

**Percepción de los síntomas del TDAH por padres,
profesores y alumnos**

**Perception of ADHD symptoms by parents, teachers and
students**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Yamilet Flores Lebrón

Tutorizado por Juan Eugenio Jiménez González

Curso Académico 2020-21

Estudiante

Yamilet Flores Lebrón

Título

Percepción de los síntomas del TDAH por padres, profesores y alumnos.

Grado

Grado en Psicología

Centro

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Director

Juan Eugenio Jiménez González

Departamento

Psicología Evolutiva y Educación

Curso académico

2020/2021

A mis docentes y en especial a mi tutor por su ayuda, paciencia y dedicación. A Iván Trujillo por los conocimientos brindados. Al profesorado del C.E.O. Andrés Orozco por siempre abrirme las puertas y hacerme sentir como en casa. A mis padres por confiar, por los valores y principios que me han inculcado. A mi hermana por creer en mí. A mis abuelos y a mi tía por iluminar el camino. Al resto de familiares por apoyarme y darme fuerzas. Finalmente, a mis amigos por el apoyo diario, en especial a Yazmina y Alba por no dejar que me rinda.

Resumen

Se ha realizado una investigación, con el objetivo de analizar la percepción de los síntomas del TDAH por parte de los profesores, padres y alumnado. Para ello, se administró el cuestionario el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad que se encuentra dentro de la guía para la detección temprana de discapacidades, trastornos, dificultades de aprendizaje y altas capacidades intelectuales (Extraído del DSM-IV y adaptado por Díaz y Jiménez, 2006). La hipótesis inicial es comprobar si los padres sobredimensionan síntomas asociados al déficit de atención e hiperactividad de sus hijos. Sin embargo, los análisis realizados mostraron que no hubo diferencias entre los grupos tanto al comparar los síntomas asociados al déficit de atención y/o hiperactividad y tampoco cuando se tomaron conjuntamente.

Palabras claves: TDAH, Percepción, Padres, Profesores, Alumnos.

Abstract

An investigation has been carried out, with the aim of analyzing the perception of ADHD symptoms by teachers, parents and students. To do this, the Attention Deficit Disorder with or without hyperactivity questionnaire was administered, which is within the guide for the early detection of disabilities, disorders, learning difficulties and high intellectual capacities (Extracted from DSM-IV and adapted by Díaz and Jiménez, 2006). The initial hypothesis is to check whether parents overestimate symptoms associated with their children's attention deficit and hyperactivity disorder. However, the analyzes carried out showed that there weren't differences between the groups both when comparing the symptoms associated with attention deficit and / or hyperactivity and not when they were taken together.

Keywords: ADHD, Perception, Parents, Teachers, Students.

Índice

1.- Introducción	6
1.1.- Definición del TDAH	9
1.2.- Síntomas principales del TDAH	9
1.3.- Trastornos añadidos: Comorbilidad	10
1.4.- Métodos de tratamiento	11
2.- Método	11
2.1.- Objetivo	11
2.1.1.- <i>Objetivos generales</i>	11
2.1.2.- <i>Objetivos específicos</i>	12
2.2.- Procedimiento de recogida de datos	12
2.3.- Diseño	12
2.4.- Participantes	13
2.5.- Instrumentos de Recogida de la información	13
2.6.- Procedimiento de análisis de la información	14
2.7.- Cronograma	14
3.- Resultados	15
3.1.- Atención	15
3.2.- Hiperactividad	17
3.3.- Atención e hiperactividad	18
4.- Discusión	20
5.- Conclusiones	21
6.- Anexos	22
7.- Referencias	28

1.- Introducción

El TDAH es un trastorno neurobiológico que afecta a gran parte de la población infantil. Las personas que lo padecen tienen dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas, unida a la falta de control de impulsos. También presentan hiperactividad. Por lo que actualmente, se ha convertido en una de las causas más frecuentes de fracaso escolar y de problemas sociales en edad infantil.

La Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, consciente de la necesidad de la detección temprana del TDAH, ha establecido procedimientos para conseguir dicho objetivo desde el curso 2005-2006.

Entre un 3% y un 5% de los niños (poco frecuente en las niñas) menores de 10 años presentan déficit de atención con hiperactividad (Orjales 2005). Se acepta que la prevalencia varía con la edad, pero disminuye a medida que aumenta la edad en los grupos de 10 a 20 años (Cohen et al., 1993), de 8 a 15 años (Bonet et al., 2004) y de 6 a 14 años (Bergeron et al., 1999).

Es de carácter crónico, aunque entrenándose se pueden reducir los síntomas. Por ello, es importante la detección anticipada ya que nos permitirá una intervención temprana, lo que dará la oportunidad de disminuir el impacto que tiene para el niño y su familia el “ser distinto”.

