71	1,59	4,09	1,85	1,13 (56)	,263
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	6,86	2,25	6,52	2,14	0,50 (56)	,617
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	8,86	1,51	7,59	2,07	2,11 (56)	,039
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,21	2,39	5,93	2,27	0,40 (56)	,690
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	5,71	2,49	5,75	2,38	0,05 (56)	,962
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	7,14	2,03	6,59	2,44	0,76 (56)	,448

Los datos del estudio muestran pocas diferencias en las respuestas de las catorce afirmaciones teniendo en cuenta que en una agrupación constaban los participantes que han obtenido información sobre TDAH de otra agrupación en la que no habían recibido información.

Tan solo en la afirmación número once existe diferencias significativas entre ambos grupos. Los que han recibido información creen que se requiere una constante

planificación y organización mientras que los que no han recibido información no lo ven como un requisito sino como un aspecto a tener en cuenta.

**Tabla 16.** Respuestas en función de mayor o menor número de horas de formación

	Total (N = 58)		>=20 horas (n = 7)		< 20 horas (n = 51)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	9,00	1,83	6,53	2,31	2,71 (56)	,009
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	6,14	2,67	5,22	2,29	0,98 (56)	,329
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	6,29	3,81	5,84	2,48	0,41 (56)	,681
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	5,57	3,15	4,27	2,50	1,25 (56)	,217
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	5,43	2,99	6,02	2,38	0,60 (56)	,552
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	3,29	2,87	3,00	1,75	0,37 (56)	,711
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	5,00	3,05	4,41	2,76	0,52 (56)	,603
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	6,86	2,91	7,92	1,62	1,46 (56)	,149
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	5,57	0,79	4,06	1,82	2,15 (56)	,036
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	8,00	1,83	6,41	2,14	1,87 (56)	,067
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	9,14	1,46	7,73	2,03	1,78 (56)	,081
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,14	1,57	5,98	2,37	0,17 (56)	,861
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	6,14	2,27	5,69	2,42	0,47 (56)	,639
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	6,86	1,34	6,71	2,46	0,16 (56)	,875

Punto de corte: 20 horas de formación

Poniendo el punto de corte en 20 horas de formación, podemos apreciar que los participantes con más de 20 horas se ha reducido a la mitad respecto a la tabla anterior, es decir, 7 de los 14 participantes con formación sobre TDAH ha tenido menos de 20 horas. Estableciendo el punto de corte en unas horas de formación determinadas se observa que hay pequeñas diferencias en las respuestas obtenidas en esta tabla respecto a la tabla anterior en las que la división era únicamente entre participantes que tenían o no formación.

Existe una notable diferencia en cuanto a la ponderación media de ambos grupos. Los que han obtenido mayor información creen en la existencia de sobrediagnóstico puntuándola con un 9 sobre 10 mientras que lo que han recibido menos información lo han puntuado con un 6,53 de media y, por lo tanto, no creen que el TDAH se diagnostique tanto.

Algunas investigaciones también plantean que el TDAH muchas veces es sobrediagnosticado (Cornett-Ruiz y Hendricks, 1993; Glass y Wegar, 2000), es por eso, que muchos profesionales dedicados a su detección se cuestionan la validez o no del mismo.

El conocimiento acerca de las calificaciones del alumnado con dicho trastorno también tiene pequeñas diferencias en función de los grupos previamente mencionados siendo un 5,57 la ponderación media de los sujetos participantes con mayor experiencia frente a un 4,06 de los otros participantes.

