



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Detección de la condición TDAH en niños/as de la
Provincia de Cuenca mediante la Escala Magallanes de
Detección de Déficit de Atención (EMA-DDA).

Tesis Doctoral

Doctoranda:

Ana Rosa Bodoque Osma

Directores:

Dr. D^a Purificación Sánchez Delgado

Dr. D. Jesús M. Jornet Meliá

Universitat de València

2015

Algunas precisiones en torno al estilo utilizado en la Tesis.

Uso del masculino gramatical

Conocedores de las recomendaciones que desde algunos ámbitos se realizan sobre el “uso no sexista del lenguaje”, queremos precisar que al utilizar el masculino en todos aquellos términos y expresiones que admiten ambos géneros gramaticales no pretendemos incumplir esta recomendación. Por el contrario, escogemos esta fórmula con el objetivo de evitar la tediosa o imposible lectura que supondría el uso de ambos términos (e.g., “los/las maestros/as”, “los padres y las madres”, “las niñas y los niños”, “las(os) niñas(os)”, etc.).

Términos y abreviaturas originales en inglés

Nos hemos decantado por utilizar los términos y abreviaturas originales en español, utilizando el inglés en los casos en que su uso está más o menos generalizado, así como en aquellos en que no existe (o no hemos encontrado) un término equivalente en español. En todo caso, hemos procurado utilizar los términos y abreviaturas ajustándonos en lo posible a lo que es común encontrar en la literatura especializada.

Índice

Algunas precisiones en torno al estilo utilizado en la Tesis.....	3
Índice.....	5
Índice de tablas.....	9
Índice de figuras.....	17
Índice de abreviaturas.....	19
Agradecimientos.....	23
1. Capítulo I: Conceptualización de TDAH.....	27
1.1 Introducción.....	29
1.2 Evolución del concepto.....	31
1.2.1 Terminología.....	32
1.2.1.1 Descripción Sintomática.....	33
1.2.1.2 Hipótesis Etiológicas de la hiperactividad.....	41
1.2.1.3 Edad de Oro de la hiperactividad.....	45
1.2.1.4 Trastorno por déficit de Atención con y sin hiperactividad.....	50
1.2.2 Definición formal, 1968 DSM.....	52
1.2.2.1 El DSM.....	52
1.2.2.2 DSM-II.....	53
1.2.2.3 DSM-III y DSM-III-R.....	54
1.2.2.4 El DSM-IV y el DSM-IV-R.....	56
1.2.3 Momento actual y el DSM-5.....	62
1.2.4 Evolución de los diversos modelos científico-descriptivos desde los orígenes hasta el DSM-5.....	67
1.2.4.1 Modelos Atencionales.....	67
1.2.4.2 Modelos Cognitivos.....	68
1.2.4.3 Otros modelos basados en la desinhibición conductual.....	74
1.3 Criterios diagnósticos, prevalencia y comorbilidad.....	84
1.3.1 Criterios Diagnósticos.....	86
1.3.2 Prevalencia del TDAH.....	97
1.3.3 Comorbilidad del TDAH.....	102
1.4 Etiología.....	107
1.5 Evaluación y diagnóstico.....	111

1.5.1	Detección Temprana.....	117
1.5.2	Detección Escolar.....	118
1.5.2.1	Marco legal del TDAH en la LOE y la LOMCE de la Consejería de Educación de Castilla La Mancha.....	121
1.5.3	Diagnóstico clínico.....	123
1.6	Instrumentos de Evaluación de TDAH.....	125
1.7	Escala Magallanes de Detección de Déficit de Atención EMA-DDA.....	134
2	Capítulo II: Estudio empírico.....	137
2.1	Introducción.....	139
2.2	Planteamiento del problema.....	139
2.3	Objetivos generales y específicos.....	142
2.4	Metodología.....	144
2.4.1	Población y muestra: participantes.....	144
2.4.2	Metodología de la investigación.....	148
2.4.2.1	Fase 1. Detección de TDAH con el EMA-DDA.....	148
2.4.2.2	Fase 2. Seguimiento de TDAH con EMA-DDA.....	149
2.4.2.3	Fase 3. Diseño y aplicación del Cuestionario de seguimiento Socio-Escolar.	149
2.4.3	Instrumentos utilizados.....	150
2.4.4	Metodología del análisis de datos.....	153
2.5	Resultados.....	154
2.5.1	Análisis de Propiedades Métricas.....	155
2.5.1.1	-Análisis de Datos obtenidos con EMA-DDA mediante la Teoría Clásica del Test.....	155
2.5.2	Análisis de datos obtenidos con EMA-DDA mediante la Teoría de Respuesta al Ítem.....	228
2.5.2.1	Análisis TRI de la escala EMA-DDA aplicadas a Padres.....	229
2.5.2.2	Análisis TRI de la escala EMA-DDA aplicadas a Profesores....	239
2.5.3	Evidencias de validación de la escala.....	249
2.5.3.1	Análisis diferencial entre las valoraciones emitidas por padres y profesores.....	249
2.5.3.2	-Análisis de Perfiles de valoración de profesorado y padres a partir del EMA-DDA.....	252

2.5.4	Estudio longitudinal: seguimiento de casos diagnosticados con condición TDAH.....	263
2.5.4.1	Diseño del cuestionario de seguimiento Socio-Escolar.....	263
2.5.4.2	Validez, mediante comité de expertos, del cuestionario de seguimiento Socio-Escolar.....	264
2.5.4.3	Diagnóstico de los casos del estudio longitudinal mediante la Escala EMA-D.D.A.....	276
2.5.4.4	Diagnostico mediante el Cuestionario de Seguimiento Socio-Escolar.....	279
3	Capítulo III. Conclusiones generales.....	295
3.1	Revisión de las aportaciones que se realizan en la fundamentación teórica acerca de este trabajo.....	297
3.2	Discusión y análisis de los principales resultados obtenidos en el estudio, y sus relaciones con otros estudios similares.....	299
	Referencias bibliográficas.....	315
	ANEXOS.....	341
	Anexo 1: Programa de las Jornadas de Actualización en TDAH. Cuenca 20 de Diciembre de 2008. “Avances en Intervención Multimodal con Hiperactivos e Inatentos”.....	343
	Anexo 2: Listado de Centros de Cuenca y Provincia.....	345
	Anexo 3: Carta Presentación Centros.....	347
	Anexo 4: Modelo Carta de Resultados.....	349
	Anexo 5: Instancia Coordinador Servicios Periféricos.....	351
	Anexo 6: Carta Dirigida al Director del Centro Escolar.....	353
	Anexo 7: Carta Informativa a Profesores y Padres.....	355
	Anexo 8: Consentimiento Informado	357
	Anexo 9: Instrumento Validación Expertos.....	359
	Anexo 10: Cuestionario de Seguimiento Validado por los expertos.....	363
	Anexo 11: Listado de Colegios Participantes.....	369
	Anexo 12: Rutas de Colegios de Cuenca y Provincia por sectores.....	371
	Anexo 13: Centros participantes en el cuestionario de seguimiento	379
	Anexo 14: Resumen general de datos sobre los Centros que participaron en el cuestionario de seguimiento.....	381
	Anexo 15: Escala Magallanes.....	383
	Anexo 16: Programa Trabajo con TDAH.....	439

Índice de tablas

Tabla 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad: Primera etapa: Periodo 1798 -1899.....	36
Tabla 2. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad. Primera etapa: Periodo 1901- 1920.....	40
Tabla 3. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad. Segunda Etapa: 1921- 1940.....	44
Tabla 4. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad: Tercera etapa 1940-1980.....	49
Tabla 5. Comparación de los síntomas conductuales. DSM-III y DSMIII-R.....	56
Tabla 6. Diferencias entre los Subtipos de Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad.....	59
Tabla 7. Resumen de la Evolución del TDAH a lo largo de las distintas versiones de la clasificación del Manual DSM.....	65
Tabla 8. Criterios diagnósticos TDAH: DSM-IV-TR.....	88
Tabla 9. Criterios diagnósticos TDAH: DSM-5.....	90
Tabla 10. Comparación de los criterios diagnósticos del TDAH. Fuente: DSM-IV-TR y DSM-5.....	93
Tabla 11. Comparación de los criterios diagnósticos del TDAH en diferentes versiones del DSM y la CIE-10.....	96
Tabla 12. Prevalencia en torno al TDAH.....	99
Tabla 13. Prevalencia en TDAH, estudios que contemplan tanto los subtipos como el género.....	101
Tabla 14. Trastornos que muestran comorbilidad con el TDAH.....	103
Tabla 15. Comorbidad en TDAH y subtipos.....	103
Tabla 16. Clasificación de los Modelos Cognitivos acordes según sea uno o varios los mecanismos básicos alterados.....	111
Tabla 17. Síntesis de guías de apoyo para la detección del TDAH en España. Fuente: elaboración propia.....	120
Tabla 18. Tests neuropsicológicos más usuales en la exploración del TDAH.....	124
Tabla 19. Resumen de las escalas de valoración del Comportamiento más utilizadas en la evaluación y el tratamiento del TDAH. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.....	126
Tabla 20. Resumen de las escalas de valoración del Comportamiento más utilizadas en la evaluación y el tratamiento del TDAH (AACAP, 2007).....	131
Tabla 21. Datos de participación.....	144
Tabla 22. Cuenca y provincia.....	147
Tabla 23. Tipos de centros participantes.....	147
Tabla 24. Índices de consistencia Interna.....	155

Tabla 25. Fiabilidad Test-Retest.....	156
Tabla 26. Índices de Homogeneidad.....	160
Tabla 27. Estadísticos de fiabilidad.....	161
Tabla 28. Estadísticos de los elementos (N 310).....	162
Tabla 29. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	163
Tabla 30. Estadísticos de resumen de los elementos.....	164
Tabla 31. Estadísticos total-elemento.....	164
Tabla 32. Estadísticos de la escala.....	165
Tabla 33. Estadísticos de fiabilidad.....	166
Tabla 34. Estadísticos de los elementos (N=318).....	166
Tabla 35. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	167
Tabla 36. Resumen de los elementos.....	167
Tabla 37. Estadísticos total-elemento.....	167
Tabla 38. Estadísticos de la escala.....	168
Tabla 39. Resumen del procesamiento de los casos.....	169
Tabla 40. Estadísticos de fiabilidad.....	169
Tabla 41. Estadísticos de los elementos.....	169
Tabla 42. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	171
Tabla 43. Estadísticos de resumen de los elementos.....	172
Tabla 44. Estadísticos total-elemento.....	172
Tabla 45. Estadísticos de la escala.....	173
Tabla 46. Resumen del procesamiento de los casos.....	173
Tabla 47. Estadísticos de fiabilidad.....	173
Tabla 48. Estadísticos de los elementos.....	174
Tabla 49. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	175
Tabla 50. Estadísticos de resumen de los elementos.....	176
Tabla 51. Estadísticos total-elemento.....	176
Tabla 52. Estadísticos de la escala.....	177
Tabla 53. Resumen del procesamiento de los casos.....	177
Tabla 54. Estadísticos de fiabilidad.....	177
Tabla 55. Estadísticos de los elementos.....	177
Tabla 56. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	178
Tabla 57. Estadísticos de resumen de los elementos.....	178
Tabla 58. Estadísticos total-elemento.....	178
Tabla 59. Estadísticos de la escala.....	178
Tabla 60. Resumen del procesamiento de los casos.....	179
Tabla 61. Estadísticos de fiabilidad.....	179
Tabla 62. Estadísticos de los elementos.....	179
Tabla 63. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	181
Tabla 64. Estadísticos de resumen de los elementos.....	182
Tabla 65. Estadísticos total-elemento.....	182
Tabla 66. Estadísticos de la escala.....	183

Tabla 67. Estadísticos descriptivos.....	184
Tabla 68. Resumen PADRES.....	185
Tabla 69. Resumen del procesamiento de los casos.....	187
Tabla 70. Estadísticos de fiabilidad.....	187
Tabla 71. Estadísticos de los elementos.....	188
Tabla 72. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	189
Tabla 73. Estadísticos de resumen de los elementos.....	190
Tabla 74. Estadísticos total-elemento.....	190
Tabla 75. Estadísticos de la escala.....	191
Tabla 76. Resumen del procesamiento de los casos.....	191
Tabla 77. Estadísticos de fiabilidad.....	192
Tabla 78. Estadísticos de los elementos.....	192
Tabla 79. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	193
Tabla 80. Estadísticos de resumen de los elementos.....	193
Tabla 81. Estadísticos total-elemento.....	194
Tabla 82. Estadísticos de la escala.....	195
Tabla 83. Resumen del procesamiento de los casos.....	195
Tabla 84. Estadísticos de fiabilidad.....	195
Tabla 85. Estadísticos de los elementos.....	195
Tabla 86. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	197
Tabla 87. Estadísticos de resumen de los elementos.....	198
Tabla 88. Estadísticos total-elemento.....	198
Tabla 89. Estadísticos de la escala.....	199
Tabla 90. Resumen del procesamiento de los casos.....	199
Tabla 91. Estadísticos de fiabilidad.....	200
Tabla 92. Estadísticos de los elementos.....	200
Tabla 93. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	202
Tabla 94. Estadísticos de resumen de los elementos.....	203
Tabla 95. Estadísticos total-elemento.....	203
Tabla 96. Estadísticos de la escala.....	204
Tabla 97. Resumen del procesamiento de los casos.....	204
Tabla 98. Estadísticos de fiabilidad.....	205
Tabla 99. Estadísticos de los elementos.....	205
Tabla 100. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	205
Tabla 101. Estadísticos de resumen de los elementos.....	206
Tabla 102. Estadísticos total-elemento.....	206
Tabla 103. Estadísticos de la escala.....	207
Tabla 104. Resumen del procesamiento de los casos.....	207
Tabla 105. Estadísticos de fiabilidad.....	207
Tabla 106. Estadísticos de los elementos.....	208
Tabla 107. Matriz de correlaciones inter-elementos.....	209
Tabla 108. Estadísticos de resumen de los elementos.....	210

Tabla 109. Estadísticos total-elemento.....	210
Tabla 110. Estadísticos de la escala.....	211
Tabla 111. Estadísticos descriptivos.....	211
Tabla 112. Resumen PROFESORES.....	213
Tabla 113. Estadísticos descriptivos.....	216
Tabla 114. Matriz de correlaciones.....	217
Tabla 115. Matriz de correlaciones.....	218
Tabla 116. Estadísticos descriptivos.....	219
Tabla 117. Matriz de correlaciones.....	219
Tabla 118. Matriz de correlaciones.....	221
Tabla 119. Estadísticos descriptivos.....	222
Tabla 120. Matriz de correlaciones.....	223
Tabla 121. Matriz de correlaciones.....	226
Tabla 122. Tabla TRI 1. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Hiperactividad aplicada a Padres.....	229
Tabla 123. Tabla TRI 2. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Inatención aplicada a Padres.....	230
Tabla 124. Tabla TRI 3. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Agresividad aplicada a Padres.....	231
Tabla 125. Tabla TRI 4. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Retraimiento aplicada a Padres.....	232
Tabla 126. Tabla TRI 5. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Ansiedad aplicada a Padres.....	235
Tabla 127. Tabla TRI 6. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Rendimiento aplicada a Padres.....	238
Tabla 128. Tabla TRI 7. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Hiperactividad aplicada a Profesores.....	239
Tabla 129. Tabla TRI 8. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Inatención aplicada a Profesores.....	240
Tabla 130. Tabla TRI 9. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Agresividad aplicada a Profesores.....	241
Tabla 131. Tabla TRI 10. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Retraimiento aplicada a Profesores.....	244
Tabla 132. Tabla TRI 11. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Ansiedad aplicada a Profesores.....	247
Tabla 133. Tabla TRI 12. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Rendimiento aplicada a Profesores.....	248
Tabla 134. Valores de KR-20 para todas las sub-escalas de la EMA-D.D.A, para padres y profesorado, obtenidos con la muestra de estudio.....	249
Tabla 135. Correlaciones entre las valoraciones de las dimensiones emitidas por Padres y Profesores.....	250

Tabla 136. Síntesis de análisis diferencial mediante prueba t de Student entre valoraciones emitidas por padres y profesores en las diferentes dimensiones.....	250
Tabla 137. Resultados del análisis de contraste no-paramétrico (prueba de U de Mann-Whitney).....	252
Tabla 138. Síntesis de indicadores de las soluciones obtenidas mediante conglomerados de k-medias a partir de las valoraciones de los padres.....	256
Tabla 139. Síntesis de indicadores de las soluciones obtenidas mediante conglomerados de k-medias a partir de las valoraciones del profesorado.....	259
Tabla 140. Tabla de contingencia entre las agrupaciones producidas a partir de opiniones del profesorado y de los padres.....	261
Tabla 141. Resultados de la prueba ji-cuadrado.....	261
Tabla 142. Tabla Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).....	265
Tabla 143. Seguimiento Dimensión 2. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).....	265
Tabla 144. Seguimiento Dimensión 2. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).....	266
Tabla 145. Seguimiento Dimensión 2. W- Kendall (pertinencia).....	266
Tabla 146. Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de contraste (pertinencia).....	266
Tabla 147. Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de fiabilidad (relevancia).....	266
Tabla 148. Seguimiento Dimensión 2. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia).....	266
Tabla 149. Seguimiento Dimensión 2. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia).....	266
Tabla 150. Seguimiento Dimensión 2. W- Kendall (relevancia).....	267
Tabla 151. Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de contraste (relevancia).....	267
Tabla 152. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).....	267
Tabla 153. Seguimiento Dimensión 3. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).....	267
Tabla 154. Seguimiento Dimensión 3. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).....	268
Tabla 155. Seguimiento Dimensión 3. W- Kendall (pertinencia).....	268
Tabla 156. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de contraste (pertinencia).....	268
Tabla 157. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de fiabilidad (relevancia).....	268
Tabla 158. Seguimiento Dimensión 3. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia).....	268
Tabla 159. Seguimiento Dimensión 3. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia).....	268
Tabla 160. Seguimiento Dimensión 3. W- Kendall (relevancia).....	268
Tabla 161. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de contraste (relevancia).....	269
Tabla 162. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).....	269
Tabla 163. Seguimiento Dimensión 4. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).....	269

Tabla 164. Seguimiento Dimensión 4. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).....	269
Tabla 165. Seguimiento Dimensión 4. W- Kendall (pertinencia).....	270
Tabla 166. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de contraste (pertinencia).....	270
Tabla 167. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de fiabilidad (relevancia).....	270
Tabla 168. Seguimiento Dimensión 4. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia).....	270
Tabla 169. Seguimiento Dimensión 4. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia).....	270
Tabla 170. Seguimiento Dimensión 4. W- Kendall (relevancia).....	270
Tabla 171. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de contraste (relevancia).....	271
Tabla 172. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).....	271
Tabla 173. Seguimiento Dimensión 5. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).....	271
Tabla 174. Seguimiento Dimensión 5. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).....	271
Tabla 175. Seguimiento Dimensión 5. W- Kendall (pertinencia).....	272
Tabla 176. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de contraste (pertinencia).....	272
Tabla 177. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de fiabilidad (relevancia).....	272
Tabla 178. Seguimiento Dimensión 5. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia).....	272
Tabla 179. Seguimiento Dimensión 5. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia).....	272
Tabla 180. Seguimiento Dimensión 5. W- Kendall (relevancia).....	272
Tabla 181. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de contraste (relevancia).....	273
Tabla 182: Centros Cuenca y Provincia.....	274
Tabla 183. Edad/Post.....	275
Tabla 184. Curso/Post.....	275
Tabla 185. N° de Hermanos.....	275
Tabla 186. Orden entre Hermanos.....	275
Tabla 187. Diagnóstico EMA-DDA 1. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Hiperactividad.....	276
Tabla 188. Diagnóstico EMA-DDA 2. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Inatención.....	277
Tabla 189. Diagnóstico EMA-DDA 3. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Agresividad.....	277
Tabla 190. Diagnóstico EMA-DDA 4. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Retraimiento.....	278
Tabla 191. Diagnóstico EMA-DDA 5. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Ansiedad.....	278
Tabla 192. Diagnóstico EMA-DDA 6. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Rendimiento.....	279

Tabla 193. Diagnóstico Escala Seguimiento 1.- Tiene facilidad para hacer amigos.....	281
Tabla 194. Diagnóstico Escala Seguimiento 2.- Se lleva bien con sus amigos.....	281
Tabla 195. Diagnóstico Escala Seguimiento 3.- Prefiere jugar solo.....	281
Tabla 196. Diagnóstico Escala Seguimiento 4.- Hace muchos amigos durante las vacaciones.....	281
Tabla 197. Diagnóstico Escala Seguimiento 5.- Suelen invitarle los amigos para que juegue con ellos.....	282
Tabla 198. Diagnóstico Escala Seguimiento 6.- Tiene mejor comportamiento en casa que fuera de casa.....	282
Tabla 199. Diagnóstico Escala Seguimiento 7.- Se relaciona mejor con sus iguales que con los adultos.....	282
Tabla 200. Diagnóstico Escala Seguimiento 8.- Su comportamiento condiciona su imagen ante los demás.....	282
Tabla 201. Diagnóstico Escala Seguimiento 9.- Presenta algún problema con respecto a acatar las normas familiares, reglas sociales o pautas en los juegos.....	283
Tabla 202. Diagnóstico Escala Seguimiento 10.- Destaca algún cambio comportamental.....	283
Tabla 203. Diagnóstico Escala Seguimiento 11.- Le gusta ir al colegio.....	284
Tabla 204. Diagnóstico Escala Seguimiento 12.- Le gustan los profesores que tiene....	285
Tabla 205. Diagnóstico Escala Seguimiento 13.- Sus profesores consideran que dificulta el desarrollo de las clases.....	285
Tabla 206. Diagnóstico Escala Seguimiento 14.- Se pone muy nervioso cuando tiene controles, hay signos evidentes de ansiedad.....	285
Tabla 207. Diagnóstico Escala Seguimiento 15.- En el colegio se encuentra feliz y contento.....	285
Tabla 208. Diagnóstico Escala Seguimiento 16.- Le gusta estudiar/ muestra interés por aprender.....	286
Tabla 209. Diagnóstico Escala Seguimiento 17.- Termina las tareas de clase.....	286
Tabla 210. Diagnóstico Escala Seguimiento 18.- Ha cambiado su imagen social ante los demás.....	286
Tabla 211. Diagnóstico Escala Seguimiento 19.- Participa o es invitado a participar en trabajos de grupo.....	286
Tabla 212. Diagnóstico Escala Seguimiento 20.- Controla su conducta en clase.....	287
Tabla 213. Diagnóstico Escala Seguimiento 21.- Respeta las normas de trabajo en clase.....	287
Tabla 214. Diagnóstico Escala Seguimiento 22.- Su conducta interfiere en el trabajo de sus compañeros.....	287
Tabla 215. Diagnóstico Escala Seguimiento 23.- ¿Ha habido seguimiento en estos dos años?.....	289
Tabla 216. Diagnóstico Escala Seguimiento 24.- ¿Le han hecho evaluación psicopedagógica?.....	289
Tabla 217. Diagnóstico Escala Seguimiento 25.- ¿Tiene diagnóstico médico?.....	289

Tabla 218. Diagnóstico Escala Seguimiento 26.- ¿Ha sido medicado?.....	289
Tabla 219. Diagnóstico Escala Seguimiento 27.- ¿Ha seguido algún tipo de terapia o apoyo?.....	290
Tabla 220. Diagnóstico Escala Seguimiento 28.- Equipo de Orientación.....	290
Tabla 221. Diagnóstico Escala Seguimiento 29.- AyL.....	290
Tabla 222. Diagnóstico Escala Seguimiento 30.- PT.....	290
Tabla 223. Diagnóstico Escala Seguimiento 31.- Pediatra.....	290
Tabla 224. Diagnóstico Escala Seguimiento 32.- Neurólogo.....	290
Tabla 225. Diagnóstico Escala Seguimiento 33.- Psicólogo.....	291
Tabla 226. Diagnóstico Escala Seguimiento 34.- ¿Cuál ha sido la valoración médica o psicopedagógica?.....	291
Tabla 227. Diagnóstico Escala Seguimiento 35.- ¿Presenta dificultades de aprendizaje?.....	292
Tabla 228. Diagnóstico Escala Seguimiento 36.- Dificultades en Matemáticas.....	292
Tabla 229. Diagnóstico Escala Seguimiento 37.- Dificultades en Lengua.....	292
Tabla 230. Diagnóstico Escala Seguimiento 37.- Dificultades en Conocimiento del Medio.....	293
Tabla 231. Diagnóstico Escala Seguimiento 38.- Dificultades en Inglés.....	293
Tabla 232. Diagnóstico Escala Seguimiento 39.- Dificultades en Educación Física.....	293
Tabla 233. Diagnóstico Escala Seguimiento 40.- Dificultades en Música.....	293
Tabla 234. Diagnóstico Escala Seguimiento 41.- Dificultades en Educación Artística.....	293
Tabla 235. Diagnóstico Escala Seguimiento 42.- ¿Considera que le cuesta aprender en comparación con sus compañeros?.....	294
Tabla 236. Diagnóstico Escala Seguimiento 43.- Rendimiento escolar.....	294