Debemos tener en cuenta que las etiquetas y el concepto que se tiene de ellos están dañando emocionalmente a los niños que la presentan. Lo cual, si no es tratado debidamente, podría relacionarse con ansiedad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, etc.

Conceptualmente, se mantiene que presenta una base biológica y es de carácter intrínseco a la persona (Frazier, Gluting, Marley, Watkins y Youngstron, 2007; Jakobson y Kikas, 2007; Kline y Lerner, 2006), si bien, las corrientes ambientalistas apoyan que las variables contextuales, entre las que se incluyen las familiares, también pueden ejercer como elementos moduladores del desarrollo de los niños que presentan este tipo de características, de modo que se trata de factores que es necesario estudiar y conocer en profundidad (Jiménez y Rodríguez, 2008; Alberola, Andrés y López, 2008;

Pheula, Rohde y Schmitz, 2011; Herreruzo, Pinto y Raya, 2008; Shur-Fen, 2007; Carroll, Muter y Snowling, 2007).

En los últimos años ha emergido una vertiente empírica que estudia la influencia que ejercen sobre el desarrollo de los niños las variables familiares de carácter dinámico o con posibilidad de fluctuación y variabilidad. Dichas variables definen a las familias en torno al qué hacen, refiriéndose a su carácter procesual o a los procesos socioeducativos que se llevan a cabo dentro de la misma, y se pueden organizar en torno a dos grandes categorías interconectadas. La primera categoría es la relativa al clima familiar e incluye factores tales como las relaciones y los lazos familiares, los estilos educativos parentales o el funcionamiento familiar; la segunda categoría es la implicación educativa parental, que incluye aspectos tales como la provisión familiar de recursos estimuladores del aprendizaje, la participación parental en temas académicos, las actitudes y expectativas educativas de los padres o su cooperación y comunicación con los profesionales educativos. La mayoría de los estudios reconocen la importancia de que el clima del hogar y la implicación educativa parental sean positivos para que el desarrollo general los niños sea correcto, si bien, algunas investigaciones detectan deficiencias en algunos de estos aspectos en los hogares donde hay niños con TDAH (Buehler y Ghazariany, 2010; Armstrong, Haynes, Khan y Rohner, 2010).

Esto cobra sentido ya que, si la familia desempeña un papel trascendental en la vida de todos los seres humanos, dado que en ella recaen papeles tan importantes y trascendentales como la creación de vínculos afectivos, la socialización, la construcción de la norma, la formación en valores, entre muchos otros elementos, no se puede dejar de lado la comprensión del TDAH como una construcción individual, familiar y social.

Las percepciones de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) pueden influir también en las tasas de diagnóstico del trastorno y el manejo de los niños en las escuelas. Un estudio investigó el conocimiento y las percepciones del TDAH en una muestra de 589 maestros de escuela primaria de colegios italianos, utilizando un cuestionario de autoinforme que incluía el cuestionario de percepción del TDAH (Fang y Norvilitis, 2005) y la escala de conocimiento del TDAH (Gordon, Hustler y Jerome, 1994). Los resultados mostraron que los profesores italianos tenían un nivel moderado de conocimiento, que sus percepciones sobre el TDAH eran ambivalentes, que su experiencia docente no se correlacionaba positivamente con sus

percepciones y conocimientos sobre el TDAH y que recibir información especializada sobre el TDAH tenía una influencia limitada en sus estudios.

Autores como Bakker et al., (2012) se refieren al abordaje de casos de niños con TDAH desde un ‘tratamiento multimodal’ en tres vías: el tratamiento farmacológico, el tratamiento individual al niño y la orientación psicosocial (asesoría a padres y docentes en la comprensión y atención del niño), para obtener resultados significativos en la mejoría de la situación inicial; esto es, que la efectividad del tratamiento aumenta si el abordaje se hace integralmente.

A partir del conocimiento amplio de todos los factores que pueden incidir en el desarrollo psicoacadémico de los niños, se estará en disposición de ofrecerles alternativas de intervención multicomponentes y multicontextuales que favorezcan su aprendizaje y madurez (Moliner, Moliner y Sales, 2010; Peralta, Sobrino y Zulueta, 2005).

Una de las hipótesis actuales es si el tener un vínculo seguro favorece el desarrollo de competencias en donde los TDAH tienen dificultades (Fonagy y Traget, 2002; Marrone, 2008).

Otra de las hipótesis es que un patrón ambivalente y un patrón desorganizado son apegos relevantes en relación al TDAH (Chahoud, Clarke, Jonson, Syiefel y Ungerer, 2002; Finzi, Manor y Tyano, 2006; Stiefel, 1997).

Asimismo, otra suposición, es que los niños y adolescentes con TDAH sobreestiman su sintomatología básica y su funcionamiento social, conductual y académico (Barkley, 1997).