**Tabla 17.** Respuestas en función de mayor o menor número de horas de formación

	Total (N = 58)		>=90 horas (n = 2)		< 90 horas (n = 56)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	9,50	0,71	6,73	2,37	1,63 (56)	,107
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	8,50	2,12	5,21	2,28	2,01 (56)	,050
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	5,50	3,53	5,91	2,64	0,24 (56)	831
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	7,50	0,71	4,32	2,57	1,74(56)	,088
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	5,50	0,71	5,96	2,48	0,26 (56)	,794
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	5,00	5,66	2,96	1,73	1,51 (56)	,136
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	5,50	4,95	4,45	2,74	0,52 (56)	,602
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	8,00	1,41	7,78	1,84	0,16 (56)	,872
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	5,50	0,71	4,19	1,81	1,01 (56)	,318
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	9,00	0,00	6,52	2,14	1,63 (56)	,110
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	8,00	2,82	7,89	2,01	0,07 (56)	,942
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,50	2,12	5,98	2,30	0,31 (56)	,755
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	6,00	4,24	5,73	2,36	0,15 (56)	,878
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	7,50	2,12	6,69	2,36	0,47 (56)	,638

Punto de corte: 90 horas de formación

Únicamente dos personas de las 56 participantes han obtenido más de 90 horas de formación. Esas dos personas creen que si un niño tiene TDAH se puede detectar en clase muy pronto puntuándola con una media de 8,50 mientras que los que han obtenido menor o ninguna información lo han ponderado con 5,21.

En definitiva, se puede sacar en claro que no hay notables diferencias respecto a obtener o no información.

**Tabla 18.** Resultados en función de los años de experiencia como docentes

	Total (N = 58)		≥15 (17)		<15 (41)		t (g.l.)	p
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)		
1. Existe sobrediagnóstico.	6,83	2,38	6,53	2,15	6,95	2,49	0,61 (56)	,545
2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto	5,33	2,33	5,17	2,40	5,39	2,33	0,31 (56)	,754
3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado	5,90	2,63	5,53	2,45	6,05	2,71	0,68 (56)	,499
4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa	4,43	2,59	3,23	1,82	4,92	2,71	2,35 (56)	,022
5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor	5,95	2,44	5,41	2,62	6,17	2,35	1,08 (56)	,284
6. Conforme avanzan los cursos hay menos alumnado con TDAH, es decir, es un trastorno que con el tiempo disminuye	3,03	4,89	2,76	1,78	3,14	1,94	0,69 (56)	,489
7. Siempre es necesaria una adaptación curricular individualizada	4,48	2,77	4,94	3,09	4,29	2,65	0,81 (56)	,422
8. Es necesaria una rutina para que la persona con TDAH no se inquiete más	7,79	1,82	7,76	2,33	7,80	1,60	0,07 (56)	,940
9. Los/as alumnos/as con TDAH son estudiantes con buenas calificaciones	4,24	1,80	4,76	1,48	4,02	1,89	1,,44 (56)	0,15
10. Ante mayor exigencia académica estos niños se frustran más en etapa educativa	6,6	2,15	6,88	2,31	6,48	2,10	0,63 (56)	,530
11. La atención a este alumnado requiere una constante planificación y organización	7,90	2,01	8,18	1,33	7,78	2,24	0,68 (56)	,501
12. mayoría de estos alumnos suelen tener problemas de socialización	6,00	2,28	6,35	2,37	5,85	2,25	0,76 (56)	,452
13. Los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima	5,74	2,39	6,77	2,35	5,31	2,30	2,17 (56)	,034
14. Tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia	6,72	2,35	8,06	1,60	6,17	2,40	2,97 (56)	,004

El último de los aspectos a analizar ha sido los años de experiencia de los docentes participantes en el ámbito educativo. En este caso y tal y como se ha visto en las figuras 10 y 11, la edad media de experiencia no sobrepasa los 15 años. Es decir, la mayoría de los integrantes de los centros son personas jóvenes.

En relación a esta variable, tres de las afirmaciones presentan diferencias significativas:

Una de ellas es la cuarta: *en muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa*. En esta situación lo sujetos que tienen más de 15 años de experiencia como docentes obtienen un 3,23 como media mientras que los que tienen entre 0 y 15 años de experiencia lo han ponderado con un 4,92. Esta

última significa que ni consideran ni dejan de considerar que la falta de límites en casa sea una de las causas que predomine en personas con TDAH ( $p= ,02$ ).