Índice de figuras

Figura 1. Definición Operativa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.....	61
Figura 2. Diagrama del Modelo Híbrido de las Funciones Ejecutivas adaptado para mostrar los numerosos déficits cognitivos que se plantean asociados con déficits de inhibición conductual en el DAH.....	72
Figura 3. Modelo de Brown.....	74
Figura 4. Diagrama del Sistema Nervioso Conceptual según Gray y Smith 1969.....	76
Figura 5. Diagrama del Sistema Nervioso conceptual adaptado de Gray y MacNaughton (2000). Fuente: Ávila, 2001, p. 7.....	78
Figura 6. Modelo energético de Sergeant 2000.....	80
Figura 7. Modelo Dual del TDAH.....	82
Figura 8. Modelo de las Tres vías o causal de Sonuca-Barke de la Aversión a la Demora.....	83
Figura 9. Distintos niveles de la guía estudio multinivel para una evaluación sistemática e interactiva.....	110
Figura 10. Esquema de Evaluación Psicopedagógica del TDAH.....	114
Figura 11. Modelo de actuación propuesto.....	116
Figura 12. Pasos del Proceso de evaluación del TDAH y pruebas aplicables.....	129
Figura 13. Perfil de Resultados Escala EMA-DDA.....	135
Figura 14. Comparación de índices de fiabilidad calculados en el proceso de adaptación de la escala original y en el grupo de estudio.....	156
Figura 15. Fiabilidad de la escala DAH comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.....	157
Figura 16. Fiabilidad de la escala Inatención comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.....	157
Figura 17. Fiabilidad de la escala Agresividad comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.....	158
Figura 18. Fiabilidad de la escala Retraimiento comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.....	158
Figura 19. Fiabilidad de la escala Ansiedad comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.....	159
Figura 20. Fiabilidad de la escala Rendimiento escolar comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.....	159
Figura 21. Gráfico TRI 1. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Retraimiento, aplicada a Padres.....	234
Figura 22. Gráfico TRI 2. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Ansiedad, aplicada a Padres.....	227
Figura 23. Gráfico TRI 3. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Agresividad, aplicada a Profesores.....	243
Figura 24. Gráfico TRI 4. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Retraimiento, aplicada a Profesores.....	246

- Figura 25. Valoraciones medias de padres y profesorado en todas las sub-escalas 251
- Figura 26. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de dos grupos. 253
- Figura 27. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de tres grupos. 254
- Figura 28. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de cuatro grupos 254
- Figura 29. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de cinco grupos 255
- Figura 30. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de seis grupos 255
- Figura 31. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de dos grupos. 257
- Figura 32. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de tres grupos 257
- Figura 33. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de cuatro grupos. 258
- Figura 34. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de cinco grupos. 258
- Figura 35. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de seis grupos. 259

Índice de Abreviaturas

TDAH	Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad
EOA	Equipo de Orientación y Apoyo
PTSC	Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad
UISM	Unidad Infantil de Salud Mental
GPC	Guías de Práctica Clínica
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDA	Trastorno por Déficit de Atención
CIE-10	Manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª Ed.
OMS	Organización Mundial de la Salud
APA	American Psychiatric Association
DSM	Manual de Diagnósticos y Estadística
EEUU	Estados Unidos
DCM	Disfunción Cerebral Mínima
SNC	Sistema Nervioso Central
DSM-II	Manual de Diagnósticos y Estadística 2ª Ed.
CIE-9	Manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 9ª Ed.
DSM-III	Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales 3ª Ed.
TDA+H	Déficit de Atención con Hiperactividad
TDA-H	Déficit de Atención sin Hiperactividad
DSM-III-R	Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales III Ed Revisada
CIE-10	Manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª Ed.
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

DSM-IV	Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales IV Ed Revisada
DSM-IV-R	Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales IV Ed Revisada
TDAH-H-I	Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad predominantemente Hiperactivo/Impulsivo
TDAH-D	Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad predominantemente Desatento
TDAH-C	Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad Combinado
DSM-5	Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales 5ª Ed
TDAH-R	Trastorno de Déficit de Atención Hiperactividad Inatento Restrictivo
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
DAH	Déficit de Atención e Hiperactividad
TSR	Teoría de Sensibilidad al Reforzamiento
SAC	Sistema de Activación/Aproximación Conductual
BIS	Behavioral Inhibition System
BAS	Behavioral Activation/Approach System
SLH	Sistema de Lucha-Huida
FFS	Fight-Flight System
SIC	Sistema de Inhibición Conductual
PET	Tomografía por emisión de positrones
BIS	Behavioral Inhibition System
SAI	Sistema de Arousal Inespecífico
TPI	Teoría del Procesamiento de la Información
AAP	American Academy of Pediatrics
SESCAM	Servicio de Salud de Castilla-la Mancha
CPTs	Continuous Performance Test

Q-EEG	Electroencefalografía Cuantitativa
SPECT	Single Photon Computed Tomography. (Escaner Cerebral)
CIE-11	Manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 11ª Ed.
CFTMEA-R	Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente Apoyada por la Federación Francesa de Psiquiatría.
TGD	Trastornos Generalizados del Desarrollo
RM	Retraso Mental
DRd4	Gen del Receptor Dopaminérgico
SNAP-25	Proteína Sinaptosómica
ADANA	Fundación Ayuda al Déficit de Atención en niños, Adolescentes y Adultos
SNS	Sistema Nacional de Salud
EOA	Equipo de Orientación y Apoyo
MECD	Ministerio de Educación Cultura y Deporte
STILL	Asociación balear de niños con TDAH
INTEF	Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado
EMA-DDA	Escala Magallanes Detección Déficit de Atención
AACAP	American Academy of Child et Adolescent Psychiatry
EEG	Electroencefalograma
MEG	Magnetoencefalografía
RMf	Resonancia Magnética Funcional
HEG	Hemoencefalografía
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
LOE	Ley Orgánica de Educación
LOGSE	Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo
RD	Real Decreto

D	Decreto
LOMCE	Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa
M.A.P.	Modelo Informe de Pediatría
BOE	Boletín Oficial del Estado
SERENA	Asociación de Padres de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad de Castilla-La Mancha de Cuenca.
TCT	Teoría Clásica de Tests
TRI	Teoría de Respuesta al Ítem
SPSS	Paquete Estadístico
CN	Casi Nunca
PV	Pocas veces
AM	A menudo
CS	Casi Siempre

Agradecimientos

ÍTACA.

Cuando emprendas tu viaje hacia Ítaca
debes rogar que el viaje sea largo,
lleno de peripecias, lleno de experiencias.
No has de temer ni a los lestrigones ni a los cíclopes,
ni la cólera del airado Posidón.
Nunca tales monstruos hallarás en tu ruta
si tu pensamiento es elevado, si una exquisita
emoción penetra en tu alma y en tu cuerpo.
Los lestrigones y los cíclopes
y el feroz Posidón no podrán encontrarte
si tú no los llevas ya dentro, en tu alma,
si tu alma no los conjura ante ti.
Debes rogar que el viaje sea largo,
que sean muchos los días de verano;
que te vean arribar con gozo, alegremente,
a puertos que tú antes ignorabas.
Que puedas detenerte en los mercados de Fenicia,
y comprar unas bellas mercancías:
madreperlas, coral, ébano, y ámbar,
y perfumes placenteros de mil clases.
Acude a muchas ciudades del Egipto
para aprender, y aprender de quienes saben.
Conserva siempre en tu alma la idea de Ítaca:
llegar allí, hemos aquí tu destino.
Mas no hagas con prisas tu camino;
mejor será que dure muchos años,
y que llegues, ya viejo, a la pequeña isla,
rico de cuanto habrás ganado en el camino.
No has de esperar que Ítaca te enriquezca:
Ítaca te ha concedido ya un hermoso viaje.
Sin ellas, jamás habrías partido;
mas no tiene otra cosa que ofrecerte.
Y si la encuentras pobre, Ítaca no te ha engañado.
Y siendo ya tan viejo, con tanta experiencia,
sin duda sabrás ya qué significan las Ítacas.

Konstantínos Kaváfis.

Gracias a todos aquellos que habéis contribuido, de una manera u otra, a iniciar mi particular viaje a Ítaca. Aunque mi viaje no ha empezado aquí, empezó cuando nací, el poder llevarlo a cabo se lo debo a quienes me formaron con su ejemplo en el respeto, en la constancia, en el trabajo, en la esperanza, en la ayuda y en el estar ahí. Enseñándome a mirar, escuchar y luchar, acompañándome siempre durante esos dulces primeros pasos con su paciencia, desvelos y sacrificios.... mis padres.

Aún no había comenzado mi viaje, o eso creía yo, y casi sin apenas notarlo encontré un compañero que decidió hacer suyo mi camino, el cual poco a poco se convirtió en nuestro. ¡Que suerte!, entre dos la carga siempre es menor y además teníamos viento a favor ¿El destino? Juntos iniciamos aventuras de las que surgieron tres pequeñas amarras, las cuales ha habido que hilar y engrosar para que tuviesen firmeza cuando llegado el momento iniciasen su propio viaje en solitario, además de disfrutar de y con ellas durante nuestro viaje. Digo bien, “nuestro viaje”, pues él siempre está ahí, a mi lado aun cuando en los idus se nubla mi espíritu y arremeto contra todo.

Por fin, me decidí. Un día oí hablar a un compañero del viaje a Ítaca, él lo había iniciado hacía mucho tiempo y pese a sus conocimientos y edad aún no lo había concluido, ¡y lo decía con orgullo! Le pregunté y me contó. Me advirtió de sus peligros, de las tormentas, de los naufragios, de sus emociones y placeres. Él no sabía cuánto le quedaba por recorrer y creo que no tenía planificadas rutas para llegar a su destino, sólo disfrutaba del viaje, embelesado en el paisaje. Vi reflejada en sus ojos una exquisita emoción al traer a su pensamiento recuerdos del trayecto recorrido, emoción que hoy vivo y que me recorre en cuerpo y alma. Pensé,... ¡viajaré a Ítaca!

Elegir el navío y el capitán no sé si fue casualidad o de nuevo el destino, creo en él, y le doy gracias, pues no habría sabido elegir mejor equipo. No solo necesitaba un capitán que fuese buen navegante; además de expertos y diestros en la navegación necesitaba personas a mi lado. Y las encontré, no una, sino dos. Pusisteis vuestro barco rumbo a mi destino, enrolasteis tripulación y dirigisteis a buen puerto mi proyecto. Gracias, pues a lo largo de esta parte del camino me habéis hecho sentirme parte de vuestra familia. Gracias de nuevo.

Unos creísteis en mí, otros me acogisteis entre los ya iniciados, me vigilabais cuidadosos para que no desfalleciera. Gracias. Otros me alentasteis en el inicio y me desafiasteis en momentos de cerrazón y os unisteis a nosotros durante esa primera parte del camino. Ilusionada, animada ante algo nuevo que comenzaba avancé en mi viaje.

Hubo quién me alertó de los lestrigones y me previno de los cíclopes y como ya estaban dentro de mí me animó a luchar y a enfrentarme a ellos; sus consejos me ayudaron a levantarme. Ha creído en mí y lo hemos sentido cerca en la batalla. Me escuchó, acogió y reforzó después de mis primeras luchas, como cualquier maestro hace con su discípulo. Gracias. Y así aprendí, o eso creí, a viajar con compañía pero sin dependencia, a agradecer los desvelos y ayudar al que me acompaña, y a iniciar realmente un viaje que espero que sea largo.

He visitado puertos y conocido a sus gentes, a sus sabios, y hemos compartido mis pocas riquezas. Ellos me han hecho sentirme uno más entre los suyos y me han ofrecido sus mejores tesoros. Gracias por lo que hemos aprendido, mil gracias, sin vosotros no lo habría conseguido.

Estoy viendo nuevos puertos y disfrutando de placeres que antes ignoraba, arribando a mercados donde ponen a mi alcance madreperlas, corales, ébano y mercancías que nunca imagine. Me alegro de no tener prisa en mi viaje y de poder embarcarme con ellos pues sé que juntos disfrutaremos de nuevas esencias y perfumes placenteros, arribando con gozo a puertos que ignoraba.

Mi meta es Ítaca, pero no tengo prisa, quiero llegar anciana a sus costas y haber compartido con mis compañeros de viaje los tesoros que hayamos descubierto. Y allí, sentarme a disfrutar las puestas de sol y a recrearme en la emoción de cuerpo y espíritu recordando lo vivido.

¡Gracias compañeros de viaje!, mi logro es el vuestro y es un honor el poder compartirlo.

Os quiero.

Torreblanca, Agosto 2014



1 Capítulo I: Conceptualización de TDAH.



1.1 Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno que afecta a un número importante de niños en edad escolar, los cuales presentan alteraciones caracterizadas por inatención, hiperactividad e impulsividad y déficit en las funciones ejecutivas. Estas manifestaciones pueden provocar cierto grado de desajuste en su desarrollo socioemocional, conductual y en el rendimiento académico, incidiendo de forma negativa en el desarrollo integral del individuo.

El profesor Russel Barkley considera el concepto de “déficit en el control inhibitorio de la respuesta” como la alteración central del síndrome y estima que a consecuencia de este déficit se producen fallos en la autorregulación comportamental, los cuales inciden de forma negativa en el desarrollo de ciertas funciones neuropsicológicas como son: la memoria operativa, la autorregulación de la motivación, las emociones y la vigilia, la internalización del lenguaje y la reconstrucción (Barkley, 1997;1998)

El interés, tanto científico como social, suscitado en torno al TDAH en la actualidad reside en sus elevados índices de prevalencia (el 5,29%, según estiman los estudios sobre la prevalencia mundial del TDAH de Cepeda, Bakker y Rubiales en el 2013) y en su repercusión social, ya que se puede afirmar que este trastorno representa el problema más frecuente en el ámbito de la salud mental en la infancia y en la adolescencia.

Muchos especialistas en el campo de la psicopatología infantojuvenil encuentran determinantes los efectos de este trastorno en el desarrollo del sujeto. Esto se debe a que interfiere en diversas áreas del desarrollo y quedan condicionadas las capacidades de las personas que lo padecen a lo largo de toda su vida (Fernández-Perez y Gonzalvo-Rodríguez, 2011).

En el diagnóstico de un niño con TDAH es necesaria la intervención de varios profesionales o especialistas: neurólogos, psiquiatras, psicólogos, pediatras, educadores y tener presente el importante papel que juega la familia. Entre todos han de asegurar una buena valoración, la cual puede estar condicionada por quién y cómo es realizada la primera detección.

Debido a la naturaleza neurobiológica del síndrome y al desarrollo inadecuado de los mecanismos que regulan la atención, la flexibilidad y la actividad, entendemos que requiere de una evaluación comprensiva y continua que incluya aspectos conductuales, psicológicos, educativos y médicos, junto con una atención multimodal, que será realizada por un equipo multidisciplinar cuya responsabilidad sea la de valorar y diagnosticar dicho trastorno como un primer paso para su tratamiento.

Desde el año 2000 la Academia Americana de Pediatría recomienda que los pediatras de atención primaria lleven a cabo la detección sistemática del TDAH en edades

clave de la vida (i.e., 4-12 años) (American Academy of Pediatrics, 2000). Nosotros consideramos esta recomendación como un primer paso aunque sería insuficiente.

En el diagnóstico del TDAH es fundamental combinar procedimientos estandarizados y no estandarizados con el fin de que la valoración no sea puntual sino un proceso continuo donde colaboren especialistas médicos y educadores, padres y profesores. Estos últimos, ambos, conviven con los niños a diario y esta coexistencia les concede el privilegio de constituirse en observadores principales de los cambios que puedan producirse en el niño, ya que poseen el referente de los compañeros de clase. Estos iguales, con los que comparten un mismo nivel de exigencia en cuanto a reglas de comportamiento y de contenidos, van a permitir valorar de forma más completa aquellos patrones de desarrollo y de comportamiento más destacado en estos niños. Facilitando la labor de observación y detección de conductas tanto a padres como a profesores y equipo de orientación.

Si los alumnos comparten un mismo contexto evolutivo-cognitivo, social, familiar y de relaciones entre iguales, los datos obtenidos por profesores y padres bajo las mismas condiciones constituyen la escala de cotejo ideal. Datos que al especialista, en caso de necesidad, le permitirán comparar el desarrollo del sujeto en todas sus áreas con el nivel del grupo clase y le facilitará la detección de la condición TDAH.

Cuando hacemos un primer acercamiento a este trastorno nos damos cuenta de que en muchos de los casos evaluados se confirma la existencia de un error de diagnóstico. Unas veces se produce por exceso de celo, otras por tendencias del momento y en la mayoría de los casos por desconocimiento o un conocimiento inadecuado del proceso de evaluación. En numerosas ocasiones niños ávidos de experiencias, traviosos, inquietos se han diagnosticado como TDAH erróneamente y otros que fueron calificados como rebeldes, intratables, vagos, despistados, o desmotivados, realmente lo que sufrían era un trastorno TDAH.

Es cierto, que si bien todos estos niños pueden convertirse en un verdadero problema tanto para padres como para profesores y compañeros, para quienes constituyen un verdadero riesgo es para sí mismos ya que se encuentran en una etapa crucial de su desarrollo. Por esta razón, creemos que hay que señalar la importancia de este primer acercamiento.

Cuando la detección se hace desde la escuela, será el tutor quien a instancias propias o de los padres, remita al niño al Equipo de Orientación y Apoyo (EOA) formados por: psicólogo o pedagogo (figura del orientador), el maestro en audición y lenguaje, el maestro de pedagogía terapéutica y trabajador social (profesor técnico de servicios a la comunidad –PTSC-). Este equipo, después de valorarlo emitirá un primer informe psicopedagógico donde se indicará la necesidad o no de una valoración más profunda del caso. En esta evaluación psicopedagógica, el equipo confirmará la “condición TDAH” y

remitirá al alumno a su pediatra para que estime si debe derivarse al equipo de la Unidad Infantil de Salud Mental (UISM) para proceder a un examen más exhaustivo del caso. Y si este acercamiento se produce desde la familia, será el pediatra directamente quien solicite la evaluación del niño por la UISM.

Sea desde el campo que fuere, sanitario, educativo o familiar, se ha de seguir en líneas generales, el mismo proceso hasta que se emite el dictamen diagnóstico. Pero en realidad existente una falta de uniformidad en este proceso, lo que condiciona la atención precoz de estas manifestaciones conductuales. Factor que es clave y que repercute, en el caso de realizarse la detección precoz, de forma favorable en el desarrollo evolutivo de los afectados.

Desde la rama sanitaria se ha optado por elaborar Guías de Salud, que se encuentran en la biblioteca de Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS), entre las que se encuentra una sobre el TDAH, donde se pretende dar respuesta a las cuestiones básicas sobre el trastorno incluyendo unas orientaciones sobre la evaluación diagnóstica y los diferentes tipos de tratamientos.

Por otra parte, el profesorado afirma que el TDAH se ha convertido en la causa más común de remisión de alumnos a equipos de orientación, dentro de los centros educativos, para su valoración y diagnóstico. La detección de estos alumnos es rápida pero el proceso de valoración se suele dilatar en el tiempo y ocupar más de un año escolar con las repercusiones que ello ocasiona.

Por todo ello y tratando de paliar en alguna medida las insuficiencias apuntadas, el presente trabajo doctoral pretende un conocimiento más profundo de la influencia del TDAH en el desarrollo del alumno en la etapa de primaria con el fin de facilitar el diagnóstico precoz y su intervención temprana.

Consideramos de vital importancia aumentar las probabilidades de manejar de forma consecuente la condición TDAH y ser capaces de generar pronósticos efectivos teniendo en cuenta las vinculaciones que tiene este trastorno con el sistema nervioso y su desarrollo y, al mismo tiempo, prevenir las potenciales repercusiones de este trastorno sobre el ámbito escolar, familiar y personal a lo largo de toda la vida.

1.2 Evolución del concepto

La gran mayoría de investigadores, profesionales de la medicina y de la educación interesados en el TDAH, necesitan realizar en algún momento de su trabajo una revisión de la trayectoria del concepto investigado. Este análisis permite valorar los cambios producidos en la evolución terminológica y genera una perspectiva de las características que prevalecen a lo largo del tiempo y que confieren entidad al trastorno.

Hemos considerado oportuno describir desde una perspectiva diacrónica la evolución del término, sus principales autores y corrientes surgidas a lo largo del tiempo. Con este recorrido, observamos que los síntomas determinantes del TDAH han aparecido y desaparecido a lo largo de la historia, dificultando su definición conceptual debido principalmente a las discrepancias que han surgido entre los defensores de un TDA puro y los más “unionistas” que siguen la línea de TDAH (Severa, 2012).

En cuanto a los síntomas considerados relevantes para el diagnóstico, también han sufrido modificaciones y han condicionado la movilidad de los criterios utilizados para la evaluación y diagnóstico del TDAH, “*gran movilidad experimentada por los diversos criterios diagnósticos, pues los criterios presentes en una edición, se modificaban en la siguiente y se retomaban en la última*” (McBurnett, Lahey y Pfiffner, 1993; Navarro-González, 2009). Todo ello ha determinado en gran medida el trastorno, con las repercusiones que conlleva en su prevención, detección y tratamiento.

La dificultad que comporta definir y determinar un trastorno es tan variable como la condición humana. Al mismo tiempo, hemos constatado que la terminología adoptada en cada momento influye a nivel social y cómo los cambios sociales condicionan dicha terminología. El estudio que queremos llevar a cabo pretende permitir comprender mejor la evolución en el campo de la hiperactividad y cómo el éxito y la popularidad del modelo preponderante, en el momento estudiado, pueden determinar su conceptualización, diagnóstico y tratamiento, desde sus orígenes hasta el momento actual.

1.2.1 Terminología

El trastorno que hoy en día conocemos como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha tenido múltiples nombres (niños turbulentos, niños disarmónicos, disfunción cerebral mínima, síndrome hiperkinético) y ha sido determinado como alteración, trastorno, síntoma, síndrome y/o reacción. Esta variedad de términos refleja no sólo la heterogeneidad del trastorno, sino también la dificultad para elaborar y determinar un único concepto del mismo.

De la revisión realizada, podemos determinar que, a lo largo de su historia, ha habido y sigue habiendo dos frentes, siendo estos el europeo y el anglosajón. El europeo tiene fuertes influencias de la psicopatología francesa más descriptiva y sigue el planteamiento de entender la hiperactividad centrada en el individuo como el síntoma central del trastorno (Navarro-González, 2009). En cuanto al anglosajón, que comprendería la escuela inglesa y la americana, es más cuantitativo y se centra en la medición. Desde 1921 presenta la disfunción de la atención como parte primordial del trastorno (Leahy y Sands, 1921; Téllez Villagra, 2011).

Mientras en el ámbito anglosajón y estadounidense el trabajo se hacía desde el punto de vista tanto médico como biológico, en Francia y en Alemania se seguía la corriente descriptiva de la psicopatología, donde se enfatiza la comprensión del problema a través del análisis de los aspectos conductuales adaptativos y se describen los síntomas desde el campo de la pedagogía.

En cuanto a la evolución seguida por el concepto de TDAH podemos hablar de cuatro épocas o etapas, las cuales pasamos a describir brevemente. Al final de cada una de ellas se adjunta un cuadro resumen (dos en el caso de la primera etapa) de los datos históricos más relevantes en cuanto a la terminología se refiere.

- a) Primera Etapa: de la descripción sintomática abarca hasta 1917 con dos momentos bien definidos (1798-1899) y (1901-1917).
- b) Segunda Etapa: de las hipótesis etiológicas de 1917-1936.
- c) Tercera Etapa: considerada la edad de oro de la hiperactividad (en la que destaca la aportación del doctor R. Barkley) 1940- 1980.
- d) Cuarta Etapa: aparición del término Trastorno por Déficit de Atención con y sin hiperactividad desde 1980 hasta la actualidad.