Por ello, se justifica el desarrollo de nuevas investigaciones en este sentido, siendo precisamente éste el enclave del presente trabajo, es decir, la realización de una investigación sobre las percepciones de padre, profesores y alumnos acerca de los síntomas asociados al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En él se persigue, como principal objetivo, aceptar o rechazar la hipótesis de si los padres sobredimensionan los síntomas del TDAH.

1.1.- Definición del TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con bases neurobiológicas. Se define según los criterios diagnósticos DSM-V, por la presencia continuada de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que deben haber estado presentes durante más de seis meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

El DMS-V diagnostica “inatención” cuando persiste 6 o más de los siguientes síntomas (A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades; A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas; A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente; A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo; A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades; A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades; A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes; A menudo es descuidado en las actividades diarias). Respecto al diagnóstico de la “hiperactividad e impulsividad” se realiza cuando se cumplen 6 o más de los síntomas que se exponen a continuación (A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento; A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado; A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo; A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor; A menudo habla en exceso; A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas; A menudo tiene dificultades para guardar turno; A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros).

1.2.- Síntomas principales del TDAH

Según el DSM-V a seis o más de los siguientes síntomas han estado presentes en la persona por lo menos durante seis meses.

Respecto a la inatención los síntomas son los siguientes: a menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades; a menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los

juegos; a menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente; a menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, lo quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones); a menudo le cuesta organizar las actividades; a menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa); a menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (por ejemplo juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas); se distrae con frecuencia; tiende a ser olvidadizo en la vida diaria.

Con relación a la hiperactividad los síntomas son los siguientes: a menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado; a menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado; a menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos; a menudo, tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación; a menudo, “está en constante movimiento” o parece que tuviera “un motor en los pies”; a menudo se habla demasiado “en exceso”.

Respecto a la impulsividad los síntomas son los siguientes: a menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta; a menudo le cuesta esperar su turno y respetar las colas; a menudo interrumpe al que está hablando o se entromete, por ejemplo, en una conversación o juego.

Dichos síntomas están presentes desde antes de los 7 años de edad, algunas de las alteraciones están presente en dos o más situaciones y los síntomas no deben ocurrir únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

1.3.- Trastornos añadidos: Comorbilidad

El TDAH se complica no sólo por la variedad de alteraciones cognitivas y de conducta presente sino también por la llamada comorbilidad; o sea, la co-ocurrencia de otros diagnósticos psiquiátricos que se presenta en la mayoría de los sujetos en más del 50% de los afectados (Cantwell, Jensen y Martin, 1997; Szerman, 2008). Dificultan el diagnóstico ya que enmascaran al TDAH.

Al hablar de comorbilidad debemos tener en cuenta que algunos trastornos se ven en la infancia, pero son los de menos repercusión sobre la vida del propio paciente, sobre la familia y sobre la sociedad. La comorbilidad sobre la vida del propio paciente, sobre la

familia y sobre la sociedad aparecen en la adolescencia y en la edad adulta (Pascual-Castroviejo, 2002).

Los trastornos comórbidos que más se suelen dar son los siguientes: depresión y otros trastornos afectivos; consumo de drogas; trastornos del desarrollo de la coordinación; trastornos del lenguaje y de la comunicación; Síndrome de Tourette/Trastorno obsesivo compulsivo; Trastornos de la conducta; Trastornos de ansiedad; Problemas para la conducción de vehículos; Retraso mental; Trastorno de Asperger; Trastornos generalizados del desarrollo; Trastorno de la conducta; Impulsividad/Agresividad.

1.4.- Métodos de tratamiento

El tratamiento se realiza con la finalidad de mejorar los síntomas del TDAH, reducir y eliminar los síntomas asociadas y mejorar las consecuencias.

Específicamente, el tratamiento psicológico, se trata de modificar conductas y en técnicas cognitivo-conductuales. Debe comenzar en el momento de diagnóstico, y a partir de entonces se debe informar tanto al sujeto como a su familia para aumentar la implicación en el proceso terapéutico (Bosch-Munsó et al., 2006).

La terapia cognitivo-conductual parece mejorar los síntomas depresivos y ansioso comórbidos, así como la adherencia terapéutica. Trabaja con la hipótesis de que el comportamiento de los niños/as y de los/as adultos se puede modificar trabajando directamente sobre él mediante asociaciones adecuadas.

Se pueden obtener los siguientes efectos positivos (Becoña y Gutiérrez-Moyano, 1989; Campos et al., 2009; Taylor, 1991): Aumento de atención y mejora del rendimiento académico; mejor autocontrol de la actividad motora excesiva; mejora de la interacción social, como consecuencia del control de la impulsividad.

2.- Método

2.1.- Objetivo

2.1.1.- Objetivos generales

Estudiar los síntomas asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el entorno de la escuela.

2.1.2.- Objetivos específicos

Analizar si hay coincidencia o no entre padres, alumnos y profesores sobre los síntomas en cada caso.