La segunda diferencia significativa corresponde a la penúltima afirmación ( $p= ,03$ ): *los/as alumnos/as con TDAH a lo largo de su etapa educativa van bajando su autoestima*. Los sujetos que tienen 15 o más años de experiencia consideran que conforme van avanzando los cursos estos alumnos bajan su autoestima ( $M=6,77$ ) mientras que los que tienen menos de 15 años de experiencia no creen ni que aumente ni que baje su autoestima ( $M= 5,31$ ).

En último lugar, *tener un hijo con TDAH es una situación complicada para la familia* también genera diferencias entre aquellas personas que tienen experiencia frente a aquellas cuya experiencia es menor. En la tabla se refleja la media de 8,06 de los sujetos con mayor experiencia frente al 6,17 de los participantes con menor experiencia.

En resumen, se puede afirmar que la única variable que no produce diferencias significativas es aquella que divide a los participantes en docentes de educación primaria o infantil. El resto de las variables ponen de manifiesto diferencias en algunas afirmaciones sin que sean muy relevantes en su conjunto.

#### **4.4. APORTACIONES CUALITATIVAS DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES**

Hay cuatro sujetos participantes que han realizado anotaciones en el cuestionario reflejando su opinión al respecto. Dos de ellas han hecho mención de que el tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno actúe con mayor tranquilidad y con mayor capacidad de concentración y, como consecuencia, trabaje mejor. Por otro lado, hacen alusión a que un alumno puede ser hiperactivo y sin embargo tener una capacidad intelectual buenísima. Asimismo, afirman que no solo para una persona con TDAH es necesaria una rutina sino que para cualquier alumno. En último lugar, han recalcado que tener un hijo con TDAH no tiene que resultar una situación más complicada que tener un hijo sin dicho trastorno. En definitiva, reflejan que cada caso y cada situación es individual y particular por lo que no se puede generalizar, hay muchas respuestas que podrían variar según el caso.

## 5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A nivel general no se han apreciado notables diferencias significativas frente a las variables estudiadas. No obstante, a continuación se muestran las hipótesis llevadas a cabo para el estudio.

**Hipótesis 1: Habrá diferencias de valoración en función de la formación recibida**

Son muchas las demandas educativas que el alumnado con TDAH plantea en el centro educativo ya que el titular de una publicación mensual multidisciplinaria al servicio de los afectados por el TDAH es “en cada clase hay, al menos, un niño con TDAH” (disponible en (09/05/2015): <http://www.comunidad-tdah.com/edicion/2012-09-28>]. Es por ello por lo que cada vez más docentes adquieren conocimientos sobre TDAH.

En el estudio, se percibe que hoy en día la gran mayoría de los participantes no ha obtenido formación alguna al respecto, tan solo 14 de los 58 participantes tenían horas de formación.

Basándonos en la hipótesis establecida y analizando los resultados entre aquellos que tienen formación y los que no, el resultado ha sido sorprendente ya que tan solo en una de las catorce afirmaciones ha habido diferencias significativas. Las personas con formación creen que la atención al alumnado con TDAH requiere una constante planificación y organización valorándolo con una media de 8,86 mientras que los que no han adquirido información lo han ponderado con una media de 7,59.

En este caso, se verifica levemente la hipótesis planteada en la que sí habrá diferencias de valoración en función de la formación recibida. No obstante, se analiza qué ocurre a mayores horas de formación y el resultado ha sido semejante: se dan pequeñas diferencias en la valoración.

## Hipótesis 2: No habrá diferencias por género

Al evaluar los datos referentes a la variable género dados por los participantes del estudio, observamos una diferencia significativa solo en una de las afirmaciones establecidas. Las mujeres creen con un 6,30 que los niños son movidos por el entorno social que ha cambiado mientras que los hombres lo han puntuado con un 4,33.