1.2.1.1 Descripción Sintomática

La primera, en la cual varía el comienzo según los autores que consultes, es considerada la etapa de la descripción sintomática y abarcaría hasta 1917 aproximadamente. En ella encontramos dos momentos bien diferenciados:

Desde 1798 a 1899. Las primeras noticias acerca de este término aparecen en la obra del fisiólogo y escritor escocés Sir Alexander Crichton, quien en 1798, describe un estado mental con las características del TDAH subtipo inatento. En su libro *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*, describe la inquietud, los problemas de atención, el inicio temprano y cómo podía esto afectar a las capacidades escolares. Además, refiere que este estado mental pocas veces se encuentra afectado en un grado tan elevado como para impedir la instrucción en su totalidad y que disminuye habitualmente con la edad. Lo describe con el término “*inquietud mental*”.

“The incapacity of attending with a necessary degree of constancy to any one object, almost always arises from an unnatural or morbid sensibility of the nerves, by which means this faculty is incessantly withdrawn from one impression to another. It may be either born with a person or it may be the effect of accidental diseases. When born with a person it becomes evident at a very early period of life, and has a very bad effect, inasmuch as it renders him incapable of attending with constancy to any one object of education. But it seldom is in so great a degree as

totally to impede all instruction; and what is very fortunate, it is generally diminished with age” (Crichton, 1798, p.271).

Las primeras referencias a unos síntomas que podrían ser identificados con los del TDAH, según los recoge el Manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades conocido como CIE-10 (OMS, 1992, 1995) datan de 1846. Ese año el profesor Hoffman describe el comportamiento de un niño que no puede estarse quieto en la mesa. Estas manifestaciones las reseñó en el libro para niños *The Story of Fidgety Philip*. En época reciente, más en concreto en 2004, Thome y Jacobs, establecen el siguiente análisis al respecto: “Probablemente con la descripción de estos comportamientos no pretendía más que ejemplificar a los niños como no debían comportarse” (Thome y Jacobs, 2004; Navarro-González, 2009) cuestionando la verdadera intención del autor.

Durante los años siguientes, sigue siendo en la cultura anglosajona donde se encuentran numerosas referencias a perturbaciones conductuales. Quizá el autor más relevante en esos momentos fue Henry Maudsley (1867), quien expresó sus pensamientos en el libro *The Physiology and Pathology of Mind* (Maudsley, 1867), obra, gracias a la cual recibió grandes elogios y fue traducida de manera inmediata al alemán, italiano y japonés. En este manual, plantea la “predisposición hereditaria” como una de las causas básicas en la etiología de los trastornos mentales.

Casi una década más tarde, en 1876, su compatriota David Fernier publicó *The functions of the brain*, (Fernier, 1876). En él recogía estudios realizados con primates que sufrían lesiones en el lóbulo frontal. Dichos primates presentaban una sobreactividad sin descanso, alternando momentos de apatía con agitación y deambulación sin propósito (Dueñas-García 2005; Navarro-González, 2009; Spencer, 2002). Fue el primero en hacer un mapa de la corteza cerebral aplicando corriente eléctrica y publicó sus hallazgos sobre las funciones cerebrales y sus lesiones. Estas lesiones fueron denominadas como “*defecto de una función motor-inhibitoria del lóbulo frontal*”. Un año más tarde en 1877, el profesor Ireland profundamente interesado en este fenómeno, hace lo propio en su libro *Medical and Education Treatment of Various Forms of Idiocy*, (Ireland, 1877; García Villamizar y Polaino Lorente, 1997; Calderon, 2003) en el que reseña la importancia de la severa sobreactividad como síntoma de trastorno en niños difíciles.

Según parafrasean algunos autores, Clouston, hablaba en 1892 de “*estados de defectuosa inhibición asociados al exceso de actividad*” (Clouston, 1982; Orjales Villar, 2007; Sandberg, 1996; Calderon, 2003). A su vez TuKe, en aquel mismo año, definía la hiperactividad como “*un síntoma de la enfermedad impulsiva*” (Tuke, 1892; Orjales Villar, 2007). Ambos autores también señalaron la sobreactividad y la inquietud como los rasgos característicos.

Es en Francia cuando a mediados del S.XIX, y más en concreto en 1897, Bourneville publica el libro “*Le traitement medico-pedagogique des differentes formes*

de l'idiotie" (Bourneville, 1897) donde describe a unos niños "con inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes, indisciplinados, aunque susceptibles de manejar correctamente por las personas de su entorno con las que mantienen relaciones de afecto" (Navarro-González, 2009). Bourneville los denomina "niños inestables", siguiendo la línea conductual adaptativa en sus trabajos.

Por su parte, el británico Clouston publicó en 1899 un destacado artículo sobre estados de alta irritabilidad y comportamiento explosivos, donde describió casos de niños impulsivos con problemas de aprendizaje; "*States of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children, and their treatment by the bromides*" (Clouston, 1899).

Durante esta primera época, no se diferencia la hiperactividad como síntoma de la hiperactividad como síndrome. La escuela Francesa al seguir una corriente pedagógica se centra más en los aspectos conductuales desadaptativos (Díaz-Atienza, 2006).

Tabla 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad: Primera etapa: Periodo 1798 -1899.

Año, país	Autor	Fuente	Terminología	Características
1798 Escocia	Crinchton	An inquiry into the nature and origin of mental derangement	Describe lo que identificaríamos en la actualidad como TDAH de tipo desatento “inquietud mental”.	Incapacidad de atender Sensibilidad anormal o patológica de los nervios.
1846 Alemania	Hoffman	The Story of Fidgety Philip	Descripción de síntomas que hoy se contemplan en el CIE-10. “ El intranquilo”	No consigue mantener la atención en una tarea No escucha lo que se le dice. Síntomas de hiperactividad evidentes. Se mueve sin parar, se retuerce en su asiento. Persistente actividad motora. Comportamiento impulsivo.
1867 Inglaterra	Maudsley	The physiology and pathology of Mind	Considera la herencia causa etiológica de los trastornos mentales.	
1876 Inglaterra	Fernier.	The functions of the brain	Estudios realizados a primates con lesiones en el lóbulo frontal. “defecto de una función motor-inhibitoria” del lóbulo frontal	Presentaban sobreactividad sin descanso, alternando momentos de apatía con agitación y deambulación sin propósito.
1877 Inglaterra	Ireland	Medical and Education Treatment of Various Forms of Idiocy	Niños difíciles	Anota la importancia de severa sobreactividad como síntoma de trastorno en niños difíciles.
1892 Inglaterra	Clouston	Clinical Lectures on Mental Disease	Estados de defectuosa inhibición asociados al exceso de actividad.	Sobre actividad e inquietud como rasgos característicos.
1892	Tuke	A Diccionario of Psychological Medicine	Síntoma de enfermedad impulsiva.	Sobre actividad e inquietud como rasgos característicos
1897 Francia	Maudsley	Morgan (1999)	Hiperactividad considerada síntoma central del trastorno” niños inestables”	Niños intranquilos, impulsivos y con conducta destructiva, con gran sugestibilidad y con escasa capacidad para controlar los impulsos
1897 Francia	Bourneville	Le traitement medico-pedagogique des diferentes formes de l’idiotie	Secuela de una epidemia encefalítica Planteamiento que domina la escuela Europea	Niños con inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes, indisciplinados aunque manejables por las personas de su entorno. “Niños inestables”.
1899 Inglaterra	Clouston	“States of over-excitability, hypersensitiveness and mental explosiveness in children, and their treatment by the bromides”	Hiperexcitabilidad como posible precursora de la hiperactividad	La hiperexcitabilidad surge de un exceso de reactividad cerebral a estímulos emocionales y mentales Hipotetizó que este trastorno es debido a alguna disfunción en el cortex cerebral.

Desde 1901 a 1919. Ya en los albores del Siglo XX, en 1901, el alemán J. Demoor acuñó el término de “*Corea Mental*” al conjunto de características que presentaban un grupo de niños. Nos estamos refiriendo a cambios bruscos del estado anímico, déficits en los mecanismos de conducta y de atención sostenida, necesidad constante de movimiento y de cambios en su entorno inmediato y estimular, (Navarro-González y García Villamisar, 2010). Para este autor los niños podían presentar a su vez trastorno mental o no. Y se caracterizaban por pasar rápidamente de cólera y rabieta a caricia, por tener déficit en los mecanismos de inhibición conductual y en atención sostenida, además de presentar necesidad constante de movimiento y cambios de estímulos.

Pero fue el médico inglés George Still quien en 1902 describe 20 casos de niños entre los tres y los doce años que presentan unas características peculiares tales como problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas y que carecían de capacidad para internalizar reglas. Todos estos fallos fueron considerados por Still como “*fallos de control moral*” cuyo origen se debía a causas físicas, biológicas innatas o adquiridas y nunca a deficiencia mental ni a una educación inadecuada, ni tampoco a un ambiente familiar desestructurado. Los chicos procedían de familias normales y no tenían discapacidad intelectual. El profesor Still consideraba que la conciencia y el control moral eran habilidades lábiles y frágiles que se perdían fácilmente a lo largo del desarrollo. Así mismo, concluyó que la principal causa de este defecto eran algunas alteraciones físicas (*physical morbid*) (Still, 1902).

En su trabajo describió un número de enfermedades que podrían ser responsables de estas alteraciones al mismo tiempo que vinculó los defectos morales a las alteraciones nerviosas (*nervous morbid*) y condiciones mentales (Still, 1902; Calderon Garrido, 2003; Navarro-González, 2009a; Navarro-Gonzalez y García Villamisar, 2010). Este sería el punto de partida científico a partir del cual se estudiaría el TDAH (Barkley, 2006a). Los síntomas que detalla Still son compatibles con el actual TDAH, pero más próximo al subtipo impulsivo. La sintomatología que presenta podría dirigir el diagnóstico incluso a otros trastornos como el negativista desafiante, el disocial y/o trastornos de aprendizaje (Lange, Reichl, Lange, Tucha y Tucha 2010).

Meyer en 1904 describió características clínicas similares en niños con encefalopatías traumáticas y publicó *La dificultad del comportamiento caracterizada por desatención e impulsividad consecutiva a trauma cerebral* (Meyer, 1904). Meyer informaba de las dificultades conductuales que seguían a un trauma caracterizadas por la inatención y la impulsividad de sus actos.

En las primeras décadas de 1900 diversos autores destacan en sus estudios los síntomas asociados al daño cerebral que sufrían los niños y los asemejaban a los resultados obtenidos por Still en sus estudios. De esta forma es como los estudios empiezan a referirse al síndrome como “*trastorno de comportamiento postencefálico*” y “*síndrome orgánico cerebral*” (Grau Sevilla, 2007).

No obstante, en 1905, Boncourt introdujo el aspecto neuropsicológico en los trastornos específicos del desarrollo psicológico, afirmando que “son niños que pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras”. Describió al “escolar inestable” como el que presenta grandes dificultades de aprendizaje que relaciona con los déficits atencionales “sea para escuchar, responder y aprender” (Philippe y Boncour, 1916).

En todos los estudios de la época tenemos que procurar no perder de vista que son estudios realizados con un número muy limitado de pacientes, entre los que se encontraban niños con retraso mental, niños autistas o con trastornos del desarrollo, entre otros.

Tres años más tarde, en 1908 Tredgold en su libro *Mental Deficiency*, hace una descripción de problemas conductuales encasillándolos en el grupo de deficiencias mentales. Se trataba de chicos que no aprendían en condiciones normales, pero que sí eran capaces de progresar cuando trabajaba con cada uno de ellos de forma individual. Opina que el daño cerebral sufrido en los primeros estadios de desarrollo era el responsable de déficit sufridos a lo largo de la infancia (Tredgold, 1908; Taylor et al., 1986; Calderon, 2003; Navarro González y García Villamizar, 2010). Para poder comprender el impacto de este pensamiento, habría que situarlo dentro del contexto social de la sociedad inglesa victoriana de la primera mitad del siglo XIX, en plena transformación económica, donde las clases más humildes sufrían sus consecuencias de manera inexorable.

Still junto a Tredgold prosiguieron la línea de considerar el TDAH como un daño biológico adquirido en la etapa prenatal o postnatal. Así pues, ambos fisiólogos han sido considerados como los precursores de la hiperactividad infantil en el Siglo XX.

Mientras tanto, en Francia, su homólogo el profesor Dupré consideró la hiperactividad en 1909 como algo constitucional, como la manifestación de un desequilibrio motor congénito, que forma parte de otros trastornos tales como la debilidad motora, el temblor, corea, epilepsia, tartamudeo, tics y estereotipias motoras.

Años más tarde, será otro francés Durot, en el Congreso de 1913, quien afirme que la hiperactividad es un síntoma que pertenece a niños con retraso mental, anemia, alteraciones digestivas, cardíacas epilepsia y corea.

Meses después, en 1914, su compatriota el profesor Heuyer es el primer autor que plantea la hiperactividad como un síndrome. Escribió su tesis sobre “*Los niños anormales y los delincuentes juveniles*” y sigue los planteamientos de su homólogo alemán Kraepelin. Así, describió la asociación sindrómica, como una serie de síntomas que suelen aparecer de forma constante, entre ellos cabría destacar el déficit de atención, la hiperactividad o el comportamiento perverso. También estableció una serie de etapas de inadaptación familiar, escolar, y socio-laboral, que les conducían a la delincuencia y al vagabundeo (Mardomingo, 1994, p.417; Díaz-Atienza, 2006).

En 1917, R. Lafora describe el comportamiento de estos niños con características hiperactivas, sin déficit cognitivos, ni sensoriales, nerviosos, indisciplinados, en constante actividad y disatentos. Señala que... son niños mentalmente normales que no pueden fijar su atención ni para oír, ni para comprender ni para responder. Su espíritu salta constantemente de una cosa a otra. No pueden dominar sus reacciones, de aquí la desproporción de sus actos. Son los niños llamados “*nerviosos*” por sus padres e “*indisciplinados*” por los maestros. Su movilidad física, paralela a la psíquica no resiste ninguna dirección. Se levantan constantemente del pupitre juegan con todo, se distraen por una mosca que se mueva, pinchan a los compañeros, se burlan de todo y están en constante actividad “*los niños mentalmente anormales*” (Rodríguez-Lafora, 1917; González Cajal, 1988; Gómez-Ferrer Górriz, 2006).

El contrapunto lo pone Boncourt, en 1919, retoma planteamientos anteriores y clasifica a los alumnos inadaptados escolarmente de la siguiente manera: *indisciplinados simples sin defecto físico ni moral, indisciplinados pervertidos, indisciplinados inadaptados sin perversión, indisciplinados inestables y pervertidos*. Esta clasificación tuvo repercusiones en algunas desafortunadas intervenciones “terapéuticas” (Díaz Atienza, 2006).

Durante esta época del siglo XX podemos decir que la corriente primordial sobre el TDAH tenía dos vertientes: una que describía toda la sintomatología de la hipercinesia basándose en las manifestaciones que presentaban los pacientes y otra más centrada en los defectos ocasionados en el sistema nervioso central. Esta última se vio marcada por la epidemia de encefalitis de 1917.

Tabla 2. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad. Primera etapa: Periodo 1901- 1920.

<i>Año, país</i>	<i>Autor</i>	<i>Fuente</i>	<i>Terminología</i>	<i>Características</i>
1901 Alemania	Demoor	La educación Infantil	“Corea mental” No se diferencia la hiperactividad como síndrome de la hiperactividad como sintoma	Niños caracterizados por: Cambios bruscos en el estado de ánimo Déficit en los mecanismos de inhibición conductual y atención sostenida. Necesidad constante de movimiento y cambios en su entorno inmediato y estimular.
1902 Inglaterra	Still	“Lecturas Goulstonian”	El trastorno era debido a una lesión cerebral “ Fallos en el control moral” Physical morbid. Relaciona la hiperactividad con los problemas aprendizaje	Características peculiares: Problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas carecían de capacidad para internalizar reglas
1905 Francia	Boncourt	Anomalías mentales de los escolares	Primera descripción como síndrome, aunque incompleta. “escolar inestable” Introduce el aspecto neuropsicológico	Presenta: grandes dificultades para el aprendizaje que relaciona con los déficit atencionales “sea para escuchar, responder y aprender”. “ son niños que pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras”
1908 Inglaterra	Tredgold	Mental Deficiency	Causa de estas conductas reside en el daño cerebral adquirido durante el periodo perinatal “deficientes mentales no idiotas” Hiperactividad como algo constitucional	Incapaces de recibir beneficios de las enseñanzas ordinarias, pero capaces de aprender con atención individualizada
1909 Francia	Dupré			Desequilibrio motor congénito, que forma parte de otros trastornos como debilidad motora, tartamudeo, tics..etc.
1913 Francia	Durot	Congreso	Hiperactividad es un síntoma que pertenece a niños con retraso mental, anemia, alteraciones digestivas, cardíacas, epilepsia, corea	De los primeros en diferenciar entre síntoma y síndrome
1913 Francia	Dupré		Inestabilidad motora, equivalente a hiperactividad Forma parte de otros trastornos como debilidad motora, temblor esencial, corea, epilepsia, tartamudez y estereotipias motoras.	Manifestación clínica de un desequilibrio motor congénito. Se asociaría a una agitación motora continua y a alteración atencional. La hiperactividad sería constitucional y revelaría la asociación entre lo cognitivo (atención) y lo motor.
1914 Francia	Heuyer	Los niños anormales y los delincuentes juveniles	Es el primero que plantea la hiperactividad como síndrome.	Síndrome sobre la base de unos síntomas de aparición constante: déficit de atención hiperactividad, comportamiento perverso, etapas de inadaptación
1917 España	Rodríguez Lafora	Niños inestables y su constitución psicopática	Caracterizados por sus perturbaciones en la motilidad	Características clínicas. Niños sin déficit cognitivos ni sensoriales, nerviosos, indisciplinados, en constante actividad y disatentos.
1919 Francia	Boncourt	Retoma los planteamientos de Durot	Habla de inadaptados escolarmente	

1.2.1.2 Hipótesis Etiológicas de la hiperactividad.

La segunda etapa, 1917-1936. En Europa, entre los años 1917 y 1928, se produjo una epidemia de “Encefalitis, Letárgica” que causó millones de muertes en todo el mundo. La enfermedad fue descrita por primera vez por el neurólogo Constantin von Economo en 1917 (Von Economo, 1917). A partir de este momento podríamos decir que comienza la segunda época que comprendería hasta 1936 y viene marcada por las hipótesis etiológicas, de ahí su nombre.

Los niños que sobrevivieron a la enfermedad o sufrían lesión cerebral o presentaban alteraciones conductuales y cognitivas; entre ellas destacaba un importante trastorno de la conducta muy parecido al descrito por George Still años atrás. Presentaban problemas de memoria, atención, impulsividad y dificultades para regular su comportamiento (Lange et al., 2010).

El primero que introduce variables de tipo neuro-cognitivo en sus estudios es Vermeulen en 1926. Este autor propuso dos categorías de niños, los armónicos y los disarmónicos. Los hiperactivos, que entraban dentro del grupo de los disarmónicos, obtenían unos resultados más pobres en las pruebas que miden concentración y mejores en las que evalúan memoria, razonamiento e imaginación (Vermeulen, 1926).

Por esta época Henri Wallon, psicólogo y pedagogo francés y figura clave de la moderna psicología infantil, presentó su tesis *L'enfant turbulent*, en 1925; en ella define los cuatro estadios del desarrollo del niño y los cinco “*tipos psicomotores*”. Wallon describe el desarrollo como una sucesión de estadios como son: el impulsivo, el emotivo, el sensorio-motor y el proyectivo (Wallon, 1925). Pasar por estos estadios es la única forma de tomar conciencia de uno mismo y de adquirir una inteligencia práctica. Dedicó sus investigaciones a la psicología del niño y argumentó que el desarrollo está influido por la maduración biológica y el medio social y que este desarrollo está sembrado de crisis que provocan continuas reorganizaciones. Por esta razón, para este autor la hiperactividad representa una parada del desarrollo psicomotor en alguno de los anteriores estadios; como parte de este trastorno identificó problemas de atención y dificultades para desarrollar la capacidad de pensamiento y percepción.

En su estudio distingue cuatro síndromes con la característica común de la hiperactividad: síndrome de asinergia motora y mental, síndrome psicomotor con hipertonía, síndrome de automatismo emotivo-motor y el síndrome de insuficiencia frontal, que es el cuadro descrito que más se parece al de hiperactividad (Díaz-Atienza, 2006; Navarro-González, 2008; Téllez, Valencia, Beauroyre, 2011).

Como secuela de la encefalitis epidémica de 1918 se describió un comportamiento hiperactivo reforzándose la vinculación de la hiperactividad con las lesiones orgánicas. Posteriormente y pese a que no se podía demostrar clínicamente la existencia de la lesión, la mera presencia de la hiperactividad era suficiente para demostrar su existencia. Por

ello, Smith en 1926, propone cambiar el término “*lesión cerebral*” por el de “*lesión cerebral mínima*”.

Posteriormente, los británicos Kramer y Pollnow, en 1930, tras haber estudiado a 15 niños, describen un síndrome caracterizado por mala articulación en el habla, distraibilidad e inquietud extrema. Otros síntomas asociados, eran la falta de perseverancia, la inquietud o el exceso de movimiento. Le denominan “*Trastorno hipercinético de la infancia*” y se caracteriza por inquietud motora. Estos autores hacen hincapié en la diferencia con la encefalitis letárgica y describen en la patología la mayor parte de los síntomas del TDAH: hiperactividad, síntomas de inatención y exceso de impulsividad. Además, en su definición incluían problemas en su educación y en su relación con otros niños así como una prevalencia máxima a los seis años, (Kramer y Pollnow, 1930; Díaz-Atienza, 2006; Navarro-González y García Villamisar, 2010; Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012).

Son momentos de notables investigaciones. El profesor Bradley durante este mismo año investiga con escolares de inteligencia normal que presentaban problemas neurológicos y de conducta a quienes había realizado una punción lumbar para su tratamiento. Debido a la punción lumbar los niños presentaban dolores de cabeza y se les trató con benzedrina. Los dolores de cabeza apenas se aliviaron, pero los profesores hicieron notar que había habido una mejoría en el aprendizaje y en la conducta de los niños. Estos resultados cesaron cuando se suspendió el tratamiento de benzedrina (Dueñas, 2005). Bradley y sus colaboradores publicaron los resultados de sus estudios entre los años 1937 y 1941 (Bradley, 1937; Bradley y Bowen, 1940, 1941; Bradley y Green, 1940). Este sería el primer tratamiento con psicoestimulantes propuesto para el tratamiento del TDAH.

En 1931, Schilder realiza una observación que se mantiene en nuestros días: relaciona la hipercinesia en pacientes con antecedentes de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base orgánica de esta patología.

En esta línea, en el año 1934, Kahn y Cohen proponen el término “*Síndrome de Impulsividad Orgánica*” para explicar el origen orgánico de esta patología y señalan el tronco encefálico como el lugar de origen de la labilidad psíquica de estos niños y de otras patologías de carácter conductual. La etiología era variada, traumas, alteraciones pre y peri natales, defectos congénitos, se pensó que debían de haber múltiples y variados “signos neurológicos menores” puesto que existían múltiples alteraciones causales (Kahn y Cohen, 1934).

Los estudios se suceden y Bradley volvió a trabajar sobre el tema siete años después realizando un ensayo abierto. Los resultados de este estudio de 1937 fueron que los jóvenes mostraron “dramático mejoramiento en el aprendizaje y conducta; estaban más interesados en su trabajo y lo realizaban más rápido y eficientemente”. El autor reseñó en sus resultados que la mejoría escolar era debida a que los niños eran de

inteligencia normal, pero además observó mejoría en la conducta social y familiar junto con un aumento en el control voluntario (Sandberg, 1996; Spencer, 2002; Dueñas, 2005, p.4). Este hallazgo propició que se considerara la hiperactividad como un síndrome esencialmente neurológico.