La hipótesis de este proyecto es que los padres tienden a sobredimensionar más los síntomas del TDAH. Los niños suelen disminuir la dimensión de los síntomas.

2.2.- Procedimiento de recogida de datos

La presentación del proyecto al centro y la recogida de datos se realizó en un total de 6 sesiones.

Se comenzó el 18 de marzo, enviando la solicitud al C.E.O. Andrés Orozco para la realización del mismo.

En los días 22 y 24 de marzo se llevaron a cabo las reuniones pertinentes con el equipo directivo y el equipo de orientación, respectivamente, en las cuales se explicó el proyecto y como se llevaría a cabo.

La siguiente sesión fue el 16 de abril, cuando se le enseñó al equipo directivo tanto las autorizaciones como los cuestionarios que se aplicarían. Ese mismo día fueron enviados a las familias.

El 29 de abril se recogieron las autorizaciones y los cuestionarios y se realizó un listado con los participantes.

El día 30 de abril se asistió al centro para realizar la aplicación del cuestionario tanto a profesores como a los alumnos autorizados.

2.3.- Diseño

Respecto al método científico podemos decir que es **cuantitativo**, ya que utilizamos los números para investigar un fenómeno y obtener una conclusión numérica.

En relación con la metodología es **hipotético-deductiva**, ya que primero observamos el fenómeno que quiero estudiar, luego creo una hipótesis, deduzco las consecuencias y compruebo o refuto los enunciados deducidos mediante la experiencia.

El grado del control sería **de encuesta** ya que no existe manipulación, sólo se observa. Sería de tipo **transversal**, ya que recogemos los datos en un solo punto del tiempo.

Sería **cuasi-experimental** ya que, la manipulación es de selección y no existe aleatorización de las variables.

2.4.- Participantes

Fueron seleccionados 4 aulas (1º y 2º de educación primaria) del colegio C.E.O. Andrés Orozco, ubicado en el municipio de Arafo (Santa Cruz de Tenerife, España). La investigación contó con un tamaño muestral de 28 sujetos, de los cuales 6 eran niños y 10 eran niñas, pertenecientes a 1º de E.P. de 6 y 7 años. Respecto a 2º de E.P. se contó con la participación de 5 niños y 7 niñas de entre 7 y 9 años. Asimismo, se contó con la participación de las 4 tutoras. Se presentan a los participantes en la Tabla 1.

Tabla 1.

Distribución de la muestra de alumnos en función de su curso y género.

	Niños	Niñas	Total
1º Primaria	6	10	16
2º Primaria	5	7	12
Total	11	17	28

2.5.- Instrumentos de Recogida de la información

La información se recogió mediante el cuestionario “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad” que se encuentra dentro de la “Guía para la detección temprana de discapacidades, trastornos, dificultades de aprendizaje y altas capacidades intelectuales” del Gobierno de Canarias (Extraído del DSM-IV y adaptado por Díaz y Jiménez, 2006).

Instrumento que permite una evaluación de los síntomas de la inatención y de la hiperactividad en niños mediante 3 escalas: una escala es de inatención, formada por los 9 primeros ítems de dicho cuestionario; otra escala es de hiperactividad, compuesta los 9 últimos ítems y una última escala de ambos trastornos, formado por los 18 ítems del cuestionario.

2.6.- Procedimiento de análisis de la información

Lo primero que se ha realizado es una base de datos en Excel.

A continuación, a la variable grupo se la ha codificado otorgando un 1 a los alumnos, un 2 a las profesoras y un 3 a la familia (madre y padre).

Luego, se ha seleccionado solo la columna de la suma de las puntuaciones de inatención, hiperactividad y la de ambos.

Para la aplicación del modelo ANOVA he utilizado el paquete estadístico SPSS.

Para las pruebas post-hoc se ha seleccionado Bonferroni.

2.7.- Cronograma

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Asignación del tutor del TFG y visión de las orientaciones para enfocar el TFG.					
Tomar la decisión de si quería hacer una intervención o una investigación.					
Decidir tema.					
Preparación del cuestionario y solicitud para el colegio.					
Citación con la directora, orientadoras y profesorado del centro. Preparación de las autorizaciones para los padres.					
Portada e introducción.					
Objetivos, diseños, participantes e instrumentos.					
Resolver dudas y corregir errores.					
Recoger cuestionarios.					
Pase de datos y comienzo del análisis.					
Terminar análisis de los resultados.					
Redacción de los resultados.					
Redacción de la discusión, conclusiones, limitaciones y resumen.					
Corrección del borrador.					
Resolución de dudas.					
Revisión, montaje de la presentación.					
Ensayo del TFG y presentación.					

3.- Resultados

Con el de analizar si existen diferencias en las perspectivas de padres, alumnos y profesores, llevamos a cabo un Modelo Lineal General Univariante. Tomamos como factor fijo o variable independiente intersujeto: grupo [profesoras vs., padres vs. alumnos]. Y como variables dependientes: atención, hiperactividad y ambos.