La hipótesis por lo tanto no se verifica en su totalidad ya que existe una mínima diferencia por género.

## Hipótesis 4: No habrá diferencias entre centro concertado y público

Los resultados ponen de manifiesto que la hipótesis no se cumple, ya que en cuatro de los casos hay diferencias significativas en función del tipo de centro. En la primera de ellas el colegio concertado cree que hay bastantes niños diagnosticados de TDAH (7,36) mientras que el colegio público no cree que haya alumnado sobrediagnosticado, sino que los niños censados con TDAH son porque en realidad lo padecen (5,53).

El colegio público cree que la medicación a este alumnado no afecta a que rinda mejor en el ámbito educativo mientras que el colegio concertado cree que algo sí puede hacer el tratamiento farmacológico para que trabaje mejor (4,70 del colegio público frente al 6,46 del concertado).

Ante mayor exigencia académica el colegio José María de Huarte considera que no tiene por qué ocurrir que el alumnado con dicho trastorno se frustre ponderándolo con una media de 5,06 y, por lo tanto no es necesaria una constante planificación y organización (6,65) mientras que el colegio Luís Amigó lo ha valorado con una media de 7,24 y, por lo tanto, creen que se pueden llegar a frustrar bastante y, como consecuencia, ponen medidas para reducir dicha frustración a través de una planificación y organización constante ( 8,41).

**Hipótesis 4: Habrá diferencias entre infantil y primaria.**

El profesorado tiene un papel crucial en la detección del trastorno y, aunque se esperaban diferencias en función de la etapa educativa en la que se encontrasen los docentes ya que en edades comprendidas entre 0 y 6 años los niños ya son inquietos de por sí y es muy difícil la valoración acerca de padecer o no TDAH. Los resultados ponen de manifiesto que no hay diferencias significativas entre ambos grupos y, por lo tanto, hace que la hipótesis planteada será errónea.

## **CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN**

La sociedad actual vela por generar una escuela totalmente inclusiva en la que cada alumno, por diferente que sea, pueda aprender en un entorno educativo al igual que el resto. Una escuela inclusiva requiere una implicación total tanto de docentes como de familias, es decir, el hecho de saber que cada alumno es único y diferente, los docentes deben modificar los proyectos didácticos que se vayan realizando en función de las necesidades presentes en el aula.

Los temas de debate en la literatura y en los centros educativos es, por un lado, el elevado porcentaje del alumnado diagnosticado con TDAH siendo, al menos, una persona con dicho trastorno en cada clase. Dada la alta prevalencia del trastorno, es oportuno iniciar una investigación al respecto sobre las creencias que tienen los docentes en relación con este alumnado.

Otro de los temas de debate es si el tratamiento farmacológico realiza el papel fundamental para que el alumno con TDAH rinda mejor en el ámbito académico o, por el contrario, sea un obstáculo para su proceso de aprendizaje y adquisición de conocimientos.

La cuestión que se percibe anualmente en los centros es el impacto que el TDAH genera tanto en las familias como en la dinámica del centro escolar. El requisito de una nueva organización o una constante planificación

El papel de los padres, como el de los docentes es muy significativo para el alumnado con dicho trastorno ya que el autoestima del alumno depende, entre otros, de cómo se organice una clase, la motivación que la misma le produzca o la irritabilidad que le suponga enfrentarse a una determinada tarea.

Dado el gran impacto que los docentes pueden generar en el alumnado sería interesante valorar las creencias que ellos tienen sobre su docencia, sobre su conocimiento frente a la adversidad de alumnado así como su punto de vista al respecto.