Por su parte, Blau, en 1936 habla de trastornos crónicos de conducta en niños que sufrieron lesiones cefálicas. Se observa en estos niños un cambio en la personalidad y en el carácter, “la conducta se torna hiperquinética, irresponsable, irrestricta, inmanejable con una relativa conservación de las facultades intelectuales” (Blau, 1936). Levin en el año 1938 relaciona la falta de descanso en niños y las lesiones cerebrales, principalmente del lóbulo frontal (Levin, 1938), corroborando así los estudios realizados con primates por Fernier (1876) donde observó que la ablación del lóbulo frontal a la que fueron sometidos provocaba excesiva inquietud motora y pobre concentración.

Tabla 3. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad. Segunda Etapa: 1921- 1940.

<i>Año, país</i>	<i>Autor</i>	<i>Libro</i>	<i>Terminología</i>	<i>Características</i>
1921	Leahly	Tellez et al.	Disfunción de la atención como parte del trastorno	Planteamiento que sigue la escuela estadounidense.
1922	Hohman		Seguidor de las th clínicas de Still. Casos de clínica similar como consecuencia de la encefalitis epidémica de 1908	
1924	Streker y Ebaugh		Secuelas neurológicas y conductuales en niños que habían padecido la encefalitis	Hiperactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria.
1925	Walón	Tesis "L'enfant turbulent"	"niños turbulentos", 4 síndromes psicomotores con el síntoma común de la hiperactividad	Cuatro grandes síndromes psicomotores con un síntoma común, la hiperactividad. Como parte de este trastorno identificó grandes dificultades de atención y para desarrollar la capacidad de pensamiento y percepción
Francia		Habla de 4 estadios de desarrollo Psicomotor		Hiperactividad representa una parada del desarrollo psicomotor en alguno de los estadios.
1926	Vermeulen	Primer estudio conocido con variables cognitivas	"armónicos y disarmónicos". El 1º en plantear una etiopatogenia psicogenética La hiperactividad trastorno consecuente con fijación en un estadio del desarrollo arcaico	Hiperactivos: pobres resultados en concentración y mejores en memoria, razonamiento e imaginación.
1930	Bradley		Estudios con escolares de inteligencia normal y problemas de conducta a los que había realizado punción lumbar tratándolos con Bencedrina	Los profesores observaron mejoría en el aprendizaje y la conducta de algunos niños. Estos cesaron cuando se suspendió el tratamiento.
1931	Schilder		Base orgánica de la patología, debido a Sufrimiento perinatal "afasia perinatal"	
1934	Kahn y Cohen	"Organic Driveness a brain-stem syndrome and an experience".	Disfunción Tronco-cefálica como origen de la labilidad psíquica de esta y otras patologías conductuales, "Síndrome de impulsividad orgánica" "Proponen el Síndrome de Impulsividad Orgánica"	
1936	Blau		Trastornos crónicos de conducta en niños que sufrieron lesiones cefálicas	Se observa en estos niños cambio en la personalidad y el carácter. "la conducta se torna hiperquinética, irresponsable, irrestricta, inmanejable con una relativa conservación de las facultades intelectuales"
1937	Bradley	Ensayo abierto con Bencedrina	"el uso del medicamento en niños fue condenado y repleto de controversias, falsos reportes y antagonismos" Se ignora este tratamiento. hasta la década de los 60	"Dramático mejoramiento en el aprendizaje y conducta; estaban más interesados en su trabajo y lo realizaban más rápido y eficientemente" Mejoría educativa, en la conducta social y familiar, con aparente incremento del control voluntario
1938	Levin	Restlessness in Children	Relaciona la falta de descanso en niños y las lesiones cerebrales, principalmente del lóbulo frontal	

1.2.1.3 Edad de Oro de la hiperactividad.

La tercera etapa va desde 1940 a 1980 y es considerada la edad de oro de la Hiperactividad debido a los avances que se realizan.

En torno a los años 40 Strauss y Lethinen (1947) y Strauss y Kephart, (1955) apoyados en los trabajos realizados con los niños que habían padecido encefalitis letárgica, interpretan que la causa de la hiperactividad es debida a una lesión cerebral exógena, en la que intervenían factores externos a la dotación genética del sujeto. Se le dio el nombre de “*Síndrome de Strauss*” o también “*Síndrome de daño cerebral infantil*” (Strauss y Lethinen, 1947; Strauss y Kephart, 1955; González-Acosta, 2006; Grau Sevilla, 2007, p.17). Con el tiempo, a falta de evidencias empíricas sobre que los problemas atencionales de estos niños fuesen debidos a discapacidades físicas o psíquicas, se empezó a utilizar el término “*Daño Cerebral Mínimo*” y posteriormente “*Disfunción Cerebral Mínima*” (Burks, 1960; Navarro-González y García Villamizar, 2010; Paine, Werry y Quay, 1968).

El periodo de 1950 a 1970 es un periodo muy prolífico en cuanto a número de investigaciones y resultados obtenidos y llega a considerarse “la edad de oro de la hiperactividad” (Barkley, 1998). En 1952 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica la primera edición del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM) en el que todavía no hay referencia al TDAH. Este hecho supone el comienzo de la sistematicidad en el desarrollo de los criterios diagnósticos para los trastornos mentales.

La fecha clave para el TDAH es el año 1956, fecha de la edición del Manual de Psiquiatría general de Hoff, pues recoge el término de “*Trastorno hipercinético*”. Es la primera referencia formal en Europa sobre este síndrome (Hoff, 1956). Con anterioridad, en EEUU, James había hecho referencia al término en 1880 y años más tarde lo hizo Sperman, en 1937 (James, 1880; Sperman, 1937).

A finales de los 50 dan una descripción sistemática del síndrome hipercinético. Laufer y Denhoff (1957), psiquiatra infantil y neuropediatra respectivamente, consideraron que si bien la causa de los síntomas primarios residía en deficiencias de las estructuras del tálamo había otras consecuencias de tipo secundario que eran resultado de la interacción de factores biológicos y sociales. Ese mismo año, Laufer, Denhoff y Solomons introducen el término “*Síndrome hipercinético o Trastorno del Impulso Hiperquinético*” con la publicación de su artículo “*hyperkinetic impulsive disorder in children's behavior problems*” (Benjumea y Mojarro, 1995; Laufer, Denhoff y Solomons, 1957; Benjumea y Mojarro en Rodríguez-Sacristan, 1995, p.727).

Al comienzo de los años 60 describe el síndrome Stella Chess. Publicó un artículo que dio lugar a la redefinición de la hiperactividad como “*trastorno de conducta de un niño que está constantemente en movimiento o que presenta tasas de actividad y precipitación más elevadas de lo normal o ambos*”. Lo que provocó que pasase a primer plano el exceso de actividad y perfiló el Trastorno Hipercinético. Chess propone que

prácticamente en la totalidad de los casos es debido a una “*hiperactividad fisiológica*” y añade que puede estar asociada con retraso mental, esquizofrenia o daño cerebral orgánico (Chess, 1960).

En 1962 el término “*Damage*” es sustituido por “*Dysfunción*”. Tras el estudio realizado por Clements y Peters (Clements y Peters, 1962), acuñaron el término de Disfunción Cerebral Mínima señalando la importancia de valorar el aspecto etiológico de esta patología, para ello debía de realizarse una recogida de datos sobre factores genéticos, de gestación así como perinatales y emocionales. *La aceptación del término Disfunción acepta que no tiene que existir un daño cerebral localizado, sino una alteración neuroquímica o neurofisiológica* (Benjumea y Mojarro, 1995, p.727).

Un año después, el Comité de Estados Unidos acuerda la denominación de Disfunción Cerebral Mínima (DCM), la cual se atribuirá a niños de inteligencia general próxima a la media, en la media o superior a la media con ciertas dificultades de aprendizaje o de conducta que van de medias a severas, las cuales se asocian con desviaciones funcionales del SNC. Estas desviaciones pueden manifestarse a través de varias combinaciones de déficit en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de atención, impulso o función motora. Durante los años escolares, la manifestación más destacada de esta condición se da en las dificultades de aprendizaje (Santos Cela, 2011, p.35). Por su parte, el grupo Internacional de Estudio de la Neurología del niño de Oxford, concluye que para que exista daño cerebral deben de existir datos que confirmen ese daño, que no pueden suponerse sólo por signos o alteraciones del comportamiento, por lo que sugieren que se adopte el término de Disfunción Cerebral Mínima y que se añada una subclasificación, es decir que se creen grupos más pequeños, homogéneos y específicos (Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012).

Clements en 1966 la definió como “*un trastorno de conducta y aprendizaje que presentan niños con una inteligencia normal pero que padecen disfunciones del sistema nervioso central*”, otorgándole mayor importancia a los factores neurológicos como responsables del problema (Clements, 1966; Grau Sevilla, 2007). El término DCM no encontró sustento experimental ni empírico lo que motivó que desde la psicología y la pedagogía se entendiese la hiperactividad como un trastorno conductual al cual se le fueron atribuyendo etiquetas diagnósticas más específicas, trastornos del lenguaje, de aprendizaje etc. El interés recayó en la excesiva actividad motora, por considerarla en esos casos mayor que la norma.

Estas concepciones fueron recogidas en la publicación del DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) con el término “*Reacción Hiperkinética en la Infancia y en la Adolescencia*” haciéndose mayor énfasis en el aspecto motor del cuadro sin contemplarse los aspectos cognitivos:

“caracterizado por exceso de actividad, inquietud, distraibilidad, escasa capacidad de atención, especialmente en niños jóvenes; el trastorno normalmente disminuye en la adolescencia” (American Psychiatric Association, 1968).

Las dos primeras versiones tenían pobres explicaciones teóricas con respecto a la etiología y sólo se ocupaban de explicar de manera comprensiva los trastornos, ya que estaba muy influenciado por el psicoanálisis. En el manual no había referencia a bases orgánicas, únicamente enfatizaba la hiperactividad, la inquietud y una corta atención como característica principal. Se consideró al trastorno esencialmente evolutivo, de inicio temprano y que se atenuaba en la adolescencia sin base orgánica.

Las críticas hacia este manual se basaron en la validez del diagnóstico pues se centraba en una valoración clínica intuitiva y puramente descriptiva y no se establecieron criterios uniformes para su definición. Se observó poca concordancia entre los evaluadores, pobre especificidad para la identificación del trastorno y tendencia a detalles anecdóticos (Barkley, 1998; Anastopoulos, 2001; Trujillo 2012).

A partir de la publicación del DSM-II, se empezó a tener referentes epidemiológicos y elementos de validez estadísticos que permitieron controlar y generar categorías diagnósticas dicotómicas. Gracias a este manual, con base en el uso de los criterios establecidos, se creó la escala *Research Diagnostic Criteria*, reconocida como herramienta de exploración de síntomas psiquiátricos de gran utilidad clínica e investigativa.

Es a principios de los 70 cuando los trastornos por déficit de atención empiezan a cobrar fuerza y pasan a primer plano. Hay numerosas investigaciones y publicaciones y el concepto se popularizó. La tecnología y su avance permitieron hacer estudios cada vez más exhaustivos, avanzando en la localización de las lesiones cerebrales que provocaban el estado hiperquinético. En 1971 Satterfield y Dawson fueron los primeros en proponer que los síntomas del TDAH eran causados por débil control inhibitorio de la corteza frontal sobre las funciones límbicas (Satterfield y Dawson, 1971; Spencer, 2002, citado en Dueñas, 2005, p.5). Por otra parte Dykman formula la disfunción cerebral mínima como un desorden de la atención (Dykman, Ackerman y Oglesby., 1971).

En este momento la doctora Virginia Douglas y su grupo de investigadores de la Universidad de McGill, con los trabajos realizados, argumentaron que la deficiencia básica del trastorno residía en la incapacidad para centrar la atención así como la impulsividad y no en el exceso de actividad motora (Grau Sevilla, 2007). Según esta autora, la mayoría de los problemas que presentaban estos niños eran consecuencia de una autorregulación insuficiente. Propuso que se excluyesen del trastorno aquellas patologías consecuencia de entornos desfavorecidos, psicosis, lesión cerebral, retrasos mentales y déficits sensoriales, contribuyendo así a una interpretación más rigurosa del TDAH. Douglas y su grupo de la Universidad acuñaron el término de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad (Douglas, 1972 citado por Navarro

González, 2008, p.38). En esta década el concepto se popularizó y se extendió al ámbito social y escolar, se difundió a través de los medios de comunicación y se crearon numerosas asociaciones.

A mediados de esta época, entre 1975 y 1978 la Organización Mundial de la Salud en su propio sistema taxonómico, (CIE-9), mantiene la terminología de “*Trastorno hiperactivo de la infancia*”, a pesar de las corrientes innovadoras que proceden de EEUU donde los psiquiatras americanos hablan de subtipos y valoran la agresividad, el negativismo, el déficit cognitivo, la memoria, la inteligencia y los trastornos del lenguaje como parte del síndrome (recogido por Anastopoulos, 2001 y citado por Navarro González, 2008).

Como hemos podido comprobar, por lo que verdaderamente se caracteriza esta etapa en cuanto a avances se refiere es porque los trastornos que hasta este momento se habían estudiado como asociados pasan a un primer plano (poca atención, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, distraibilidad) y quedan relegados aspectos como el seguimiento del exceso de actividad motora, disfunciones cognitivas graves u otras patologías asociadas (Douglas, 1972; Navarro-González y García-Villamizar, 2010).

Tabla 4. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad: Tercera etapa 1940-1980.

<i>Año</i>	<i>Autor</i>	<i>Fuente</i>	<i>Terminología</i>
1941	Brandel y Bowen	<i>Amphetamine (benzedrine) therapy of children's behavior disorders</i>	<i>Síndrome de conducta orgánica</i>
1947	Strauss y Lehtinen	<i>Psychopathology and education of the brain injured child</i>	<i>Síndrome del daño cerebral infantil</i>
1955	Strauss y Kephart	<i>Psychopathology and education of the brain- injured child. Vol.II</i>	<i>Disfunción cerebral mínima</i>
1957	Laufer y Denhoff	<i>Hyperkinetic Impulse Disorder in children's behavior problems.</i>	<i>Trastorno de impulso hiperkinético</i>
1959	Hoff y Chess.	<i>Manual de Psiquiatría</i>	<i>Trastorno hiperkinético</i>
1962	Clements y Peters	<i>Minimal braindysfunctions in the school age child</i>	<i>“Síndrome de disfunción cerebral mínima”</i>
1968	Asociación Americana de Psiquiatría (APA)	<i>DSM-II</i>	<i>“La reacción hiperkinética en la infancia” Tres subtipos:</i>
1970	Rutter	<i>A Neuropsychiatric study in Childhood</i>	<i>Síndrome hiperkinético</i>
1972	Douglas	<i>Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children.</i>	<i>Diferencias entre Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad</i>
1975	Cantwell	<i>The hyperactive child. Diagnosis, Management, current research.</i>	<i>“Síndrome de niño hiperactivo”</i>
1975-	OMS	<i>CIE-9</i>	<i>Trastorno hiperkinético de la infancia</i>
1980	APA	<i>DSM-III</i>	<i>Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad</i>

1.2.1.4 Trastorno por déficit de Atención con y sin hiperactividad.

Para concluir este apartado analizaremos la cuarta etapa que comprende desde los años 80, época en la que el DSM-III contempla por primera vez el término Trastorno por Déficit de Atención con y sin hiperactividad, hasta la actualidad.

En 1980, los trabajos de Virginia Douglas y su equipo de investigadores trascendieron y fueron tomados como referentes en la Asociación Americana de Psiquiatría. Las conclusiones de sus trabajos, en gran medida, provocaron el cambio de denominación en la tercera edición del Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-III, 1980), que se pasó a denominar “*Trastorno de déficit de atención con hiperactividad*” haciéndose énfasis en la dimensión de la atención. En este manual se reconoce como ejes básicos del problema la desatención y la impulsividad y recoge por primera vez una subdivisión o categorías diagnósticas del trastorno: “*Déficit de atención con o sin hiperactividad*” (TDA+H y TDA-H). Aunque se le criticó por hacerlo de forma apresurada, alguna de las críticas más importantes las recibió de Barkley (1987) el cual consideraba los síntomas de déficit de atención secundarios a los problemas en la inhibición y control de la conducta.

En esta época la investigación atribuye los trastornos a déficits en la función neurológica, debido a trastornos neuroquímicos, hecho que se confirma gracias a la utilización de técnicas de investigación neurológica cada vez más especializadas. Este periodo se caracteriza por la estandarización de los procedimientos de investigación y clasificación bajo los criterios reconocidos por el DSM-III, que incluía la subdivisión con o sin hiperactividad. Este manual instituía un número mínimo de síntomas, un corte de edad y la duración de los síntomas, además de la exclusión de otros trastornos.

Ajuriaguerra, tras una revisión de las publicaciones científicas en torno al TDAH realizada en 1983, concluye que todos los autores están de acuerdo en mayor o menor medida en la presencia de los siguientes síntomas: dificultades motrices (hipercinesia), dificultades de atención (baja capacidad), dificultades cognitivas (dificultades temporoespaciales y con secuencias rítmicas), dificultades escolares (“*déficit específicos o globales de aprendizaje*”), dificultad de control “*pulsional*” (enuresis, encopresis), dificultades sociales, dificultades afectivas, dificultades familiares, síntomas neurológicos discretos, estigmas físicos (Ajuriaguerra, 1983).

De nuevo a finales de este periodo, en 1987, apareció el **DSM-III-R** (American Psychiatric Association, 1987; DSM-III-R, APA, 1988). En este manual solo se recogen los criterios diagnósticos del “*Déficit de Atención con Hiperactividad*”, relegándose la subdivisión “*sin hiperactividad*” a la categoría de “*Déficit de Atención indiferenciado*”. Además se eliminó la agrupación de síntomas y se ordenaron por su capacidad discriminatoria para el diagnóstico y además se propusieron nuevos puntos de corte sobre una única lista de síntomas.

En 1992, la OMS en la décima versión de su manual CIE (CIE-10; OMS, 1992), denomina a este síndrome Trastorno de la actividad y la atención, y lo recoge en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia, dentro de un subgrupo clasificado como trastornos hiperkinéticos en el cual se encuentran cuatro entidades diagnósticas bien diferenciadas: Trastorno de la actividad y de la atención, trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin déficit de atención.

A principios de los 90 ya hay unas características asumidas por todos para describir los síntomas del TDAH los cuales quedan reflejados en la cuarta edición del DSM, en el apartado de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, más concretamente en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador donde también nos encontramos con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante. Los criterios para el diagnóstico se dividen en dos apartados A1-Inatención y A2-Hiperactividad-impulsividad, DSM-IV (APA, 1995). Bajo los criterios de este manual se realizaron más de 3.000 estudios y se diagnosticaron miles de pacientes. Se siguen sucediendo investigaciones desde todos los ámbitos, el avance se produce día a día gracias a los descubrimientos de la Neurofísica, la Neurología, la Genética, la Medicina, la Psicología, la Pedagogía y un amplio etcétera. A este manual y a las versiones posteriores dedicaremos un punto específico para analizar más detenidamente los cambios producidos en la denominación y los avances en los criterios diagnósticos así como sus repercusiones en estos últimos casi 20 años.

Esta cuarta etapa podría ser denominada la “*era de la función ejecutiva*” (Rodríguez et al., 2009) se caracteriza por la recopilación en el Manual Estadístico de una serie de características reconocidas como concepto de trastorno por déficit inhibitorio como síntoma principal del trastorno. En él se distinguieron tres subtipos diferenciados de TDAH: subtipo con predominio de síntomas de inatención, otro con síntomas de hiperactividad/impulsividad y un subtipo combinado.

1.2.2 Definición formal, 1968 DSM

El manual conocido como *The Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders de la American Psychiatric Association* (DSM), nace de la necesidad de clasificar las diferentes patologías psiquiátricas que aparecen y desaparecen en el tiempo. Hasta el momento de la publicación de este manual, no existían criterios totalmente definidos acerca de los trastornos. Estos eran diagnosticados según el síntoma al que se le concediese importancia, las características que se pusiesen en relevancia, además de la descripción del estado del sujeto y de la incapacidad que se le atribuyese. Para ello, se utilizaba la Clasificación Internacional de Enfermedades, más conocida por su acrónimo CIE, en inglés ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Esta clasificación tuvo su origen en la “lista de causas de muerte” y fue editada en 1893 por el Instituto Internacional de Estadística. Años después, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se hizo cargo de ella, ya en su sexta edición, donde incluyó por primera vez las causas de morbilidad.

Estas clasificaciones no perduraban en el tiempo ya que se definían en torno a un momento sociocultural determinado por factores socio-económicos, político-ideológicos y científico-culturales de la época. A continuación, analizaremos las características principales que recogen estos sistemas clasificatorios con respecto al TDAH, y compararemos los distintos criterios para el diagnóstico utilizados en las diferentes versiones hasta llegar a su última edición.

1.2.2.1 El DSM

Nace en Estados Unidos en 1952, como compilación de la mayoría de los trastornos psiquiátricos, viniendo a sustituir la clasificación utilizada en la psicología clásica. Surge como una variante de la Clasificación Internacional de Enfermedades que, en esos momentos era la número seis y donde se incluyen por primera vez los trastornos mentales. Su intención es convertirse en la guía oficial donde los profesionales de la salud mental y los investigadores se acojan para el diagnóstico. El primer DSM incluía tres grandes tipos de trastornos mentales: psicosis orgánicas, neurosis psicógenas y trastornos del carácter. Muy influido por Adolf Meyer, de corte psicoanalítico, entendía los trastornos como reacciones de la personalidad ante factores psicosociales. Algunos autores determinan que uno de los principales problemas del DSM es la variación de distintos trastornos psiquiátricos, según la corriente de pensamiento que conceptualice el trastorno, en un determinado periodo de tiempo (Lee, 2002), hecho que hemos podido comprobar en el estudio histórico del concepto.

La historia del término TDAH y su repercusión viene unida a los diferentes DSM que han ido apareciendo a lo largo de los años, así como de los criterios utilizados para su definición. De hecho, en esta primera edición del manual, no se hace referencia a este término y sólo se incluyen dos categorías diagnósticas infantiles (DSM, 1952).

1.2.2.2 DSM-II.

Durante los años sesenta, el diagnóstico de esta patología se orientó hacia las características clínico-fenomenológicas como la hiperactividad, en calidad de rasgo más evidente. Con las nuevas corrientes de trabajo, en 1968 se editó el Manual DSM-II, donde se describe por primera vez la “reacción hiperkinética” y se utiliza la nomenclatura de “*Trastorno hiperkinético infantil*”. Esta terminología ha sido recogida como (308.0) *Hyperkinetic reaction of childhood (or adolescence)*, dentro del apartado de (308) *Behaviour Disorders of Childhood and Adolescence*. Es descrito con las siguientes características: exceso de actividad, inquietud (desasosiego), distractibilidad y poca capacidad de atención, especialmente en niños pequeños, por un daño orgánico del cerebro, que debería ser diagnosticado bajo el síndrome orgánico propio del cerebro no psicótico.

This disorder is characterized by overactivity, restlessness, distractibility, and short attention span, especially in young children; the behavior is caused by organic brain damage, it should be diagnosed under the appropriate non-psychotic organic brain syndrome (q.v.) (APA, DSM-II, 1968, p.50).

Esta definición dio lugar a que la hiperactividad fuese enfatizada y se dejaron un poco de lado los aspectos atencionales. De este modo, en algunos casos, si se reducía el exceso de actividad se anulaba el diagnóstico e incluso se dejaba la medicación, con las consecuencias que suponía para el sujeto. En esos momentos ya se admitía el origen neurológico del síndrome y la mayor preocupación era identificarlo correctamente.

Es importante reconocerle a la segunda edición del DSM, el hecho de contener categorías diagnósticas adaptadas para niños, lo que facilitó la atención de los trastornos psiquiátricos en esta población.

Estos dos manuales recogían descripciones globales de los trastornos mentales, de igual manera que se hace en la CIE y carecían de criterios formales que permitiesen determinar los límites de los trastornos. Veían los síntomas como reflejo de las dificultades vitales y de la falta de adaptación del individuo al entorno (Sandín, 2013).

A lo largo de los años setenta, diferentes autores empiezan a sugerir que la principal característica de este trastorno no era la hiperactividad, sino la incapacidad de controlar sus impulsos y de mantener la atención. Aludían al exceso de movimiento como reflejo de la impulsividad y de la falta de atención. Así pues, es como empiezan a adquirir importancia los aspectos cognitivos del trastorno. Los estudios empiezan a centrarse en los problemas de atención y del control de impulsos. Fue Virginia Douglas (1972), quien a través de sus estudios con compañeros de la McGill University de Canada, influyó de manera decisiva en la nueva clasificación que aparecerá en 1980 en el DSM-III.