3.1.- Atención

La Tabla 2 muestra las medias y desviaciones típicas respecto a la atención en función del grupo.

Tabla 2.

Datos estadísticos descriptivos de atención por grupos.

Grupo		Estadístico	Error estándar
Alumno	Media	6.62	.57
	Desviación estándar	3.11	
Profesora	Media	4.10	.92
	Desviación estándar	4.98	
Familia	Media	6.49	.67
	Desviación estándar	4.39	

Los resultados de la Tabla 3 muestran que existe efecto principal debido a grupo en la atención, $F(2, 100) = 3.39$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 1.31$, por lo que rechazamos la igualdad de medias.

Tabla 3.

Resultados del Anova de atención.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
--	-------------------	----	------------------	---	------

Entre grupos	123.20	2	61.60	3.39	.038
Dentro de grupos	1778.26	98	18.14		
Total	1901.46	100			

Sin embargo, el análisis par a par demuestra que no existen diferencias significativas (Tabla 4). Es decir, no encontramos diferencias significativas en atención cuando realizamos las comparaciones par a par entre los grupos.

Tabla 4.

Comparación múltiple de atención.

(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Alumno	Profesor/a	2.51	1.11	.08	-.21	5.24
	Familia	.13	1.02	1.00	-2.36	2.63
Profesor/a	Alumno	-2.51	1.11	.08	-5.24	.21
	Familia	-2.38	1.02	.06	-4.88	.11
Familia	Alumno	-.13	1.02	1.00	-2.63	2.36
	Profesor/a	2.38	1.02	.06	-.11	4.88

La Figura 1 muestra de las medias obtenidas por los grupos en la escala de atención.

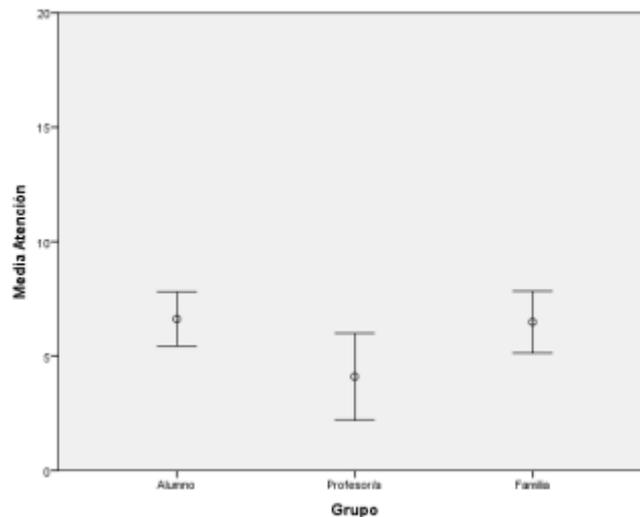


Figura 1. Representación gráfica de las medias de los grupos en atención.

3.2.- Hiperactividad

La Tabla 5 muestra las medias y desviaciones típicas respecto a la hiperactividad en función del grupo.

Tabla 5.

Datos estadísticos descriptivos de hiperactividad por grupos.

Grupo		Estadístico	Error estándar
Alumno	Media	5.31	.74
	Desviación estándar	4.01	
Profesor/a	Media	4.34	1.05
	Desviación estándar	5.66	
Familia	Media	5.30	.59
	Desviación estándar	3.89	

Los resultados de la Tabla 6 muestran que no existe efecto principal debido a grupo en hiperactividad, $F(2, 100) = 0.47$ $p = 0.62$, por lo que aceptamos la igualdad de medias.

Tabla 6.

Resultados del Anova de hiperactividad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	19.08	2	9.54	.47	.62
Dentro de grupos	1987.82	98	20.28		
Total	2006.91	100			

Esto significa que no hay diferencias entre los grupos en la escala de hiperactividad.

La Figura 2 muestra una representación gráfica de las medias obtenidas por los grupos en la escala de hiperactividad.

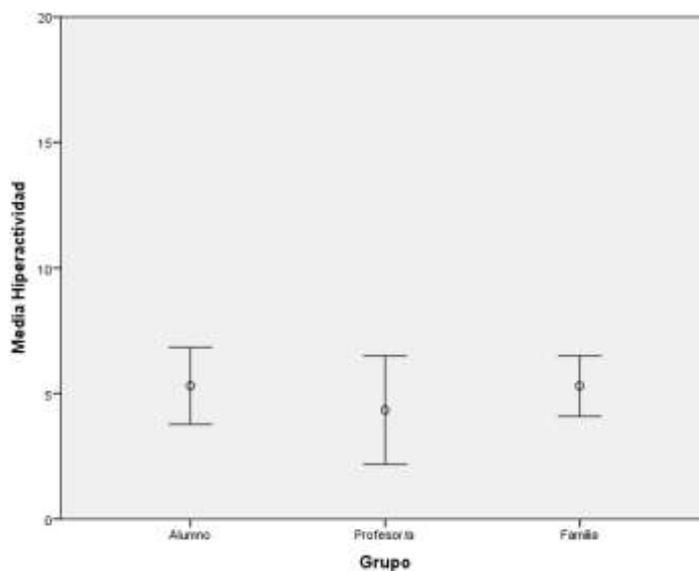


Figura 2. Representación gráfica de las medias de los grupos en hiperactividad.