Los resultados obtenidos de los análisis realizados permiten formular algunas conclusiones:

- Los docentes de ambos colegios de Pamplona presentan un porcentaje relativamente bajo de información y formación en torno al TDAH.
- Apenas hay diferencias en las creencias de los profesores en cuanto a las variables estudiadas.
- A mayor edad y más experiencia docente se percibe una interpretación del trastorno más cercana y comprensiva. Los docentes más experimentados comprenden mejor la situación de las familias y consideran muy importante la planificación y organización del trabajo en el aula.
- El TDAH debe ser detectado lo más tempranamente posible e intervenir de manera adecuada en el proceso educativo del alumnado. Generalmente, los docentes son figuras que pasan bastante tiempo con los niños y, por lo tanto, tienen que conocer y profundizar sobre las necesidades que pueda haber en el aula para poder iniciar el proceso diagnóstico.

En la realización del estudio había respuestas muy variadas dadas las numerosas dudas que los profesionales del ámbito educativo poseían en relación con el diagnóstico, por lo que la reflexión y formación sobre este trastorno sería clave para mejorar la calidad del aprendizaje en esta población.

#### LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Sería interesante ampliar este tipo de investigación a otros centros y etapas formativas, para saber si las creencias de los docentes varían en función de la edad de los alumnos o en función de alguna de las variables propuestas. Asimismo, con muestras más amplias, se podría comprobar si se mantienen diferencias en centros públicos o concertados. También sería interesante perfeccionar el cuestionario para ajustar más las preguntas a los temas de interés de los sujetos participantes así como para explicar con más detalle los contenidos a los que se hacían referencia en cada una de ellas. Asimismo, se podría ampliar o variar la forma de aplicación permitiendo al entrevistador exponer con más amplitud el contenido del tema.

No ha sido posible exponer los datos de la investigación a los participantes. No obstante, sería muy positivo compartir con ellos los resultados obtenidos y, tras reflexionar sobre las estrategias más adecuadas de trabajo con este tipo de alumnado, volver a pasar el cuestionario y comprobar si las creencias han cambiado.

## REFERENCIAS

- Álamo, F. Q., Lauffer, J., & Lumbreras, F. Q. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Masson.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, *159*(1), 36-42. [Disponible en (08/02/2015): <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.159.1.36>]
- Díaz, A., González, J. E. J., Rodríguez, C., Afonso, M., & Hernández, C. A. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología y Educación*, *8*(2), 155-170.
- Díaz-Lucero, A. H., Melano, C. A., & Etchepareborda, M. C. (2011). Síndrome de déficit de atención, del control motor y de la percepción (DAMP): perfil neuropsicológico. *revista de neurología*, *52* (Supl 1), S71-S75. [Disponible en (02/03/2015): <http://www.neurologia.com/pdf/Web/52S01/bfS01S071.pdf>]
- Esperón, C. S. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Ed. Médica Panamericana.
- Fernández, S. J. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, *19*(4), 585-590.
- GARCÍA, I. M. (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, *54*(1), 81-93.

- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158.
- Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V (2013). [Disponible en (08/02/2015):<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>]
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. (2010). [Disponible en (08/02/2015): [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf)]
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P. & Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 49(5), 257-264.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. A., López, M., Salas, M., Zurga, J. R., Montiel-Barbero, I., ... & Cardozo, J. J. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Rev Neurol*, 35(11), 1019-24.
- Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*.
- Pujolàs i Maset, P. (2004). Aprender juntos alumnos diferentes: los equipos de aprendizaje cooperativo en el aula. [Disponible en (09/05/2015): <http://www.octaedro.com/pdf/10062.pdf>]
- Ramón, P. R., Sánchez, J. N. G., & González, M. D. C. D. (2009). Relación entre tipología de alumnos y factores psicológicos parentales en familias de personas con y sin dificultades de aprendizaje y TDAH. *Análisis y modificación de conducta*, 35(152), 1-18.