"... a core group of symptoms involving inability to sustain attention and to control impulsivity can account for most of the deficits found [in hyperactivity]..."
(Douglas, 1972, p.1).

A lo largo de diversos estudios focalizados en el ámbito del desorden, Virginia Douglas logró identificar ciertas áreas cerebrales que estaban afectadas, entre otras las que originaban falta de organización, problemas de atención sostenida, dificultades para controlar la conducta con respuestas impulsivas, esfuerzo mental para realizar tareas, incapacidad para modular la atención a las distintas situaciones y una fuerte inclinación a la búsqueda de gratificación inmediata.

Otra característica del periodo de los setenta es la aparición de un posible factor genético en las investigaciones, ya que existe una mayor prevalencia en hijos de padres biológicos que en hijos adoptivos (Morrison y Stewart, 1973). Estos datos se verán confirmados en investigaciones posteriores en torno a las semejanzas entre familiares, gemelos e hijos adoptivos (Levy et al., 1997).

En lo que respecta a la genética, se han realizado muchas investigaciones sobre gemelos monocigóticos y dicigóticos (Willcutt, Pennington y DeFries, 2000) y sobre genética molecular (Faraone y Doyle, 2005).

1.2.2.3 DSM-III y DSM-III-R.

Este nuevo manual nace en 1980 como revisión del anterior. Jerarquizó el trastorno y puso el énfasis en el déficit atencional, que podía diagnosticarse con o sin hiperactividad. Muchos autores vieron el DSM-III como algo revolucionario a nivel terminológico y de fidelidad diagnóstica, basada en el consenso de un lenguaje común que restringirá el juicio personal del profesional. Según Bianchi, *el DSM-III "se convirtió en un manual a-teórico que se basaba en los principios de testeo y verificación a partir de los cuales cada trastorno es identificado por criterios accesibles a la observación y medición empíricas"* (Bianchi, 2012, p.1028). Los creadores del DSM-III intentaron revolucionar la forma de realizar el diagnóstico psiquiátrico de los profesionales de la salud mental, basándose en los síntomas y desplazando el paradigma psicosocial que primaba hasta esos momentos. Kirk y Kutchins afirman que este análisis cumplió con sus expectativas:

"The developers of DSM-III sought to bring about a revolution in how mental health professionals thought about and practiced psychiatric diagnosis. On many levels, the revolution succeeded remarkably well" (Kirk y Kutchins, 1992, p.11).

Este manual redujo el carácter interpretativo del anterior y fue más descriptivo con respecto a las conductas observadas y los síntomas descritos, además de ofrecer una aproximación etiológica de los diagnósticos. Todo esto permitió el reconocimiento y estimación del grado de deterioro global del paciente al mismo tiempo que evitaba errores diagnósticos.

Los criterios utilizados en la elaboración, tanto de la tercera edición como de su revisión, se establecieron en función de la experiencia de un grupo de expertos. La afinidad existente entre el formato de sus diagnósticos y de la investigación experimental fue determinante para obtener la aceptación mundial. A ello contribuyó el hecho de que se habilitaba un mismo lenguaje para iniciar investigaciones transdisciplinarias.

En cuanto a nuestra patología, todos estos avances nos proporcionaron una herramienta para identificar el 'Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad' como se denominó en esta edición, al establecer 16 síntomas divididos en tres grupos que permitían identificarlo. Es decir, se nos abrió la posibilidad de clasificar este trastorno en tres grupos: a) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; b) Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad; y c) Trastorno por déficit de atención tipo residual, (DSM-III, 1980).

Como se puede observar, el diagnóstico está sesgado por el modelo cognitivo-atencional y de ahí que defina un subtipo con hiperactividad (TDA+H) y otro sin hiperactividad (TDA-H), hecho que se verá rectificado en la siguiente revisión, ya que había dificultades para diferenciar comportamientos inatentos de impulsivos y sobreactivados (Severa, 2012). Esta diferenciación permitía hacer hincapié en la atención, en la impulsividad, y que en algunos casos además, podía acompañarse de hiperactividad.

Con la llegada del **DSM-III-R (1987)** se producen nuevos cambios. Para el TDAH es sustancial, ya que vuelve a cambiar su terminología a “Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad”. De esta manera, se ignora el TDA sin hiperactividad, o en otras palabras, el equivalente a déficit de atención puro. Esta patología se podrá determinar dentro de una categoría nueva denominada “*Trastorno de déficit atencional no diferenciado*” (Capdevila-Brophy et al., 2006, p.S128).

En la Tabla 5. Comparación de los síntomas conductuales. DSM-III y DSMIII-R. observamos la comparación de los síntomas conductuales presentados como parte de los criterios del DSM-III y del posterior DSM-III-R para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, donde podemos observar modificaciones bastante importantes que ayudaron a delimitar la conceptualización del trastorno en el DSM-IV (APA, 1994) y en su versión revisada DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabla 5. Comparación de los síntomas conductuales. DSM-III y DSMIII-R.

	DSM-III	DSM-III-R
Inatención	<p>A menudo no puede acabar las cosas que empieza.</p> <p>A menudo no parece escuchar.</p> <p>Se distrae con facilidad.</p> <p>Dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en las tareas que precisan atención sostenida.</p> <p>Dificultades para concentrarse en el juego.</p>	<p>Inquietud frecuente que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento.</p> <p>Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.</p> <p>Dificultad para aguardar turnos en los juegos o situaciones de grupo.</p> <p>Frecuencias de respuestas precipitadas antes de que acaben de formular las preguntas.</p> <p>Dificultad para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo o a errores de comprensión).</p>
Impulsividad	<p>A menudo actúa antes de pensar.</p> <p>Cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra.</p> <p>Necesita supervisión constante.</p> <p>Hay que llamarle la atención en casa frecuentemente.</p> <p>Le cuesta guardar turno en los juegos o situaciones de grupo</p>	<p>Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.</p> <p>Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.</p> <p>Dificultad para jugar con tranquilidad.</p> <p>A menudo habla excesivamente, verborrea.</p> <p>A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños</p>
Hiperactividad	<p>Corre de un lado a otro en exceso, se sube a los muebles</p> <p>Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio, o se mueve excesivamente</p> <p>Le cuesta estar sentado</p> <p>Se mueve mucho durante el sueño</p> <p>Está siempre en marcha o actúa como si tuviese un motor por dentro</p>	<p>A menudo no escucha lo que le dicen</p> <p>A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar</p> <p>A menudo practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos</p>

1.2.2.4 El DSM-IV y el DSM-IV-R.

Tanto DSM-IV (APA, 1994) como DSM-IV-R (APA, 2000) nos aportan una información más detallada y consistente sobre los aspectos clínicos relevantes en relación a cada trastorno. Esta información sirvió para perfeccionar el anterior y ofrecer una mejor descripción y categorización de los trastornos mentales. En lo referente al TDAH, ambos manuales utilizan la misma denominación “*Trastorno de déficit de atención/hiperactividad*”. En la cuarta edición se vuelven a introducir los subtipos, que van a permitir diagnosticar el TDAH en niños con y sin hiperactividad y con o sin déficit de atención.

La mayoría de los modelos teóricos de esta época, que intentan explicar el TDAH, se basan en el concepto de impulsividad, y hacen referencia a una aversión a la demora, a la búsqueda de la recompensa inmediata, a fallos en la previsión de las consecuencias ante las respuestas, un déficit de autorregulación o un estilo de respuesta rápido e impreciso (Miranda, Jarque y Soriano, 1999). De ahí que muchos investigadores

consideren “*déficit en el control inhibitorio de la respuesta*” como el punto central de sus trabajos (Barkley, 1994; 1997).

En la versión revisada, “la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”. Se acepta que los subtipos TDAH-H-I y TDAH-D pueden evolucionar a TDAH-C y viceversa. Estos trastornos están incluidos en el grupo de “*Trastornos por Déficit de Atención Comportamiento Perturbador*”, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante. Los síntomas “por lo menos algunos de ellos” han de haber estado presentes desde antes de los siete años de edad y a lo largo de al menos seis meses, causando alteraciones o deterioro significativo del funcionamiento en dos áreas de la vida: social y familiar.

Su homólogo la CIE-10 (OMS, 1995) denomina a este síndrome “*Trastorno de la actividad y la atención*” y viene recogido por el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia, dentro del subgrupo de trastornos hiperkinéticos. En este documento publicado en forma de manual, se diferencian cuatro subtipos o entidades diagnósticas diferenciadas que son: el trastorno de la actividad y la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin especificación.

Ambos sistemas de clasificación admiten los tres síntomas centrales del trastorno, así como su persistencia a lo largo del tiempo y además la presencia de estos síntomas en diferentes contextos, aunque siguen sin llegar a un consenso total en su visión del síndrome. Para la CIE-10, la presencia de otros trastornos representa siempre un criterio de exclusión, no así para el DSM, que plantea posibilidades de comorbilidad del TDAH con otros trastornos, siendo estos de conducta, de aprendizaje, de ansiedad o afectivos. Para que la CIE-10 marque un diagnóstico como positivo exige la presencia de los tres síntomas principales, requiere al menos seis síntomas de inatención, como mínimo tres de hiperactividad y uno de impulsividad como mínimo. Mientras que en el DSM, tanto la hiperactividad como las dificultades de atención por sí mismas ya pueden producir un diagnóstico positivo. Por esta razón, se plantean tres subtipos: el subtipo predominantemente inatento, otro hiperactivo-impulsivo y un tercer tipo que sería el combinado (Miranda, Jarque y Soriano, 1999; CIE-10, 1992; DSM-IV, 1994).

A pesar de la falta de unanimidad para conceptualizar el trastorno se producen acuerdos entre los distintos especialistas en cuanto a las características o sintomatología primaria que se corresponde con la patología de TDAH y también en ambos sistemas diagnósticos se exigen que las conductas problemáticas perduren un mínimo de seis meses y se den en distintos entornos o situaciones (Herrera-Gutierrez, Calvo-Llena y Peyrés-Egea, 2003).

Hacia el año 2006, distintas investigaciones ponen de manifiesto sus diferencias en cuanto a ciertos puntos sin aclarar del DSM-IV-TR en relación con los subtipos, entre otros (Capdevila-Brophy et al., 2006. p.129):

- a) Los subtipos no son estables a lo largo de los años.
- b) Los criterios diagnósticos son los mismos para todas las edades.
- c) Un TDAH-C, al llegar a la adolescencia, puede disminuir los síntomas de hiperactividad/ impulsividad y ser diagnosticado de forma errónea como TDAH-D.
- d) No queda claro que el TDAH-HI sea diferente del TDAH-C.
- e) Los síntomas y criterios de déficit atencional para el subtipo desatento y el combinado son los mismos.
- f) No existen criterios positivos específicos para el TDAH-D mientras que sí existen de hiperactividad/impulsividad para los subtipos TDAH-HI y TDAH-C.
- g) El subtipo TDAH-D no tiene una aceptación consensuada como subtipo entre todos los investigadores, ya que el TDAH-D se asocia a problemas de atención selectiva/enfocada y a un procesamiento de la información lento. Mientras que el subtipo combinado TDAH-C tiene problemas con la persistencia del esfuerzo.

Estas diferencias han propiciado investigaciones al respecto para llegar a determinar si estos dos trastornos son manifestaciones distintas de una misma entidad o si, por el contrario, constituyen patologías diferentes. En la Tabla 6 podemos ver las diferencias de estos dos subtipos, según establece Capdevila (2006, p.127).

Tabla 6. Diferencias entre los Subtipos de Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad.

	Subtipo desatencional (TDAH-D).	Subtipo combinado (TDAH-C).
Características en sintomatología central.		
Características atencionales.	Déficit en velocidad de procesamiento de información en general, y en atención selectiva, específicamente.	Falta de persistencia. Déficit en atención sostenida. Distracción.
Síntomas de hiperactividad-impulsividad.	Ausentes o leves.	Impulsividad. Irresponsabilidad.
Características en síntomas asociados.		
Comorbilidad con otros trastornos.	Trastornos internalizantes. Depresión. Ansiedad. Trastornos de aprendizaje (matemáticas).	Trastornos externalizantes. Trastorno opositor desafiante. Trastorno de conducta.
Relaciones con los compañeros y disfunción social.	Poca popularidad, descuidado por los compañeros aislamiento social. Menos interacción social. Déficit en autoconocimiento social y pasividad social.	Poca popularidad, activamente rechazado por los compañeros Más interacción social. Conducta agresiva y disregulación emocional (alta intensidad y altos niveles de conducta positiva y negativa). Disruptivos. Inician peleas y discusiones.
Habilidades motrices.	Habilidades motrices finas más pobres (por ejemplo, destreza manual).	Habilidades motrices globales más pobres (por ejemplo, equilibrio).
Complicaciones prenatales, perinatales y postnatales.	Menos frecuentes.	Más frecuentes.
Déficit neuropsicológicos.	Déficit de procesamiento y de rasgo para automatizarlos. Mayor afectación en la memoria de trabajo.	Déficit de inhibición conductual.
Características biológicas		
Sexo: proporción niños-niñas.	Menor predominio de sexo masculino.	Mayor predominio de sexo masculino.
Curso.	Estable en el tiempo.	Madura con la edad (más rápido en niños).
Historia familiar de psicopatología.	Sintomatología internalizante más frecuente en familiares.	Sintomatología externalizante más frecuente en familiares.
Respuesta a la medicación estimulante.	Mejor respuesta en dosis bajas.	Mejor respuesta en dosis moderadas o altas.

Nota Fuente: Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J. y Obiols-Llandrich J.E., 2006.

Los resultados de las investigaciones y los trabajos realizados con el DSM-IV-R, como fuente de referencia, han sido tenidos en cuenta para la elaboración de la siguiente edición del manual, el cual intenta dar respuesta a las principales diferencias existentes entre expertos e investigadores sobre cuestiones de base.

Barkley (2009) hace un balance de los resultados del uso de los criterios establecidos en el DSM-IV y su versión revisada, y destaca “el proceso de prueba-revisión-prueba” en las dos ediciones, como un rasgo especial que ha permitido conocer el TDAH de forma más precisa. A su vez, en ese mismo artículo plantea una serie de cuestiones que considera que requieren atención por parte de los grupos de trabajo encargados de la elaboración del DSM-5, incluyendo estas:

- La necesidad de utilizar dos listas de síntomas.
- La posibilidad de reducir la lista de síntomas eliminando elementos redundantes.
- El uso de diferentes umbrales para el diagnóstico de las distintas etapas del desarrollo.
- La lista de HI demasiado cargada con síntomas de hiperactividad con lo que se pierde sensibilidad para el diagnóstico con la edad.
- A qué se refiere específicamente el término “alteración”
- Ampliar la edad de inicio
- Valorar la posibilidad de que la subclasificación mejore si se realiza basándose en la concomitancia.

Algunas de ellas han sido tenidas en cuenta, como veremos en el siguiente punto donde analizaremos la nueva versión del DSM.

Antes de plasmar los contenidos del DSM-5 (APA, 2014), considero oportuno comentar el modelo de *Definición Operativa* que hemos tenido presente para trabajar desde el comienzo de este proyecto. La siguiente definición parte del modelo híbrido de Barkley (1997a) y de la consideración del tratamiento del trastorno desde una perspectiva psicoeducativa:

“El TDAH es un término específico que se refiere a un grupo de trastornos escolares y no escolares, que se manifiestan como dificultades significativas para el aprendizaje y la adaptación familiar, escolar y social. El TDAH puede darse a lo largo de toda la vida de la persona, pero se manifiesta de forma particularmente álgida en el periodo vital comprendido entre el nacimiento y la adolescencia, Este trastorno es intrínseco a la persona que lo padece, es decir, es debido a un retraso en el desarrollo neuropsicológico que provoca disfunciones en los mecanismos de Control Ejecutivo e Inhibición del Comportamiento, que afecta de modo directo a los Procesos Psicológicos del Sistema Ejecutivo- tales como la memoria de trabajo y su relación con el sistema de atención anterior, la autorregulación de la motivación y el afecto, la interiorización del lenguaje y los procesos de análisis y síntesis- y a sus Funciones Ejecutivas- como la planificación y organización, la automonitorización y evaluación, la flexibilidad cognitiva y la persistencia-, implicadas directamente en las tareas de enseñanza aprendizaje y en la adaptación escolar, social y familiar. Aunque el TDAH puede

ocurrir conjuntamente con otros trastornos (por ejemplo: deficiencia sensorial, discapacidad intelectual, trastornos emocionales graves, dificultades específicas de aprendizaje) o con influencias extrínsecas (por ejemplo: diferencias culturales, deficiencias o inadecuaciones educativas, instrucción inapropiada o insuficiente), no es el resultado de estas condiciones o influencias” (Romero y Lavigne, 2005, p. 92).

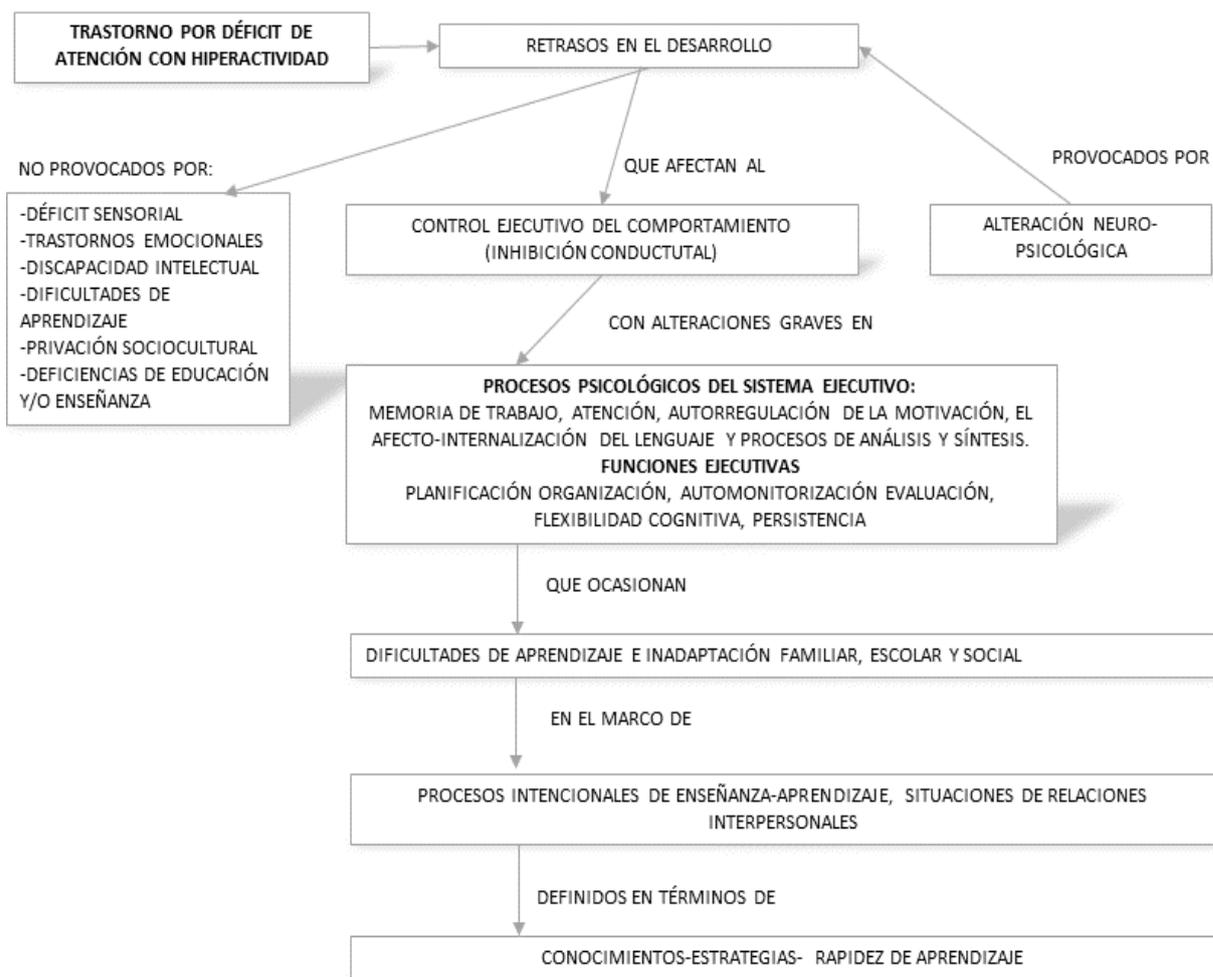


Figura 1. Definición Operativa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Fuente: Romero y Lavigne 2005, p. 92.

En esta definición podemos observar los procesos neuropsicológicos que intervienen y que están estrechamente unidos entre sí. Todos ellos forman parte de otros procesos que afectan al desarrollo del niño y por lo tanto a su adaptación al entorno. Estos procesos tanto neurológicos como psicológicos son los que se tendrán en cuenta a la hora de evaluar y valorar las condiciones del sujeto con TDAH.

1.2.3 Momento actual y el DSM-5

Como ya hemos expuesto, el DSM, es el referente europeo donde se fundamentan la mayoría de los diagnósticos de trastornos y patologías mentales así como la inmensidad de investigaciones que se llevan a cabo, debido a que cuenta con el respaldo de la APA. Es elegido por la mayoría de los investigadores, ya que aporta uniformidad de criterios, factor importantísimo para la investigación. El manejo de un lenguaje universal, de un mismo lenguaje científico, permite hacer referencia a los mismos parámetros a la hora de trabajar y clasificar los trastornos mentales, hecho que facilita las investigaciones internacionales. Por todo ello, es muy utilizado en proyectos tanto por investigadores del campo de la psiquiatría como de la psicología clínica (Nemeroff et al., 2013).

En la actualidad, nos encontramos a caballo entre el DSM-IV-R y el DSM-5 que ha nacido con mucha polémica. Desde el año 2000 cuando se publicó la versión revisada del DSM-IV se llevó a cabo una investigación para trabajar sobre la quinta edición, que pasó por diferentes fases: del 2004 al 2007 se hizo el planteamiento de la investigación y se realizó la documentación técnica; del 2007 al 2009 tuvo lugar el perfeccionamiento del programa de investigación; y ya en el 2010 se realiza una prueba piloto, seguida en el 2011 de la revisión de los criterios diagnósticos propuestos; y por último, en el 2012 se realizó el proyecto final del texto. Su presentación tuvo lugar en Mayo del 2013 en la Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana (Martínez y Rico, 2013). La premisa básica para la elaboración del manual era basarse en la evidencia empírica, para lo que contó con una gran colaboración de profesionales, instituciones y colectivos, además de numerosos revisores expertos.

A lo largo de la elaboración de la última versión del manual, el DSM-5, se sometieron a evaluaciones críticas los cambios propuestos, recibiendo más de 13.000 propuestas que fueron valoradas y examinadas por los diferentes grupos de trabajo. El propio Allen Frances, responsable del grupo de trabajo del DSM-IV, alega que una revisión no implica siempre una mejora y que el cambio de un criterio diagnóstico puede llevar a cambios significativos en la prevalencia, evaluación, tratamientos y prescripciones, lo que implicaría cambios socio-económicos muy importantes (León-Sanromá et al., 2013).

Los aspectos más criticados son principalmente dos: el primero, que mantiene el modelo de clasificación categorial que, aunque es más conciso y le infunde operatividad, resulta más impreciso para la clasificación de los trastornos mentales. El segundo aspecto es que se ha recurrido a aumentar el número de trastornos y de subtipos para reducir el problema de los límites imprecisos de los trastornos. Para reparar este último se crearon grupos de trabajo que intentaron solucionarlo agregando parámetros dimensionales. Finalmente, han incorporado el reconocimiento oficial del carácter continuo de los trastornos mentales (Sandín, 2013, p.261). Otro estudio clarificador sobre las propuestas

de revisión más relevantes para mejorar el manual es el que aparece en el artículo de Sibley, Waxmonsky, Robb y Pelham (2013).

Según publica la APA en la página virtual de difusión del DSM-5, los cambios producidos entre el DSM-IV-R y el DSM-5 son muy pocos. En la presente edición, en organización general de los capítulos, se tiene más en cuenta el ciclo vital. Los cuadros clínicos que se manifiestan en las primeras etapas del desarrollo figuran al principio del manual, los de adolescencia y edad adulta aparecen en la parte central del manual y en la última parte aparecen los trastornos asociados a la vejez (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). Centrándonos en la patología del TDAH, destacan los cambios que comentamos a continuación (APA, 2014, p.2).