3.3.- Atención e hiperactividad

La Tabla 7 muestra las medias y desviaciones típicas respecto a la atención e hiperactividad en función del grupo.

Tabla 7.

Datos estadísticos descriptivos de atención e hiperactividad por grupos.

Grupo		Estadístico	Error estándar
Alumno	Media	11.90	1.11
	Desviación estándar	6.00	
Profesor/a	Media	8.34	1.84
	Desviación estándar	9.95	
Familia	Media	11.79	1.15
	Desviación estándar	7.57	

Los resultados de la Tabla 8 muestran que no existe efecto principal debido a grupo en la suma de atención e hiperactividad, $F(2, 100) = 1.99$ $p = 0.14$, por lo que aceptamos la igualdad de medias.

Tabla 8.

Resultados del Anova de la suma de factores (atención e hiperactividad).

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	251.78	2	125.89	1.99	.14
Dentro de grupos	6192.35	98	63.18		
Total	6444.13	100			

Esto significa que no hay diferencias entre los grupos en la escala de atención e hiperactividad.

La Figura 3 muestra una representación gráfica de las medias obtenidas por los grupos en la escala de suma de atención e hiperactividad.

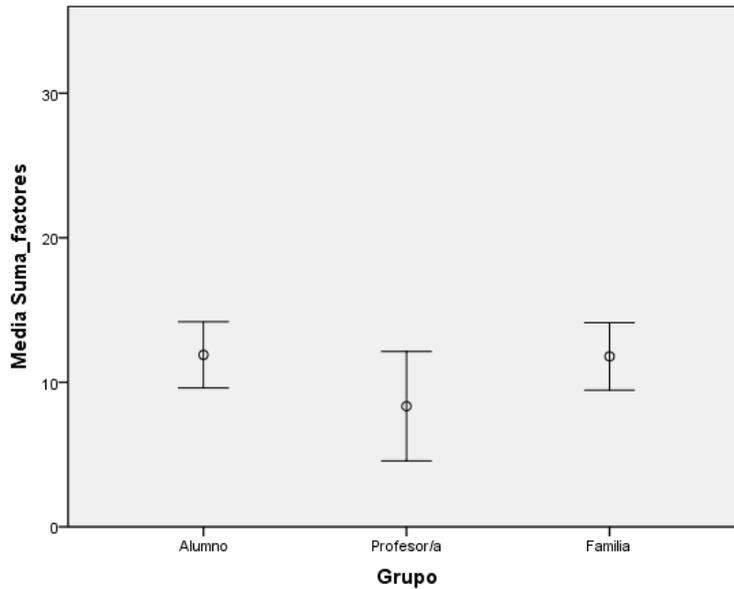


Figura 3. Representación gráfica de las medias de los grupos en atención e hiperactividad.

4.- Discusión

En estudios previos (García Castellar, Jara Jiménez y Sánchez Chiva, 2008) que han analizado la relación entre las valoraciones de los profesores y padres sobre problemas comportamentales con los compañeros, se estima que el 44% de los problemas comportamentales percibidos por los padres puede predecirse a partir de las valoraciones de los profesores. También señala que un 19 % de las valoraciones de la conducta prosocial de los niños percibida por padres predicen las valoraciones de los profesores.

Respecto a la percepción que padres y profesores tienen sobre las competencias sociales (problemas con los compañeros y conducta prosocial) en niños con/sin TDAH, los resultados muestran que los profesores perciben de forma significativa más problemas con los compañeros en los niños con TDAH que en los niños sin TDAH. Sin embargo, respecto a la valoración de los padres sobre los problemas con los compañeros, no se aprecian diferencias significativas entre los niños con TDAH y sin TDAH. Respecto a la conducta prosocial, se observa el mismo perfil que el descrito con anterioridad. Son los profesores los que valoran de forma significativa una menor conducta prosocial en los niños con TDAH en comparación con los niños sin TDAH (García Castellar et al., 2008).

En el presente trabajo, al analizar los datos podemos decir que se rechaza nuestra hipótesis, debido a que la percepción de padres y alumnos respecto los problemas de atención e hiperactividad es la misma.

5.- Conclusiones

Atendiendo al objetivo de esta investigación, comparar las perspectivas que tienen los profesores, los padres y los menores sobre el TDAH mediante un cuestionario, se concluye que rechazamos la hipótesis ya que la percepción de padres y alumnos es la misma.