- Roselló, B., García, R., Tárraga, M., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 79-84.
- Segura, A. B. J. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE 10, DSM IV–R y CFTMEA–R 2000). *Norte de Salud mental*, 8(35).
- Segura, M. J. M. (Sin fecha). Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). [Disponible en (13/02/2015): <http://www.tdah-granada.com/wp-content/uploads/2014/11/Caracter%C3%ADsticas-del-TDAH.pdf>]
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.
- Still, (sin fecha) Asociación Balear de padres de niños con TDAH. Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH. Palma de Mallorca. Gobierno de Baleares. [Disponible en (08/02/2015): [www.still-tdah.com](http://www.still-tdah.com)].
- Tirapu-Ustárroz, J., Muñoz-Céspedes, J. M., Pelegrín-Valero, C., & Albéniz-Ferreras, A. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 41(3), 177-186.
- Vicario, M. I. H., & Esperón, C. S. (1996). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Vicario, M. I. H (2007). Evaluación diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. [Disponible en (08/02/2015): <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:cmdE66FsbGUJ:scholar.google.com>]
- Villar, I. O. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores*. CEPE.

Villamarín, S., Berdullas, S., de Vicente, A., & Castilla, C (Sin fecha). *La hiperactividad en España*. [Disponible en 13/02/2015]: <http://www.cop.es/infocop/pdf/2447.pdf>]

## **LEGISLACIÓN**

### **INTERNACIONAL**

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución núm, 217, 10 de diciembre de 1948

Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, adoptada por la resolución de la Asamblea General 2856 (XXVI), de 20 de diciembre de 1971.

Declaración de los Derechos de los Impedidos, adoptada por la resolución de la Asamblea General 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975.

Declaración de Salamanca y Marco de Acción sobre necesidades educativas especiales 10 de junio de 1994.

Declaración Mundial sobre la Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje, aprobada por la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos celebrada en Jomtien (Tailandia), el 9 de marzo de 1990.

Declaración de Oslo. Octava reunión del Grupo de Alto Nivel sobre Educación Para Todos en Noruega el 16-18 de diciembre de 2008.

### **NACIONAL**

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. BOE, 6 de agosto de 1970, núm. 187, p. 12525-12546.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. BOE, 30 de abril de 1982, núm. 298, p. 11106-11112.

Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. BOE, 4 de julio de 1985, núm. 159, p. 21015-21022.

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE, 4 de octubre de 1990, núm. 238, p. 28927-28942.

Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. BOE, 24 de diciembre de 2002, núm. 307, p.45188-45220.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE, 4 de mayo de 2006, núm. 106, p. 17158-17207.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa L.O.M.C.E). BOE, 10 de diciembre de 2013, núm. 295, 97858-97921.

### FORAL

Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, del Consejero de Educación por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra. BON, 30 de julio de 2008, núm. 93, p. 8705-8784

Orden Foral 65/2012, de 18 de junio, del consejero de educación, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos de aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria, bachillerato y formación profesional de la comunidad foral de navarra. BON, 20 de julio de 2012, núm 143, p. 8771-8800

## ANEXO

El presente cuestionario tiene como objetivo recoger las creencias de los docentes sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. La finalidad es analizar esta información y presentar estrategias de trabajo que puedan facilitar un buen desempeño con esta dificultad.

La información recogida se codificará a fin que no se pueda conocer la opinión individual de cada participante y los datos se presentarán agrupados.

- Edad: \_\_\_\_\_
- Género: \_\_\_\_\_
- Años de docencia: \_\_\_\_\_
- Formación TDAH:                    Si            No            Número de horas: \_\_\_\_\_

A continuación, se señalan una serie de afirmaciones con las que usted pueda estar de acuerdo o no. Señale con un círculo el número que más se acomode a su opinión. Nada de acuerdo (nada) o totalmente de acuerdo (total). Todas las respuestas son correctas.

1. Existe sobrediagnóstico.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nada ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● total

2. Cuando un niño tiene TDAH se detecta en clase muy pronto.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nada ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● total

3. Nos parece que los/as niños/as son movidos por el entorno social que ha cambiado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nada ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● total

4. En muchos casos de TDAH no es que el niño tenga un trastorno sino una falta de límites en casa.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nada ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● total

5. El tratamiento farmacológico se utiliza para que el alumno trabaje mejor.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nada ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● total