En cuanto a la categorización, el cambio más relevante ha sido colocar el TDAH en el capítulo de los Trastornos del Desarrollo Neurológico para reflejar correlatos cerebrales de desarrollo. Han tomado esta decisión en el DSM-5, para eliminar el capítulo del DSM-IV que incluye todos los diagnósticos realizados por lo general, primero en la infancia y después en la niñez o la adolescencia.

Para el diagnóstico, en el nuevo manual, siguen siendo 18 los síntomas que se utilizan y continúan divididos en dos dominios que son la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad, de los que se requieren al menos seis síntomas de un dominio para el diagnóstico.

Además, se han realizado las siguientes modificaciones:

1. Se han añadido elementos de criterio para facilitar la aplicación a lo largo de toda la vida
2. Se ha reforzado para "varios" síntomas la obligación de valorarlos de forma trans-situacional.
3. Se ha cambiado el criterio de inicio, ha pasado de "síntomas que causaban alteraciones debían estar presentes antes de los 7 años " a " varios síntomas de falta de atención o hiperactividad - impulsividad deben estar presentes antes de los 12 años".
4. Los subtipos han sido reemplazados con especificadores de presentación, que se asignan directamente a los subtipos anteriores.
5. Se permite un diagnóstico de comorbilidad con trastorno del espectro autista.
6. Se ha realizado un cambio en el umbral de los síntomas para adulto, para reflejar la evidencia sustancial de su deterioro por TDAH, como clínicamente significativa. El punto de corte para el TDAH es de cinco síntomas, en lugar de seis requerido para las personas más jóvenes. Es así tanto para la falta de atención como de hiperactividad e impulsividad.

Según los autores, una de las ventajas de esta nueva herramienta es que, a lo largo del manual, los trastornos se enmarcan en tres contextos: la edad, el género y las

expectativas culturales. Además, ahora las enfermedades mentales se organizan según su aparición durante el desarrollo del ser humano, de forma que ya no *"se diferencian entre trastornos propios de la infancia, de la adolescencia o de la edad adulta, sino que se incluyen dentro de un continuo..."*; *"ello permitirá especificar el grado de severidad de cada trastorno"* (APA, 2013, p.46).

Los expertos están indecisos porque opinan que el cambio en los criterios diagnósticos del TDAH puede provocar un exceso de diagnósticos como comentan Echeburrua y colaboradores:

"La tendencia a crear cada vez más etiquetas diagnósticas para describir comportamientos específicos, en lugar de agrupar los síntomas de los pacientes en categorías amplias, va a conducir al absurdo de que un paciente tenga muchas etiquetas asignadas. Además, la incapacidad para conectar los diagnósticos con los procesos causales lleva a un callejón sin salida" (Echeburrua et al., 2014, p.71).

La razón de las diferencias existentes, en los datos que arrojan las investigaciones, puede estar basada en que se realizan sobre diferentes clasificaciones a la hora de realizar los diagnósticos.

El análisis realizado por Martínez y Rico (2013) apunta como el cambio más polémico el paso en los subtipos de tres a cuatro, donde el trastorno inatento restrictivo, sin o con muy poca sintomatología hiperactivo/impulsiva (máximo 2 síntomas) (TDAH-R), *"pasa a formar parte de este cuadro"* (p.8).

De entre las publicaciones más influyentes y utilizadas para trabajo y consulta, en cuanto a criterios diagnósticos, las más difundidas entre estos colectivos son el CIE-y el DSM- en sus distintas versiones que, como hemos comentado, casualmente las últimas son las más próximas entre sí en cuanto a criterios y nomenclatura se refiere. En Europa, es más común el uso de la CIE-10 mientras que en EEUU se usa el DSM en la clasificación. Esto se ve reflejado, sobre todo, en estudios de prevalencia (Swanson et al., 1998), aunque también hay estudios que demuestran la existencia de diferencias de prevalencia según se diagnostique atendiendo a una versión u otra del mismo manual, de manera independiente del país donde se realizó el estudio Polanczyk et al., 2007).

A continuación en la Tabla 7 se recoge un resumen de la evolución del TDAH a lo largo de las distintas versiones del Manual DSM.

Tabla 7. Resumen de la Evolución del TDAH a lo largo de las distintas versiones de la clasificación del Manual DSM.

<i>Edición</i>	<i>Año</i>	<i>Características</i>
<i>DSM</i>	<i>1952</i>	<i>Hay 106 categorías diagnósticas, pero no menciona la hiperactividad. Prima el enfoque Psicoanalítico.</i>
<i>DSM-II</i>	<i>1968</i>	<i>En el manual se utiliza la nomenclatura de “trastorno hipercinético infantil”. Persiste la noción de daño cerebral infantil.</i>
<i>DSM-III</i>	<i>1980</i>	<i>Más descriptivo con respecto a las conductas observadas y los síntomas descritos, además de ofrecer una aproximación etiológica de los diagnósticos. “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad” Pasamos de la etapa psicoanalítica a la aproximación biomédica de categorías.</i>
<i>DSM-III-R</i>	<i>1987</i>	<i>Se denomina “Trastorno de déficit de atención/hiperactividad” TDAH, uniéndose los dos subtipos (con y sin hiperactividad) en uno solo. Los síntomas se valoran a partir de escalas de diagnóstico y de estudios de campo. Debe aparecer síntomas antes de los siete años y no padecer ninguna patología psiquiátrica.</i>
<i>DSM-IV</i> <i>DSM-IV-R</i>	<i>1994</i> <i>2000</i>	<i>En ambos manuales el “Trastorno de déficit de atención/hiperactividad” se divide ahora en tres subtipos: hiperactivo-impulsivo, hiperactivo-inatento y combinado. Se requieren seis o más síntomas en una dimensión y con una persistencia de al menos seis meses. Alteraciones provocadas por los síntomas en dos o más contextos (escolar y familiar) con deterioro significativo en la actividad en esos contextos. Ha de aparecer antes de los siete años. No debe padecer trastorno mental.</i>
<i>DSM-5</i>	<i>2013</i>	<i>Se entiende el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo. Eleva el umbral de la edad y sólo alude a la presencia de síntomas. Los síntomas deben interferir o reducir la calidad de las interacciones a nivel social y familiar. Aparece un nuevo subtipo TDAH-R.</i>

Según el DSM-5 el TDAH comienza en la infancia y ha de cumplir unos requisitos tales como que varios síntomas han de estar presentes antes de la edad de 12 años, lo que indica la importancia de su presencia clínica durante la infancia. Al mismo tiempo, no se especifica una edad más temprana, debido a las dificultades para establecer el inicio ya que se necesita una información retrospectiva de los síntomas en la infancia. El recuerdo en la edad adulta, de los síntomas de la infancia, suele ser poco fiable pero es beneficioso para obtener información auxiliar.

Las características esenciales del déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en su funcionamiento o en su desarrollo. En el TDAH esta falta de atención se manifiesta en la vaguedad a la hora de realizar la tarea, en la carencia de persistencia, en la dificultad para

mantener la atención y en la desorganización, sin ser debido al desafío o a la falta de comprensión.

La hiperactividad hace referencia a la actividad motora excesiva cuando no es apropiado (como un niño corriendo alrededor) o inquietud excesiva, golpeteo, o locuacidad.

La impulsividad se refiere a acciones precipitadas que ocurren en el momento sin premeditación y tienen un alto potencial de daño en la persona (cruzar la calle sin mirar). Puede reflejar el deseo de una recompensa inmediata o una incapacidad para demorar la gratificación. Las manifestaciones de la impulsividad las podemos observar en intrusiones sociales (interrumpir a los demás excesivamente) y/o en la toma de decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (aceptar un trabajo sin la información adecuada).

Las manifestaciones de estos síntomas deben estar presentes en más de un contexto (hogar, escuela, trabajo). La confirmación de los síntomas principales normalmente no se pueden hacer con precisión sin información procedente de las personas que han compartido con el sujeto dichas situaciones. Por lo general, los síntomas varían en función de los contextos. Los signos del trastorno pueden ser mínimos o inexistentes cuando el individuo está recibiendo recompensas frecuentes por diversas razones, siendo estas por el comportamiento apropiado, por encontrarse bajo estrecha supervisión, por estar en un entorno novedoso, por dedicarse a actividades especialmente interesantes, por contar con una estimulación externa consistente (por ejemplo a través de pantallas electrónicas), o estar interactuando en situaciones de uno a uno (por ejemplo, la consulta del médico especialista).

Las características asociadas pueden incluir baja tolerancia a la frustración, irritabilidad o cambios de humor. Incluso en ausencia de un trastorno específico de aprendizaje, la competencia académica o rendimiento en el trabajo está con frecuencia afectada. Los retrasos leves en el lenguaje, en el desarrollo motor o en el social, aunque no son específicos del TDAH suelen acompañarlo. El comportamiento desatento está asociado a diversos procesos cognitivos subyacentes y las personas con TDAH pueden presentar problemas cognitivos en las pruebas de atención, función ejecutiva o en la memoria, aunque estas pruebas no son lo suficientemente sensibles o específicas para servir como índices de diagnóstico.

Ningún marcador biológico sirve de diagnóstico para el TDAH. Como grupo, en comparación con sus compañeros, los niños con TDAH aumentan en la pantalla las ondas lentas en el electroencefalograma, y presentan reducido el volumen cerebral total en la resonancia magnética, y posiblemente presenten un retraso en la maduración cortical posterior-anterior, pero estos hallazgos no son diagnósticos. En los casos poco comunes donde hay una causa genética conocida (por ejemplo, *el síndrome de X frágil*, síndrome

de delección 22q11), la presencia de TDAH todavía debe ser diagnosticada (DSM-5, 2013).

En relación al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el cambio más significativo respecto a otras ediciones, reside en *“la posibilidad de realizar este diagnóstico junto con un trastorno del espectro autista (antes eran incompatibles) y, especialmente, la reducción del número de síntomas para diagnosticar este cuadro clínico en la vida adulta”* (Echeburúa et al., 2014, p.68).

1.2.4 Evolución de los diversos modelos científico-descriptivos desde los orígenes hasta el DSM-5

A lo largo del trabajo hemos realizado un breve recorrido por la historia del TDAH y desde sus primeros años, hemos ido viendo reflejado un proceso de evolución en el concepto. Desde un enfoque fragmentado y parcial, a finales del siglo XX y principios del XXI, ha evolucionado hacia una visión más comprensiva y multidimensional del problema. El término ha seguido evolucionado desde su denominación a su concepción, y a lo largo de esa evolución se han ido sucediendo distintas corrientes que dan sentido a nuevos estudios, teorías y modelos explicativos sobre el mismo.

Muchos de estos modelos parten del estudio anatómico y del funcionamiento cerebral para dar explicación a las disfunciones. Coinciden en la implicación del cortex prefrontal, como principal implicado en los procesos de inhibición, autocontrol del comportamiento a través de las llamadas funciones ejecutivas (Barkley, 1997; 2000) y causante de los trastornos. Lo que más nos interesa de los distintos modelos es su aplicabilidad a la hora de discriminar posibles casos, elaborar un diagnóstico y proponer una intervención a nivel psicoeducativo (Álvarez et al., 2007; Hoff, Ervin y Friman, 2005).

Cada uno de los modelos se ha centrado en uno o varios dominios de la función ejecutiva para intentar dar explicación a las manifestaciones identificadas con el TDAH. Se pueden distinguir dos grandes grupos: los modelos atencionales y los cognitivos.

1.2.4.1 Modelos Atencionales

Los modelos que consideran el TDAH como un déficit de atención, sitúan ésta como causante de los impedimentos neurocognitivos característicos del trastorno (Narbona y Crespo-Eguílaz, 2005). El primer modelo explicativo podríamos decir que fue el atencional, elaborado por la profesora Virginia Douglas durante los años sesenta del siglo XX.

1.2.4.1.1 *Modelo atencional de Douglas. Decada de 1960*

Este modelo parte de las muestras de sus primeros trabajos con niños afectados de problemas de hiperactividad, conducta y aprendizaje. A estos niños se les aplicaban pruebas para valorar su procesamiento de la información. El modelo pasó por distintas etapas a lo largo de los 20 años que tardó en perfeccionarlo. Lo más destacable es que dejaba en un segundo plano la sobreactividad motora para dar mayor relevancia a los déficit o problemas atencionales. Douglas destacaba los problemas en tareas de rendimiento continuo en ausencia de reforzadores externos inmediatos (capacidad de atención sostenida y la impulsividad o control motor). La variable atención sostenida/vigilancia va a ser el punto central del modelo de Douglas.

Esta autora atribuye el origen del TDAH a cuatro causas:

- 1-Rechazo o poco interés por dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas.
- 2-Tendencia a buscar la estimulación o gratificación inmediata.
- 3- Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas.
- 4- Poca capacidad para regular la activación en la resolución de problemas.

Como hemos visto, este modelo da prioridad a los problemas de atención e impulsividad sobre la hiperactividad. Focalizó la atención en los aspectos más cognitivos. Douglas revolucionó lo que hasta ese momento se conocía como Síndrome Reactivo Hiperkinético e introdujo el término Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Servera-Barceló, 2005).

1.2.4.1.2 *Aportaciones de Mirsky.*

Años después, Mirsky desarrolló su teoría basándose en los procesos de atención según los entendía Posner (1988) que consideraba el TDAH como un déficit en la atención causante de las alteraciones neurocognitivas características del trastorno. Mirsky definió la atención como una red neuronal que posibilita que el cerebro preste atención. Desarrolló su teoría definiendo la atención como pasos que van cambiando con el tiempo según las capacidades de enfocar y ejecutar eficientemente, de sostener la atención, de codificar la información y de cambiar la atención y resistir la tendencia a la perseveración (Mirsky, 1987; 1996).

1.2.4.2 *Modelos Cognitivos.*

Los modelos cognitivos destacan la Impulsividad (pobre inhibición de la conducta) como el déficit central de este trastorno y consideran esta incapacidad para inhibir o retrasar una respuesta la causa principal de los problemas. Estos modelos se diferencian entre sí en la forma de describir la inhibición, viendola como:

- déficit en el condicionamiento asociado al castigo o a la recompensa.

- alteración en los sistemas de regulación de la activación o esfuerzo.
- déficit en la inhibición de la respuesta.
- desviación de la respuesta en términos motivacionales o aversión al retraso de la recompensa (Amador, Forns y González, 2010).

Según se describa, la inhibición da lugar a distintos modelos cognitivos explicativos del TDAH, los cuales tratan de abordar el trastorno desde la perspectiva del procesamiento de la información. Podemos agruparlos en cinco (Sergeant, Geurst, Huijbregts, Scheres y Oosterlaan, 2003; Rodríguez et al., 2009):

- Modelo de función ejecutiva.
- Modelos basados en la inhibición-activación.
- Modelos de aversión a la demora.
- Modelo cognitivo-energético.
- Modelo de autorregulación.

Dedicaremos mayor atención a las propuestas de Barkley y Brown puesto que son considerados los principales modelos teóricos neurológicos para la comprensión del TDAH, aunque también expondremos brevemente los otros modelos explicativos del trastorno.

1.2.4.2.1 *Modelo de desinhibición conductual de Barkley.*

Podemos encontrar referencias a este modelo bajo distintas acepciones, entre otras modelo de autorregulación, modelo de regulación comportamental o modelo de desinhibición conductual.

Russell A. Barkley, en 1997, con su obra *ADHD and the nature of self-control*, marcó un punto de inflexión para el TDAH. Esta obra es importante porque en ella analiza de forma global la conceptualización, la evaluación y la intervención resaltando la importancia de ver todo en conjunto. Barkley parte del concepto de autocontrol como “*la capacidad del sujeto para inhibir las respuestas motoras y emocionales que se producen de forma inmediata ante un estímulo. Durante ese proceso el sujeto tiene que inhibir por un lado la ejecución de la respuesta inmediata y por tanto evitar los estímulos que puedan interferir en el proceso*” (Orjales-Villar, 2000, p. 74). Durante esos momentos se ponen en marcha las funciones ejecutivas o actividades mentales autodirigidas que permiten al sujeto controlar la situación y fijarse nuevas metas más consecuentes con la respuesta inhibida, así como dar los pasos necesarios para alcanzarla.

Este sería el punto de partida sobre el que Barkley desarrolla, basándose en estudios anteriores, un modelo neuropsicológico que denominó “*Modelo Híbrido*” de las

funciones ejecutivas, que expone en su libro *ADHD and the nature of the self-control*. El TDAH según el modelo de Barkley (1997) es “*un trastorno del desarrollo de la inhibición conductual, cuyo déficit genera, de forma secundaria, un déficit en el funcionamiento de las funciones ejecutivas que dependen de la inhibición y que se reflejan en el individuo en una deficiencia en la capacidad de autorregulación, en el control o guía de la conducta por medio de la información representada internamente y en la dirección de esa conducta en el futuro*” (Orjales-Villar, 2000, p. 75).

Barkley considera que el TDAH es un trastorno neuropsicológico específico con importantes repercusiones en lo que atañe a la realización de las funciones ejecutivas (dificultades de memoria, planificación de tareas, organización temporal del comportamiento, regulación afectiva, establecimiento y cumplimiento de objetivos, o autoreflexión o introspección), siendo el déficit en inhibición de respuestas el punto esencial de las cuatro funciones ejecutivas básicas relacionadas las que estarían afectadas en los niños con TDAH (Barkley, 1997).

1. *Memoria de trabajo no verbal*: Facilita la retención de la información cuando ha desaparecido el estímulo. Es la responsable de la percepción retrospectiva de la capacidad de previsión de la noción del tiempo y de la imitación a partir de la observación.
2. *Memoria de trabajo verbal*: Es el habla autodirigida y le va a permitir al niño regular su comportamiento, seguir normas e instrucciones y construir hipótesis.
3. *El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta*: Gracias al cual podemos entender y contener nuestras reacciones emocionales así como generar nuevas motivaciones
4. *El proceso de reconstrucción*: Consta de dos subprocesos:
 - a. La fragmentación de las conductas observadas
 - b. La recombinación de sus partes para diseñar nuevas acciones

De este modo, según Barkley, para la comprensión del TDAH uno de los aspectos esenciales es la noción de inhibición pues tiene repercusiones esenciales en las funciones ejecutivas repercutiendo en cuatro áreas: memoria de trabajo (no verbal), retraso en la internalización del habla (memoria de trabajo verbal limitada), inmadurez en la autorregulación del afecto/ motivación/ alerta y proceso de reconstitución deteriorado. La inhibición comportamental se comprendería como algo multidimensional que abarcaría la inhibición de posibles respuestas, interrupción de respuestas iniciadas y evitar interferencias de las circunstancias (Barkley, 2006b). Ver figura 2.

El déficit inhibitorio afecta indirectamente al control de la conducta motora dirigida a la meta por su influencia en esas funciones ejecutivas. Así la conducta del TDAH está controlada más por la inmediatez del contexto y sus consecuencias.

Como señala Artigas- Pallarés (2009) para Barkley, el TDAH es más bien un déficit en las funciones ejecutivas que presenta un problema en la autorregulación de las diferentes áreas y cuya ineficacia provoca conductas generadoras de frustración y desfavorecedoras de la motivación.

Barkley asegura que los estudios actuales ponen en evidencia que el término TDAH se queda corto, que este trastorno va más allá de las características de inatención, hiperactividad e impulsividad:

El TDAH supone un déficit en el autocontrol o, lo que algunos profesionales llaman, funciones ejecutivas, esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos períodos de tiempo. Es decir, en los niños con TDAH la parte “ejecutiva” del cerebro, que supuestamente organiza y controla la conducta ayudando al niño a planificar las acciones futuras y seguir con el plan establecido, funciona de manera poco eficaz (Barkley, 2011, p.165).

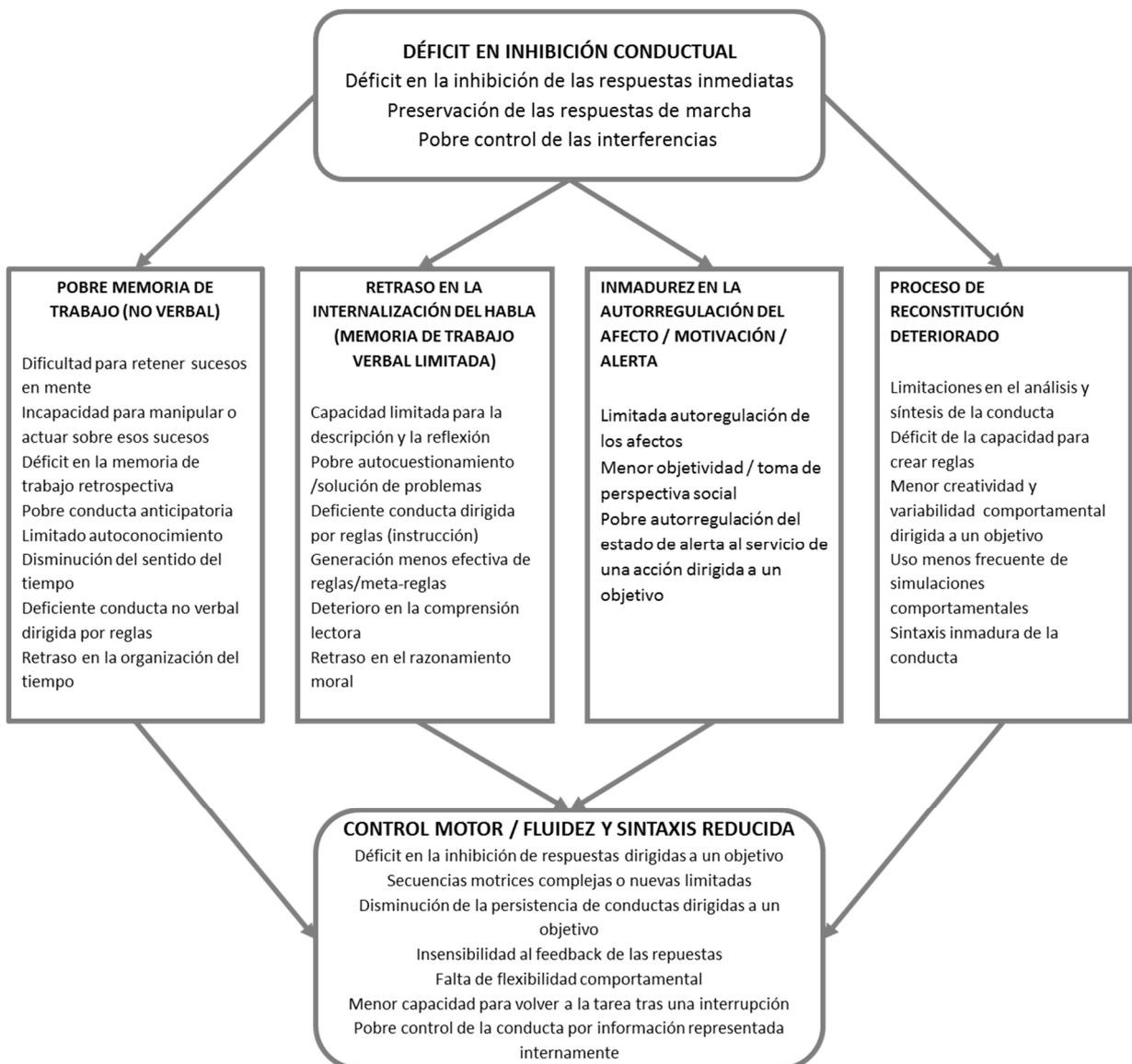


Figura 2. Diagrama del Modelo Híbrido de las Funciones Ejecutivas adaptado para mostrar los numerosos déficits cognitivos que se plantean asociados con déficits de inhibición conductual en el DAH
Fuente: Barkley, R. A., 1997, p. 191.

1.2.4.2.2 Modelo Función Ejecutiva de Brown.

Según manifestó Brown (2006), las funciones ejecutivas no están completamente desarrolladas al nacer, van a ir desarrollándose a lo largo de la vida. Dependen fundamentalmente de los procesos de mielinización, de las conexiones sinápticas y de la maduración de los sistemas noradrenérgico y dopaminérgico. En estos procesos van a influir factores genéticos y ambientales. Al interactuar ambos factores pueden modificarse ya que al mantener o crear nuevas conexiones sinápticas (base de cualquier proceso cognitivo) pueden modificar la expresión genética.