Esto se puede deber a que no se trabaja con muestras de alumnos identificados con TDAH. En un estudio realizado anteriormente con niños diagnosticados con TDAH, llegaron a la conclusión de que la percepción de ansiedad que tienen los niños es superior significativamente al nivel de ansiedad que perciben sus padres y profesores en ellos. (Fernández Medina, Martínez-Restrepo, Parra-Bolaños y Peña, 2016).

Otra limitación que puede afectar a nuestros resultados es que el tamaño muestral es relativamente pequeño.

También debemos aclarar que estos resultados no son extrapolables a otro contexto diferente al que se ha analizado, ya que, en un centro con menos recursos, quizás se vea más afectada la atención y la hiperactividad.

6.- Anexos

Cuestionario para el profesorado

Ítems/aspectos	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuentemente (2)
1. Presta atención insuficiente a los detalles y comete errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades.			
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego.			
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.			
4. Suele tener dificultades para seguir instrucciones y finalizar tareas escolares, encargos y obligaciones.			
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.			
6. Evita dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).			
7. Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).			
8. Se distrae fácilmente.			

9. Es olvidadizo en actividades diarias.			
10. Mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.			
11. Acostumbra a estar inquieto en su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.			
12. De forma reiterada corre o salta en situaciones que es inapropiado hacerlo.			
13. Tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.			
14. Está siempre con prisas o actúa como si estuviera “activado por un motor”.			
15. Habla en exceso			
16. Suele dar las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.			
17. Tiene dificultades para esperar su turno.			
18. Interrumpe o interfiere en las actividades de otros (por ejemplo, en conversaciones o juegos).			

Cuestionario para los padres

Ítems/aspectos	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuentemente (2)
1. Mi hijo presta atención insuficiente a los detalles y comete errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades.			
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego.			
3. Parece que no me escucha cuando se le habla directamente.			
4. Mi hijo suele tener dificultades para seguir instrucciones y finalizar tareas escolares, encargos y obligaciones.			
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.			
6. Mi hijo evita dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).			
7. Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).			
8. Se distrae fácilmente.			
9. Es olvidadizo en actividades diarias.			

10. Mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.			
11. Acostumbra a estar inquieto en su asiento en clase o en otras situaciones en que espero que permanezca sentado.			
12. De forma reiterada corre o salta en situaciones que es inapropiado hacerlo.			
13. Tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.			
14. Está siempre con prisas o actúa como si estuviera “activado por un motor”.			
15. Mi hijo habla en exceso			
16. Suele dar las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.			
17. Tiene dificultades para esperar su turno.			
18. Interrumpe o interfiere en las actividades de otros (por ejemplo, en conversaciones o juegos).			

Cuestionario para los alumnos

Ítems/aspectos	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuentemente (2)
1. Yo presto poca atención a los detalles y cometo errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades.			
2. Tengo dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego.			
3. No escucho cuando se me habla directamente.			
4. Suelo tener dificultades para seguir instrucciones y finalizar tareas escolares, encargos y obligaciones.			
5. Tengo dificultad para organizarme con las tareas y actividades.			
6. Evito hacer tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).			
7. Pierdo cosas que son necesarias para mis tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).			
8. Me distraigo fácilmente.			
9. Soy olvidadizo en actividades diarias.			

10. Muevo en exceso manos y pies o me remueve en mi asiento.			
11. Acostumbro a estarme inquieto en mi asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.			
12. De forma reiterada corro o salto en situaciones que no debo hacerlo.			
13. Tengo dificultad para jugar o dedicarme tranquilamente a actividades de ocio.			
14. Estoy siempre con prisas o actúo como si estuviera “activado por un motor”.			
15. Hablo en exceso.			
16. Suelo dar las respuestas antes de que completen las preguntas.			
17. Tengo dificultades para esperar mi turno.			
18. Interrumpo o interfiero en las actividades de otros (por ejemplo, en conversaciones o juegos).			

7.- Referencias

- Alberola, S., Andrés, J. y López, J. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativas para los padres. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10 (39), 513-531.
- American Psychiatric Association's (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-V).
- Armstrong, A., Haynes, L., Khan, S. y Rohner, R. P. (2010). Aceptación percibida de los maestros, aceptación de los padres, rendimiento académico y conducta escolar de los estudiantes de secundaria en la región del delta del Mississippi de los Estados Unidos. *Investigación transcultural: The Journal of Comparative Social Science*, 44 (3), 283–294. <https://doi.org/10.1177/1069397110368030>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV TR. Barcelona: Masson
- Bakker, L., Delgado, I.D., Etchepareborda, M.C., Rubiales, J. y Zuluaga, J.B. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21 (1), 45-51.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioural inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65-94. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.65
- Becoña, E. y Gutiérrez-Moyano, Z. (1989). Tratamiento de la hiperactividad. *Revista Española del Comportamiento*, 7, 3-13
- Bergeron, L., Breton, J.J., Valla, J.P., et al. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375-384.
- Bonet, A., Catalá, M.A., Gómez-Beneyto, M., Puche, E. y Vila, V. (2004). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand*, 89, 352-357.
- Bosch-Munsó R., Casas-Brugué M., Catells-Cervelló X., García-Giménez E., Nogueira-Morais M. y Ramos-Quiroga J.A., (2006) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol*, 42, 600-6.
- Buehler, C. y Ghazarian, S. (2010). Interparental conflict and academic achievement: an examination of mediating and moderating factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 39 (1), 23-35. doi:10.1007/s10964-008-9360-1
- Campos, J.A., Correas-Lauffer, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Loro-López, M., Pando, F., Quintero, J. y Varela-Casal, P. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev. Neurol*, 49 (5): 257-264