Así, Brown ve en el TDAH un trastorno en el desarrollo y funcionamiento de las funciones ejecutivas. Argumenta que el TDAH no se debe tanto a los déficit en los procesos, sino a cómo se regulan y el control que ejercemos sobre ellos. Los problemas que presentarían la mayoría de las personas con TDAH tendrían su base en el deterioro de la actuación conjunta y coordinada de las funciones ejecutivas, no en la falta desinhibición o en déficit específicos.

Según Brown, en estos últimos años han sido publicados estudios científicos que destacan el papel de la función ejecutiva en el TDAH, entendiendo como función ejecutiva la función general que organiza (prioriza, integra y regula) las distintas funciones cognitivas del encéfalo, lo que definiría el sistema de autorregulación del sujeto (Brown, 2006). Si la interacción dinámica entre esas funciones superiores se deteriora de forma significativa durante un periodo de tiempo largo, será el hecho que determine el diagnóstico del TDAH.

Brown ve la inhibición como un componente más del resto de funciones ejecutivas las cuales son interdependientes, la suma de sus interacciones sería la que posibilita la inhibición conductual.

Según el modelo de Brown estas funciones y sus capacidades asociadas serían las siguientes (Amador, Forns y González, 2010):

- 1- Organizar, activar y establecer prioridades para las tareas (activación).
- 2- Mantener la atención y concentración (concentración).
- 3- Regular el estado de alerta, mantener la energía y el esfuerzo (esfuerzo).
- 4- Controlarla interferencia afectiva y modular las emociones (emoción).
- 5- Utilizar la memoria de trabajo y acceder a los recuerdos (memoria).
- 6- Observación y autorregulación (acción). Que incluiría:
 - Inhibir la acción hasta el momento adecuado.
 - Observarse a sí mismo y al contexto para decidir cuándo y cómo actuar.
 - Realizar las acciones adecuadas cuando sean necesarias.
 - Observarse así mismo y a la situación para ajustar la conducta al contexto.

Ambos, Barkley y Brown comparten la comprensión del TDAH como un deterioro de las funciones ejecutivas relacionadas con el desarrollo. Barkley prioriza la inhibición conductual como función ejecutiva principal de la que van a depender otras funciones superiores. Mientras que Brown adopta una postura más abierta y dinámica, pues en su propuesta la complejidad de los sistemas superiores no centran el interés, de

forma exclusiva, en la función ejecutiva de inhibición conductual, sino que les da la misma importancia a todas ellas (Brown, 2006).

Este modelo se ajusta más al TDAH de tipo desatento, mientras que el de Barkley explica mejor los déficit y conductas del TDAH hiperactivo y combinado.

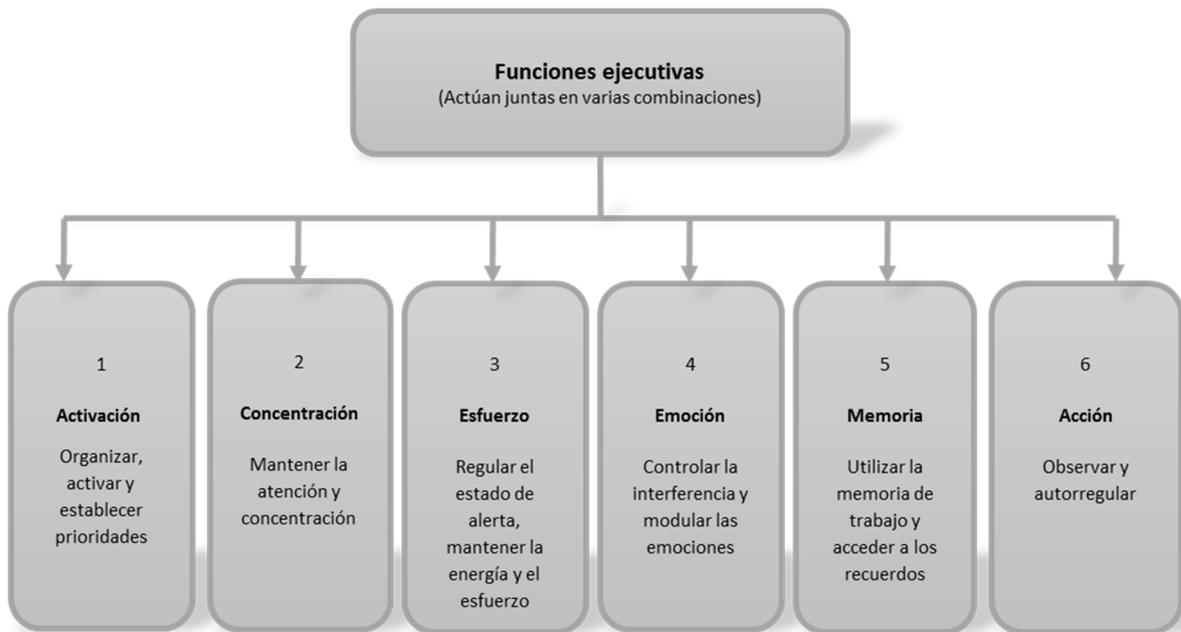


Figura 3. Modelo de Brown
Fuente: Brown, 200, p.21.

1.2.4.3 Otros modelos basados en la desinhibición conductual

Otros modelos sirvieron de base para que Barkley profundizase en esta línea. Fueron entre otros el modelo de Herbert Quay, que a su vez se basó en el modelo neuropsicológico de la ansiedad de Jeffrey Gray (Gray, 1994) y pudiese explicar el origen de la desinhibición en el TDAH.

1.2.4.3.1 Modelo Neuropsicológico de la ansiedad Jeffrey Gray.

La teoría de la personalidad de Gray (1982) se desarrolla a partir de la teoría de Hans Eysenck (1967). En ella propone la emoción y la motivación como procesos centrales que serán la base de las dimensiones de la personalidad. Eysenck (1967) propone un modelo biológico de personalidad donde se describen tres dimensiones básicas de personalidad: Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo. Las modificaciones que hace Gray dieron pie a dos dimensiones distintas pero relacionadas, siendo estas la Extraversión y el Neuroticismo que Gray denominó la Impulsividad y la Ansiedad.

La teoría elaborada por Jeffrey A. Gray (Gray, 1982; 1987) es un modelo neuropsicológico basado en la Emoción, la Motivación y el Aprendizaje. También se le denomina “*Teoría de Sensibilidad al Reforzamiento*” (TSR) y está basada en investigación con animales. Esta teoría propone la existencia de un sistema de recompensa, un sistema de castigo y un sistema de respuesta ante una amenaza, conocidos como Sistema de Activación/Aproximación Conductual (SAC o BAS en inglés: Behavioral Activation/Approach System), el SLH o sistema de lucha-huida (o Fight-Flight System, FFS) y el SIC o Sistema de Inhibición Conductual (Behavioral Inhibition System, BIS). La impulsividad se relacionó a nivel neuropsicológico con el SAC y a nivel de personalidad correlaciona positivamente con Extraversión y Neuroticismo, mientras que la Ansiedad se relaciona a nivel neuronal con el SIC y a nivel de personalidad correlaciona de manera negativa con la Extroversión y de forma positiva con el Neuroticismo. Además, el tercer sistema propuesto por Gray es el Sistema de Lucha-Huida (SLH) tomado del inglés Fight/Flight System (FFS), que pasa más desapercibido y no fue incluido en las primeras versiones de la teoría. El propio Gray señaló la necesidad de una tercera dimensión de personalidad que sería alineada posteriormente junto al Psicoticismo de Eysenck (Becerra, 2010).

La TSR propone unas bases neuropsicológicas para cada uno de estos sistemas, más compleja en humanos que en animales, con los que se realizó la investigación que dio lugar a la teoría, por lo que requiere un marco más complejo. Este marco de aplicación se basó en el Sistema Nervioso Conceptual desarrollado por Gray y Smith (Gray y Smith, 1969) para explicar situaciones de conflicto atracción-evitación y discriminación sucesiva (Ver Figura 4).

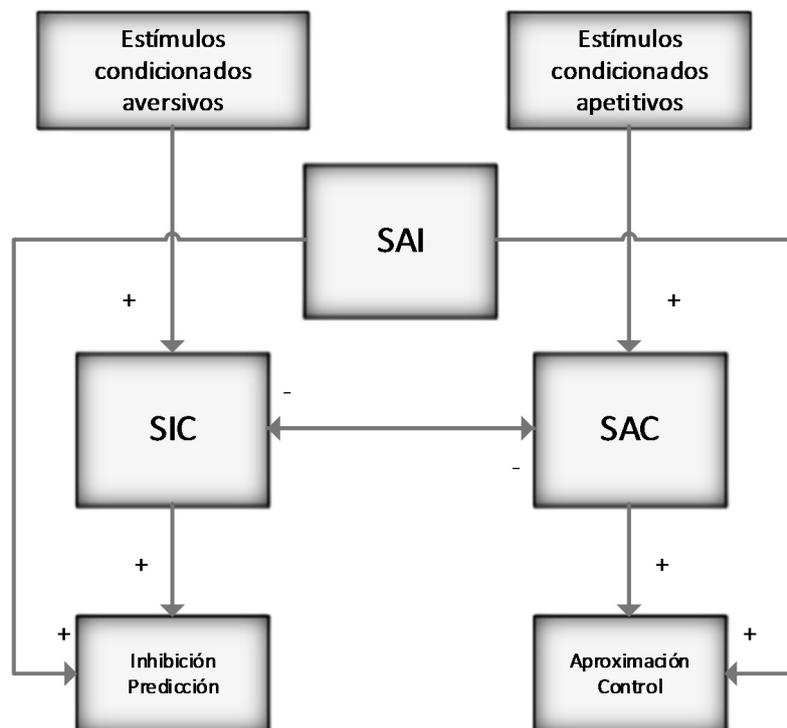


Figura 4. Diagrama del Sistema Nervioso Conceptual según Gray y Smith 1969.
Fuente: Ávila y Torrubia, 2008, p 26.

En la figura 4 se refleja que el SAC y el SIC están activados por estímulos condicionados. El SAC está relacionado con el área septal, haz medial del cerebro e hipotálamo lateral, y será activado por estímulos apetitivos. Para el SIC, que se relaciona con estructuras del área medial septal, hipocampo, córtex y núcleo caudado frontal orbital, los estímulos que le activarán son los aversivos. Así, se conformaría el sistema de recompensa (Gray, 1994).

También hemos de tener en cuenta los factores de inhibición mutua tras su activación independiente, la motivación apetitiva inhibe a la aversiva y viceversa, y la introducción del Sistema de Arousal Inespecífico (SAI) que es potenciado por la activación del SIC y el SAC de manera independiente por medio del incremento del Arousa. Este hecho facilitará e intensificará la manifestación del estilo de respuesta de los dos sistemas. En una situación de conflicto la activación relativa de los tres sistemas determinará la predominancia de la motivación apetitiva o aversiva.

Gray (1982) propone dos modos de funcionamiento del SAC y el SIC (comprobación y control) los cuales definen las diferencias en como éstos detectan (comprobación) y reaccionan (control) ante señales motivacionales. Como podemos observar en la figura 4 el funcionamiento del SIC y el SAC es independiente en el modo comprobación pero mutuamente inhibitorio en el modo de control. En las situaciones

donde solamente se presente un estímulo, bien aversivo o apetitivo, la inhibición mutua servirá para potenciar la respuesta del sistema sensible a cada tipo de estímulo (SAC, apetitivos; o SIC, aversivos). En las situaciones mixtas, con estímulos aversivos y apetitivos, la inhibición mutua favorecerá la manifestación del sistema más sensible mediante la inhibición del menos sensible. Pero si tenemos dos sistemas igual de sensibles, y estímulos con un valor tanto aversivo como apetitivo débiles, los resultados mostrarán una inclinación hacia la manifestación del SIC, antagonizando los efectos del SAC.

En el año 2000, Gray y McNaughton exponen la revisión de la teoría inicial, dándole una mayor elaboración neurológica. La nueva teoría distingue entre miedo y ansiedad diferenciados para el SLH y el SIC respectivamente (Gray y McNaughton 2000). Proponen que sería el SLH, el que participaría en las reacciones dadas a todos los estímulos aversivos, condicionados e incondicionados, para convertirse en un sistema asociado al castigo. Así, la función del SIC se modifica y la del SAC permanece estable (Becerra, 2010). El SIC será el encargado de detectar y resolver los conflictos que surjan entre las conductas propiciadas por el SAC y el SLH a la hora de alcanzar objetivos. Los conflictos surgirían por la tendencia a la conducta de aproximación del SAC, y por la evitación del SLH en todo tipo de conflictos (atracción–evitación, atracción-atracción, evitación-evitación). En este punto está la modificación principal de la primera teoría de Gray.

Las modificaciones en las características básicas de los sistemas implican un cambio en la interacción y el funcionamiento como podemos ver representado en la Figura5.

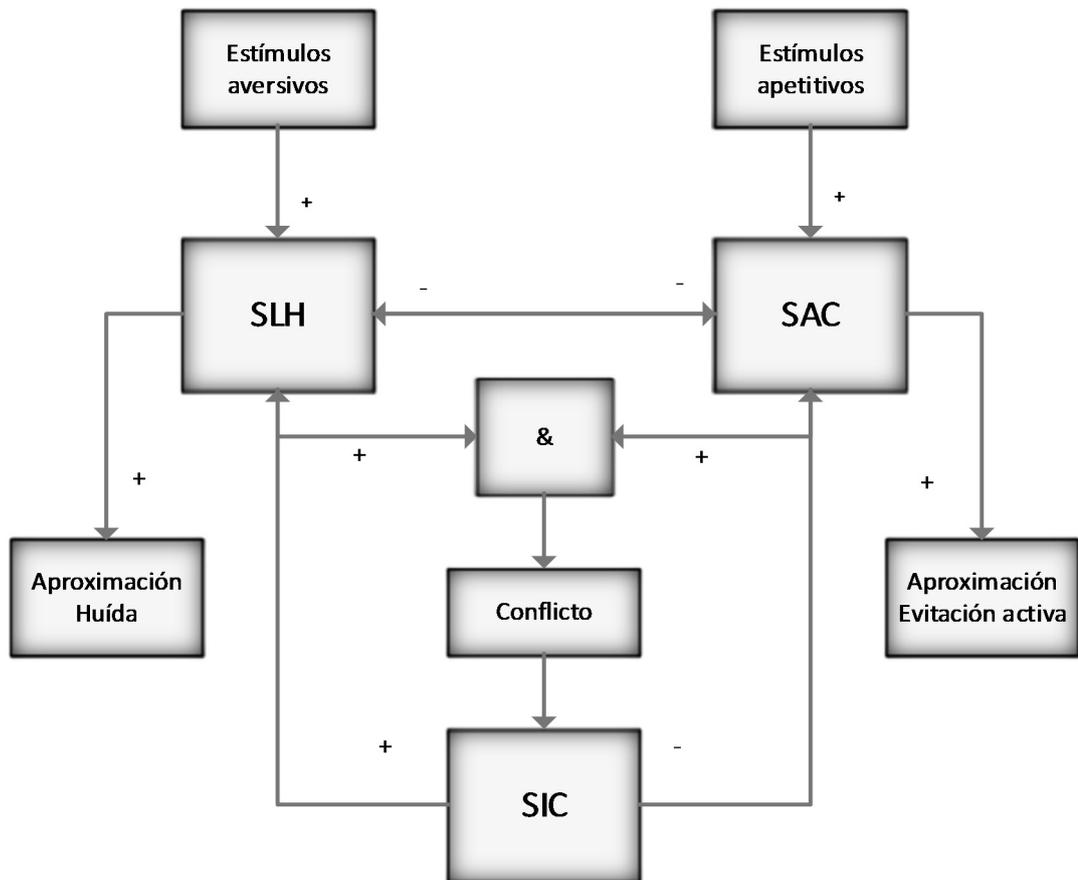


Figura 5. Diagrama del Sistema Nervioso conceptual adaptado de Gray y MacNaughton (2000).
 Fuente: Ávila, 2001, p. 7.

El SAC y el SLH son ahora sistemas sensibles a la detección de los estímulos aversivos y apetitivos, respectivamente. Provocan la misma inhibición que había en el primer modelo entre el SIC y el SAC, donde el SIC pasa a ser el que detecte y resuelva los conflictos. El SIC se activará con cualquier fuente de conflicto y el conflicto se define como la suma de la activación del SAC y el SLH que es comunicado al SIC. La estimulación del SIC provocará un aumento en el Arousal (grado de activación fisiológica y psicológica de un cuerpo) y una focalización de la atención hacia los estímulos que ahora originan el conflicto. El SIC inhibe la tendencia de respuesta del SAC (aproximación) y del SLH (escape). Pero la resolución del conflicto, como hemos dicho, se decantará hacia el SLH, lo que aumenta la sensación de amenaza. Esto lleva a la representación gráfica del SIC que potencia el SLH e inhibe el SAC (Barrós, 2007).

1.2.4.3.2 *Modelo de Desinhibición Conductual de Quay.*

Quay se basa la teoría desarrollada por J. Gray en su modelo Neuropsicológico y la extiende al TDAH, afirmando que la impulsividad sería la activación disminuida del SIC. Este modelo se basa en la inhibición-activación de la conducta, con ella explica que los niños con TDAH serán menos sensibles a los estímulos aversivos, y tendrán menor capacidad de inhibición de respuesta, donde las consecuencias aversivas se evitarán con la no respuesta (Quay, 1997). La hipótesis de este modelo que más evidencias ha obtenido es la que dice que los niños con TDAH serán menos sensibles a los estímulos aversivos sobre todo en situaciones de evitación pasiva. Otras predicciones indican que presentarán mayor resistencia a la extinción después de sesiones de refuerzo continuo y menor tras condiciones de refuerzo parcial. Que tendrán menor capacidad de inhibición de respuesta en paradigmas de respuesta pasiva, y que mostrarán esa misma incapacidad de inhibición tanto ante estímulos novedosos como ante estímulos condicionados aversivos y por último que denotarán un incremento en las tasas de respuesta en programas de reforzamiento fijos, ya sea en programas de razón o de intervalo. Hay que señalar que todas las hipótesis no han obtenido igual apoyo (Servera-Barceló, 2005).

Podríamos decir que este modelo propone que los niños que con TDAH presentan unos niveles inferiores, en la actividad del SIC, a los considerados como óptimos en la actividad de este sistema, lo que les llevaría a presentar una menor capacidad de respuesta fisiológica a aquellas señales que estén relacionadas con los estímulos aversivos.

Lo que sí hay que destacar de este modelo es que ha sido de gran valor para acercarnos más a la comprensión del trastorno que nos ocupa.

1.2.4.3.3 *Modelo Cognitivo-Energético de Sergeant y Van Deer Meere (1990)*

Estos autores toman como base para su modelo la Teoría del Procesamiento de la Información (TPI), y destaca por considerar fundamental la distinción entre el arousal y activación cortical. Consideran que el arousal hace alusión al efecto de alerta en el sistema nervioso y que la activación estaría vinculada con la preparación a nivel motor.

Según Sergeant para alcanzar cualquier objetivo necesitamos activar y movilizar la “energía mental” para adecuar la energía a las demandas y optimizar la respuesta (Sergeant, Oosterlaan, y Van der Meere, 1999).

Este modelo admite que puede haber aspectos de la inhibición que estén alterados en los niños que presentan TDAH (Barkley, 1995, 1997a, Quay, 1988a) pero que también van a depender de los estados energéticos del niño, ya que para mantener un procesamiento motor adecuado necesitamos de una activación óptima (Oosterlaan y Sergeant, 1998a; 1998b). El déficit en la regulación del estado se refleja en la alteración en el tiempo de reacción. Las respuestas están desajustadas, tanto por su lentitud como por su irregularidad. Pone de manifiesto la baja capacidad del niño con TDAH para

generar el ajuste energético necesario para responder adecuadamente a las demandas de su entorno (Artigás- Pallarés, 2009).

En el modelo se distinguen tres niveles: el primer nivel o cognitivo que incluye los mecanismos computacionales de la atención, procesos de codificación, procesamiento central y control motor. El segundo nivel que está constituido por el arousal, la activación y el esfuerzo, tres focos energéticos, que van a estar encargados de la alerta de los sistemas sensoriales, el control de la respuesta motora y la cantidad de energía necesaria para responder. Y por último, el tercer nivel compuesto por el nivel de control correspondiente al funcionamiento del ejecutivo (Rodríguez et al, 2009), la dirección o el mecanismo de evaluación. Este tercer nivel incluye habilidades para inhibir la respuesta, aplazarla y planificar estrategias para afrontar una tarea.

Según este modelo, en el primer nivel los niños con TDAH presentarían problemas en lo concerniente a la organización motora (Sergeant y Van Der Meere, 1990a, 1990b, Van Der Meere, 1996). En el segundo nivel las alteraciones estarían afectando al foco de activación implicado en la preparación de la respuesta (Sanders, 1983, Van der Meere, 1991). Cuando la activación no es óptima el procesamiento motor tampoco lo es, lo que ocasiona dificultades en la ejecución de las respuestas adecuadas y también a la hora de inhibir las no adecuadas. En cuanto al tercer nivel o nivel del funcionamiento ejecutivo, están apoyados por estudios como los de Barkley (Barkley, 1997a).

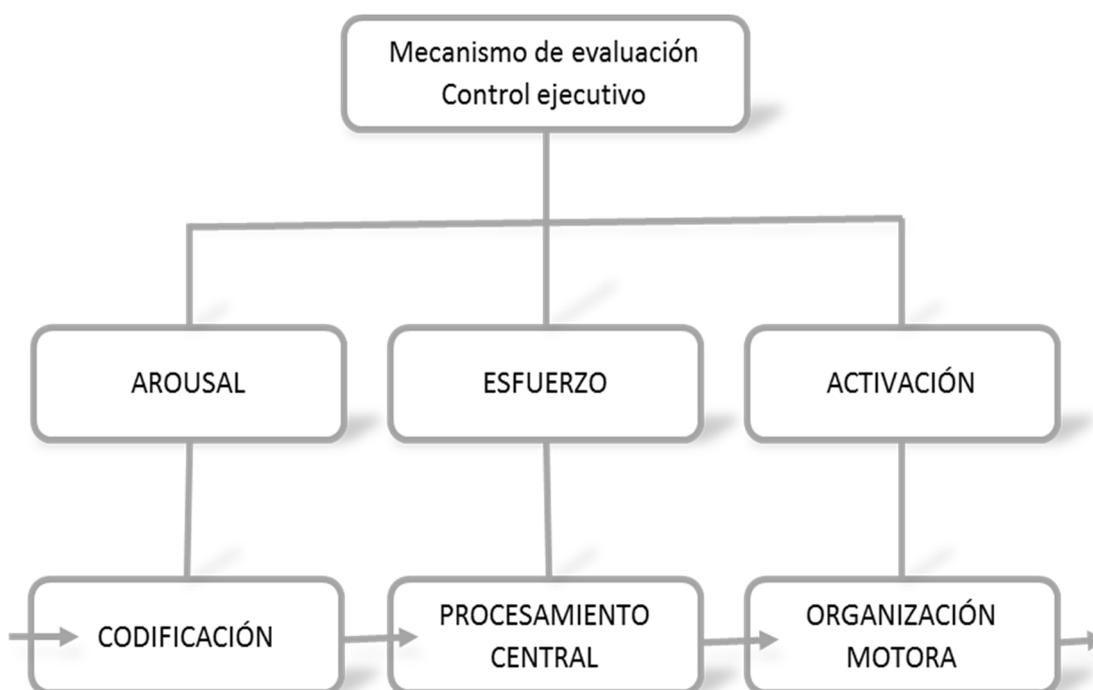


Figura 6. Modelo energético de Sergeant 2000.
Fuente: Artigas-Pallarés 2009, p.589.

Las dificultades que presentarían los niños con TDAH desde la perspectiva de este modelo, sería la falta de capacidad para ajustar su estado energético, es decir el déficit en la capacidad de inhibición de estos niños depende del estado del sujeto y de la distribución de la energía para realizar las tareas (Sergeant, 2000, 2005).

1.2.4.3.4 Modelo de Sonuga-Barke o de Aversión a la Demora

Este modelo se basa en dos niveles de fallos: por una parte fallos a nivel cognitivo debido a déficit en el funcionamiento ejecutivo y por otro lado fallos en el nivel motivacional que ocasiona dificultades para esperar resultados deseables y trabajar efectivamente durante periodos de tiempo prolongado.