- Cantwell, D.P., Jensen, P.S. y Martin, D. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSMIV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1.065-1.079.
- Carroll, J., Muter, V. y Snowling, M. (2007). Children at family risk of dyslexia: a follow-up in early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (6), 609–618. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01725.x
- Chahoud, K., Clarke, L., Jonson, S., Syiefel, I. y Ungerer, J. (2002): Attention Déficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (2), 179-198.
- Cohen, J., Cohen, P., Kasen, S. et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I-Age- and Gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychiatry*, 34, 851-867.
- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deporte. Guía para la detección temprana de discapacidades, trastornos, dificultades de aprendizaje y altas capacidades intelectuales. Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deporte.
https://www.gobiernodecanarias.org/cmsweb/export/sites/educacion/web/_galerias/descargas/eoep/Guia_deteccion_tempranaB.pdf
- Díaz, A. y Jiménez, J. E. (2006). Cuestionario para padres/madres y profesorado. (<http://www.adahi.org/descargas/DeteccionTDAHCanarias.pdf>)
- Fang, P. y Norvilitis, J.M. (2005). Percepciones del TDAH en China y Estados Unidos: un estudio preliminar . *Revista de trastornos de la atención*, 9, 413 - 424 .
- Fernández Medina, J., Martínez Restrepo, O., Parra-Bolaños, N. y Peña, C. (2016). Percepción del ajuste clínico en escolares con TDAH. *Educación y Futuro Digital*, 13, 23-34. <https://asociacioneducar.com/percepcion-escolares-tdah>
- Finzi, R., Manor, L. y Tyano, S. (2006): ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns, *Child Psychiatry Hum Dev*, 37, 103-114
- Fonagy, P. y Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.
- Frazier, T., Glutim, E., Marley, W. Watkins, J. y Youngstron, E., (2007). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40 (1), 49-65. doi:10.1177/00222194070400010401
- García Castellar, R., Jara Jiménez, P. y Sánchez Chiva, D. (2008) *Competencias Sociales de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Valoración desde el entorno familiar y escolar* (Grado). Universidad Jaume I.

- Gordon M., Hustler P. y Jerome L. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (9), 563-7. doi: 10.1177/070674379403900909
- Herreruzo, J., Pino, M. y Raya, F. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4), 691-696.
- Jakobson, A. y Kikas, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 40 (3), 194-202.
- Jiménez, J. E. y Rodríguez, C. (2008). Experiencia con el lenguaje impreso e indicadores socioculturales asociados a los diferentes subtipos disléxicos. *Psicothema*, 20 (3), 341-346.
- Kline, F. y Lerner, J. W. (2006). *Learning Disabilities and related Disorders: Characteristics and teaching strategies*. New York, Houghton Mifflin Comany.
- Marrone, M (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. En Yarnoz, S. (Comps.), *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y Clínica* (pp.15-36).Madrid: Psimática.
- Moliner, A., Moliner, L. y Sales, A. (2010). Estudio de la eficacia académica de las medidas específicas de Atención a la Diversidad desde la percepción de los implicados. *Estudios sobre Educación*, 19, 119-137.
- Orjales, I. (2005), *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Pascual-Castroviejo, I. (2002). Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología*, 35 (1), 11-17. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/2002150>
- Peralta, F., Sobrino, A. y Zulueta, A. (2005). Valoración de los profesores y padres de alumnos con retraso mental de las aulas de aprendizaje de tareas de Álava. *Estudios sobre Educación*, 9, 51-75.
- Pheula, G., Rohde, L. y Schmitz, M. (2011). Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (3), 137-145. doi:10.1007/s00787-011-0158-4
- Shur-Fen, S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwan children. *The Royal Difficuly and New Zeland College of Psychiatry*, 4, 688-696.
- Stiefel, I. (1997). Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder A case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2 (1), 45-64.
- Szerman, N.(2008). TDAH en la adolescencia. *50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH*. (1a Ed). Madrid, España: Draft Editores S.L

Taylor EA. (1991). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.