Este modelo cambió la concepción de que los déficit de control en los procesos de control ejecutivo, eran la mayor causa subyacente del TDAH, al describir el aspecto motivacional como la característica central del trastorno. Se fundamenta en que la respuesta de los niños que presentan TDAH, suele estar condicionada por una preferencia a los refuerzos pequeños e inmediatos sobre otros mayores y distanciados en el tiempo. Sonuga-Barke et al. en 1992 (Sonuga, Taylor, Sembi y Smith, 1992) trabajan sobre la hipótesis de la aversión a la demora para explicar el patrón de rendimiento de los niños con TDAH, sugiriendo que su aversión a la demora en el premio podría ser un marcador del trastorno. La impulsividad tendría como fin no la satisfacción del deseo de obtener el beneficio en un corto plazo, sino la evitación, o el escape, de la aversión que siente hacia la demora de la gratificación (Sonuga-Barke, 2002).

Sonuga-Barke en 2003 formula su teoría de la doble vía, que intenta fusionar los dos tipos de procesos ejecutivos y motivacionales, de tal forma que para este autor funciones ejecutivas y la aversión a la demora serían complementarias (Sonuga-Barke, 2003). El autor separa dos rutas la primera que considera el TDAH caracterizado por un estilo predominantemente motivacional influido por la aversión a la demora durante la infancia. La segunda vía o ruta es la que ve al TDAH como un trastorno caracterizado por disfunciones o alteraciones en la regulación. En la Figura 7 podemos ver el Modelo Dual del TDAH (Sonuga-Barke, 2003).

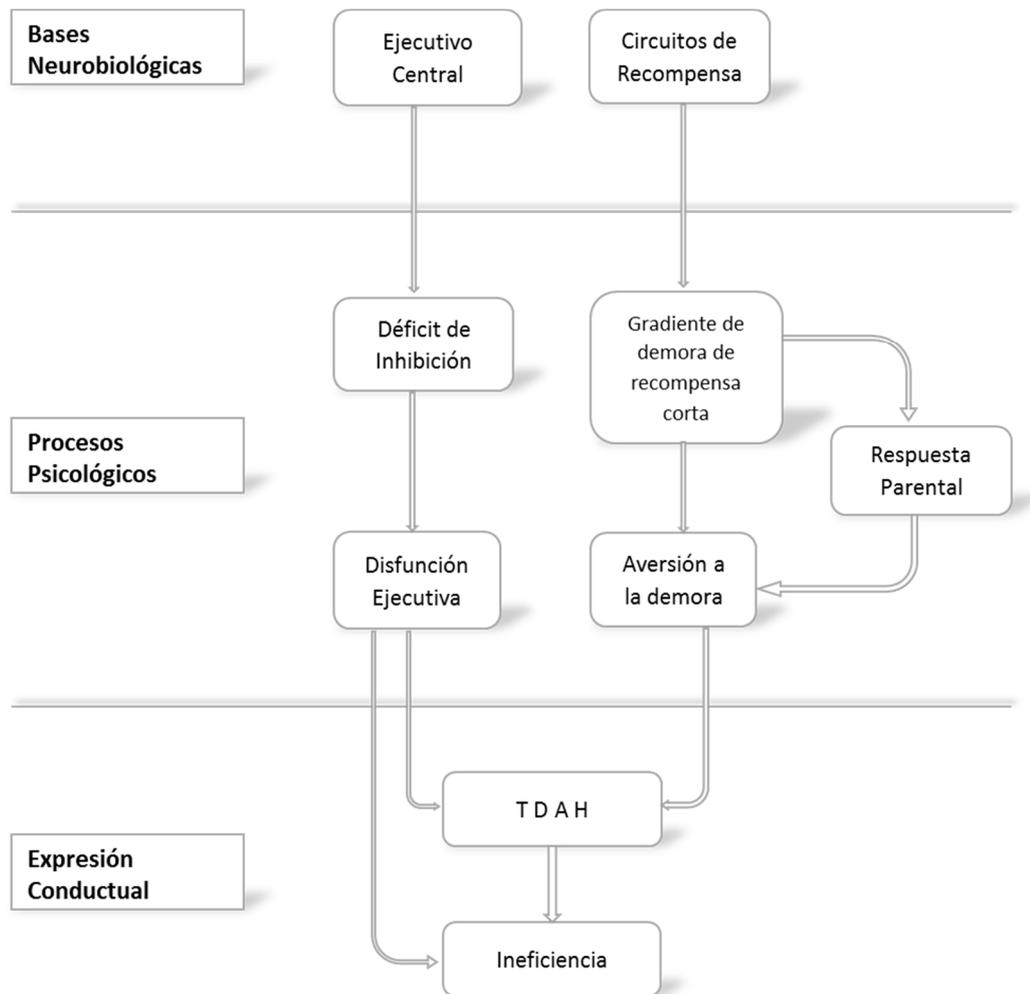


Figura 7. Modelo Dual del TDAH
Fuente: Sonuga- Barke, 2003, p. 595.

Pero no sería hasta diez años después cuando desarrollaron el modelo integrador sobre la hipótesis de la aversión a la demora (Sonuga, Dalen, y Remington, 2003; Sonuga-Barke et al., 2010) Este modelo se retoma en los últimos años, y Sonuga-Bake lo incluyen con el fin de ampliar el Modelo Bifactorial (Toplak et al., 2009; Martel et al., 2010). Figura 8. Se denomina *Modelo de las Tres Vías* e incluye “aversión a la demora”, el “Timing” y los “Déficit de la conducta inhibitoria” Este nuevo modelo, basado en los anteriores, los cuales tienen una sólida validez empírica, incorpora el “Timing” donde se contempla el procesamiento temporal.

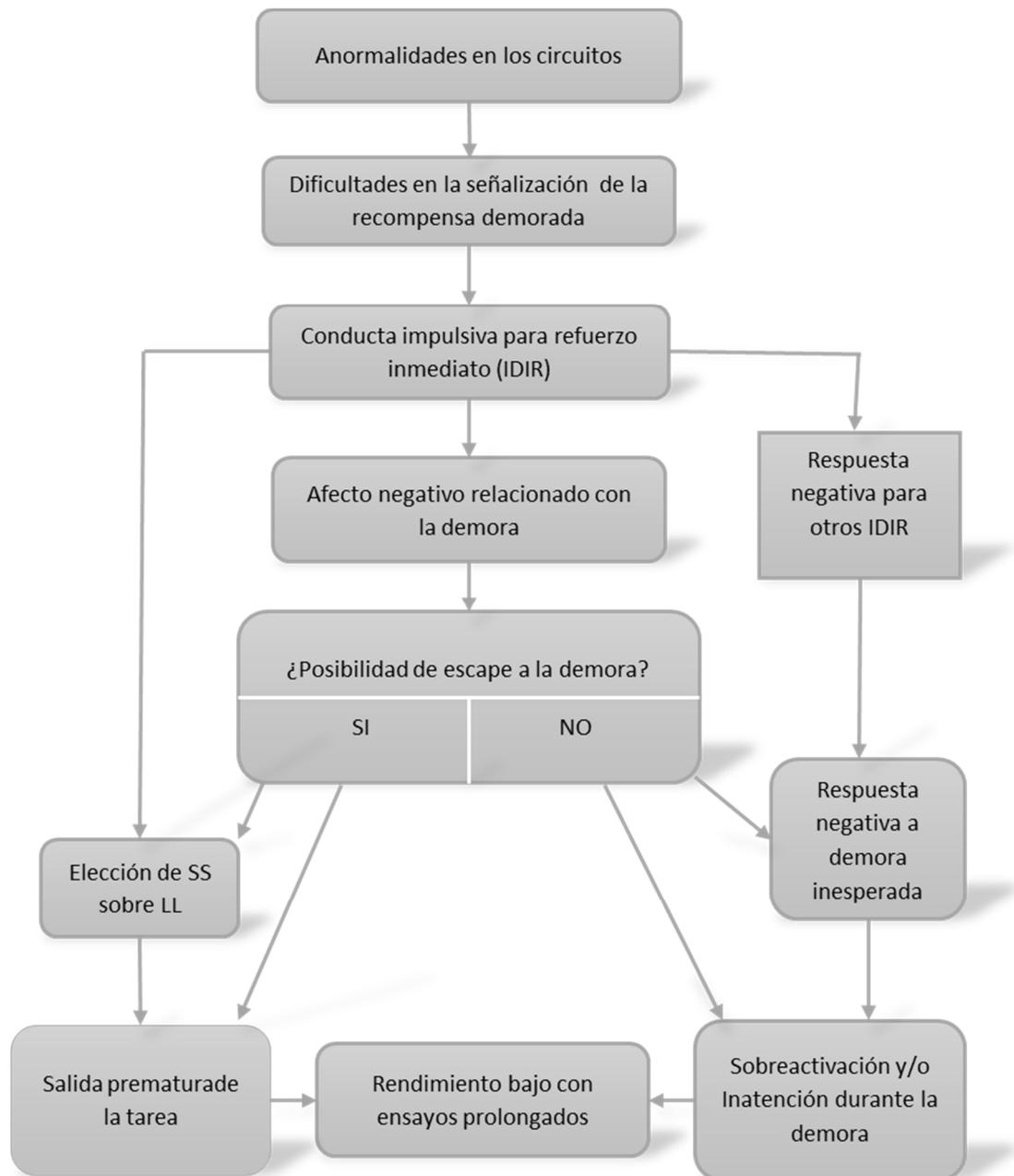


Figura 8. Modelo de las Tres vías o causal de Sonuga-Barke de la Aversión a la Demora.
Fuente: Sonuga-Barke et al., 2010, p.349

Debido a la significativa heterogeneidad de este trastorno (Sonuga-Barke et al., 2010; Martel et al. 2010), ninguno de los modelos puede explicar por completo los síntomas del TDAH. Los modelos neuropsicológicos se complementan entre sí al considerar los aspectos cognitivos, motores y motivacionales, mientras que los modelos causales surgidos, solo señalan diversas vías para su explicación. Por ello, para obtener datos más objetivos que permitan conocer la etiología del trastorno necesitamos utilizar modelos neurobiológicos.

1.3 Criterios diagnósticos, prevalencia y comorbilidad

Hasta principios de esta década, el TDAH era un trastorno a menudo mal diagnosticado, que se confundía con otros trastornos del comportamiento debido a la mala o escasa información de la gran mayoría de padres, profesores, psicopedagogos e incluso de pediatras.

Debido a las distintas actualizaciones de los manuales de clasificación clínica, tanto en el DSM como en el CIE, los signos que establecen las distintas categorías también han ido cambiando. Se consideran más restrictivos los del CIE-10 que los del DSM-IV (Valverde e Inchauste, 2014). Como hemos visto se han utilizado muchos términos para denominar al síndrome según se enfatizara en unos síntomas o en otros. Al variar la conceptualización del trastorno, los criterios diagnósticos también han variado. Desde el DSM-II al actual DSM-5, se han tenido que ajustar a las distintas propuestas que están condicionadas principalmente por los métodos de evaluación utilizados, por las diferentes fuentes de información, por el tipo de muestra y por las características socioculturales del sujeto, entre otras. Ambos sistemas establecen clasificaciones descriptivas y no etiológicas (Cardo y Servera-Barceló, 2005). Resulta interesante la opinión de McBurnett, Lahey y Pfiffner (1993) en cuanto a la dificultad existente a la hora de operacionalizar los síntomas y poder constituirlos como trastorno. A su juicio ha llegado a ser desconcertante el utilizar una terminología y una clasificación para el diagnóstico del TDAH, ya que cada nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM) recoge una nueva revisión de los criterios a utilizar, de manera que los criterios utilizados en una edición se modificaban en la siguiente y se volvían a retomar en la última (McBurnett et al., 1993).

Todo ello ha dado lugar a una falta de uniformidad en los programas de detección, de prevención y de evaluación que se llevaban o debían llevar a cabo desde las distintas administraciones, tanto desde Educación como desde Sanidad. Y de ahí la diversidad de datos obtenidos en las investigaciones. El incremento del diagnóstico TDAH, que también se ha dado en nuestro país (GPC, 2010; Lasa y Jorquera, 2009) se explica por los cambios en los criterios diagnósticos del DSM, que cada vez son más laxos y otros aspectos como cambios socioculturales, campañas de detección en el medio escolar y sanitario (Tímimi, 2007).

En la actualidad gracias a la colaboración en los diferentes grupos de investigación, tanto clínicos como educativos, a nivel internacional se ha avanzado en este punto. La publicación de información rigurosa y actualizada junto con distintas herramientas de trabajo divulgadas, ayudan a que cada vez se vaya delimitando más el alcance de esta patología, además de servir de orientación a padres, profesores y distintos profesionales que trabajan con TDAH. Este hecho ayuda a prevenir y controlar sus repercusiones en el día a día.

El TDAH como ya hemos comentado es un trastorno muy heterogéneo en sus manifestaciones y no podemos caracterizarlo únicamente mediante criterios conductuales marcados por los distintos manuales o por aspectos clínicos, neuroanatómicos, genéticos o fisiológicos (Biederman y Faraone, 2002). El aumento de casos que se viene dando en nuestro país se explica por la evolución de los criterios diagnósticos del DSM cada vez más laxos (Timimi, 2005, 2007) además de aspectos sociológicos, médicos y cambios socioculturales. El diagnóstico del TDAH es eminentemente clínico y en los datos aportados al médico (tanto por padres como por profesores) se observan diferencias a la hora de encajar a un paciente en TDAH-C o bien TDAH-I en función de quien responda, dificultando la clasificación diagnóstica acorde a los criterios actuales (Fernández-Perrone, Fernández Mayoralas y Fernández-Jaén, 2013). En contrapartida, podemos afirmar que la información de múltiples fuentes es importante para realizar un diagnóstico correcto, como afirma Rowland (Rowland et al., 2008).

Para atender todas estas razones y con el fin de intervenir de forma temprana por parte de los distintos profesionales, la Academia Americana de Pediatría recomienda desde el año 2000 que se lleve a cabo, desde los Centros de Salud y Atención Primaria, una detección sistemática del TDAH en edades claves (APA, 2000). De ahí la proliferación de “*Guías Prácticas para los trastornos de déficit atencional con o sin hiperactividad*”, desde el campo clínico, educativo, asociativo, elaboradas con el fin de orientar a los distintos profesionales que trabajan en estas áreas. Entre las últimas consultas para el presente trabajo destacamos: *La ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescent*, (AAP, 2011), las *Guías de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños*, del Ministerio de Sanidad, política Social e Igual publicada en el 2010 y la *Guía Práctica de diagnóstico y manejo clínico del TDA-H en niños y adolescentes para profesionales* editada por el SESCAM de Castilla la Mancha en el 2010, cuya información ha sido tenida en cuenta en este trabajo, para conocer el punto de referencia con el que pueden contar los profesionales que las utilizan.

Así pues, no existe un único modelo de actuación en evaluación para todos los casos, pero sí podemos decir que hay unas directrices básicas a tener en cuenta para poder realizar el diagnóstico de forma exhaustiva. En la actualidad ampliamos nuestra información gracias a pruebas neuropsicológicas avanzadas y a las nuevas tecnologías de detección como las pruebas de Resonancia Magnética funcional, que abren el campo de actuación al ofrecernos imágenes de las áreas implicadas (Ernst et al., 1999).

1.3.1 Criterios Diagnósticos.

Podemos decir que sí existe un acuerdo en el punto de partida para el diagnóstico, donde casi todos los investigadores consideran lo que Barkley (1999, p.40) llamó la *Santísima Trinidad* como señal de alarma para solicitar un diagnóstico. Así, pues, los problemas de inatención, impulsividad y sobreactividad podemos estimarlos como sintomatología básica que impide al individuo autorregularse en función de las distintas situaciones que se le presentan, que tienen su origen en un problema de desinhibición conductual, (Barkley, 1997a; 1997b). Este síndrome, además de afectar a la conducta, también afecta a las funciones ejecutivas, debido a un mal funcionamiento en áreas del lóbulo frontal, el cual al estar afectado, le dificulta al sujeto centrar su atención y distinguir estímulos relevantes de los irrelevantes.

“Las funciones ejecutivas son necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos periodos de tiempo. En los niños con TDAH esta parte ejecutiva del cerebro funciona de manera poco eficaz”
(Barkley, 2011, p.165)

La evaluación normalmente se realiza mediante informes subjetivos sobre el comportamiento del sujeto así como del nivel de desarrollo de otras funciones superiores. También suelen utilizarse la evaluación mediante pruebas de ejecución continua (CPTs, Continuous Performance Test), o bien pruebas Neuropsicológicas avanzadas como pueden ser Q-EEG o el SPECT. Pero lo más habitual sigue siendo el uso de inventarios de calificación de la conducta.

La tendencia para delimitar el grado de afectación o la necesidad de un diagnóstico en las últimas décadas ha venido marcada por el DSM-IV-TR, que considera que el TDAH se caracteriza por la manifestación de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad o pobre inhibición conductual inapropiados para la edad del sujeto (APA, 2000). La información que aparece en el DSM-IV-TR mejoró los criterios de evaluación así como la descripción de las diferentes categorías diagnósticas de su predecesor, al recoger una información más detallada sobre los propios criterios diagnósticos, donde se describían aspectos clínicos determinantes sobre los trastornos (Sandin, 2013).

El diagnóstico se establece bajo unos criterios mundialmente aceptados de base clínica, ahora recogidos en el DSM-5 y coincidente en su mayor parte con los del CIE-10, que en breve sacará su undécima edición. En general, el sistema de clasificación del manual DSM ha conseguido mayor aceptación que la CIE, tanto en diagnóstico clínico como en investigación, por lo cual recogemos aquí los criterios diagnósticos a tener en cuenta descritos en el primero. Casualmente, las últimas versiones de ambos manuales son las más próximas entre sí, en cuanto a criterios y nomenclatura se refiere.

Según el DSM-IV, para diagnosticar el TDAH han de cumplirse las siguientes premisas:

1. Los síntomas deben darse en dos o más ambientes (ejemplo: en casa y en la escuela);
2. Haber estado presentes antes de los 7 años de edad;
3. Interferir de forma significativa en la vida de la persona;
4. No se deben a otros trastornos que pueden tener sintomatología similar.

Los criterios normalizados para determinar el diagnóstico del TDAH y del subtipo se determinan mediante unos estándares clínicos, atendiéndose a la presencia o ausencia de unos síntomas y de su grado de intensidad. Se recomienda realizar el diagnóstico a partir de los seis años y debe constar de una evaluación psicológica, pedagógica y médica, que descarte que las manifestaciones no son debidas a otras causas.

A continuación en la Tabla 8 y recogemos los criterios diagnósticos utilizados en el DSM-IV-TR y los actuales recogidos por el DSM-5.

Tabla 8. Criterios diagnósticos TDAH: DSM-IV-TR

Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad según el DSM-IV-TR A (1) o (2)

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

Desatención

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

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

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela/trabajo y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

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

Fuente: APA, 2002, p. 105.

Tabla 9. Criterios diagnósticos TDAH: DSM-5

<p>Los criterios establecidos por el DSM-5 para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Fuente: APA, 2013)</p> <p>■ Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere en el desarrollo y en el funcionamiento y se caracteriza por:</p> <p>A (1) o (2):Pat</p> <p>(1) seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que tiene una influencia negativa en el área social y en actividades académico/ocupacionales.</p> <p>Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, el desafío, la hostilidad, o una falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores o adultos (17 años o más) se requieren al menos cinco síntomas.</p> <p><i>Desatención</i></p> <ul style="list-style-type: none">a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. e.: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.i) a menudo es descuidado en las actividades diarias. <p>(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y repercute directamente y de forma negativa en actividades sociales y académico ocupacionales</p>

Nota:

Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, el desafío, la hostilidad, o una falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores o adultos (17 años o más) se requieren al menos cinco síntomas.

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad

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

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 12 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela/trabajo y en casa).

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

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

Códigos basados en el tipo:

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

Especificar sí

Está en remisión parcial: Cuando los criterios que se cumplían previamente, se han mantenido durante seis meses y los síntomas todavía causan deterioro en el funcionamiento social, académico y profesional.

Especificar el grado de gravedad:

Leve: Pocos, o ningún síntoma están presentes en exceso de los requeridos para establecer el diagnóstico, y los síntomas ocasionan leves trastornos en el funcionamiento social y ocupacional.

Moderado: Los síntomas o deterioro funcional están presentes en un grado entre leve y grave.

Severo: Hay síntomas en exceso de los requeridos para el diagnóstico o están presentes varios síntomas que son particularmente graves o los síntomas causan un marcado deterioro en el funcionamiento social u ocupacional.

Fuente: APA, 2013, p. 59.

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

Los distintos coordinadores del reciente manual, en su ejecución, pretenden que queden bien reflejados aspectos muy importantes como el incremento de la fiabilidad, de la validez y de la utilidad clínica del mismo, así como el trabajo en pro de la sincronía con el próximo CIE-11, para una mayor homogeneidad en los criterios diagnósticos.

David Kupfer, responsable de la ejecución de la quinta versión, continuó con la tradición existente sobre el modo de elaborar el manual y con el fin de perfeccionar los criterios diagnósticos hizo mantener las siguientes premisas:

- a) Establecer unos criterios de diagnóstico concisos y explícitos, los cuales facilitan una evaluación objetiva sobre los síntomas aportando una mayor fiabilidad en los diagnósticos.
- b) Proporcionar un sistema diagnóstico aplicable a diversidad de contextos y profesionales con independencia de la orientación teórica, homogeneizando los criterios diagnósticos.
- c) Incluir la máxima información reciente para facilitar la labor de los clínicos e investigadores.

En la Tabla 10 podemos observar una comparación de los criterios diagnósticos de los dos últimos manuales.

Tabla 10. Comparación de los criterios diagnósticos del TDAH. Fuente: DSM-IV-TR y DSM-5.

<i>Criterios</i>	<i>DSM-IV-TR</i>	<i>DSM-5</i>
<i>A</i>	La característica principal del TDAH es un patrón persistente de desatención y /o hiperactividad/impulsividad, más frecuente y grave que el observado en sujetos de un nivel de desarrollo similar.	El mismo que para DSM-IV-TR
<i>B</i>	Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas estuvieron presentes antes de los siete años de edad; otros sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas por varios años.	Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención estuvieron presentes antes de los 12 años de edad y no es un requisito el que esos síntomas hayan causado problemas o discapacidad.
<i>C</i>	Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (Por ejemplo en el hogar y en la escuela o en el trabajo).	El mismo que para DSM-IV-TR
<i>D</i>	Debe haber pruebas claras o evidencia clínica de disfunción en la actividad, social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo.	No es necesario que se observen pruebas de disfunción basta con que haya interferencia o disminución de la

		calidad de desempeño en actividades sociales, académicas o laborales.
<i>E</i>	Los síntomas no se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental como del estado de ánimo, de ansiedad no disociativo o de la personalidad	Los síntomas no se presentan exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Fuente: Herrán-Paz, Ortiz-Monasterio, Herrán-Ramírez, Rodríguez-Díaz y García-Villalpando, 2014, p.4.

Al comparar los criterios diagnósticos recogidos en los dos últimos manuales se ven reflejados los principales cambios y diferencias y analizamos a continuación como “a priori” pueden condicionar el diagnóstico del TDAH, ya que van a ser utilizados de forma indistinta para la detección de la condición en los próximos años.

Como vemos los cambios llevados a cabo en el criterio dos del punto A, podría dar lugar a que amplifique el diagnóstico a jóvenes que no habían manifestado un desajuste hasta el último periodo de su infancia. Otro aspecto a tener en cuenta es que el DSM-5 solamente requiere la presencia de esos síntomas antes de los 12 años, lo que podría dar lugar a un aumento de la prevalencia ya que el diagnóstico exige el deterioro actual, más que como funcionaba en el pasado.

Los criterios C y D también han sido modificados. Antes, las alteraciones provocadas debían de estar presentes en dos o más ambientes. En el actual manual, basta con que los síntomas sean aparentes en dos o más contextos y sólo se exigen síntomas incapacitantes.

En cuanto a los criterios de exclusión del autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo se han eliminado del DSM-5 y no será necesario excluir su presencia para el diagnóstico. Sí que habrá que documentar que los síntomas valorados no se corresponden exclusivamente con un comportamiento oposicionista.

Todos estos cambios, en un primer momento, podrían ocasionar una identificación de falsos positivos al identificar con condición TDAH a jóvenes sin sintomatología de TDAH que sea incapacitante para su desarrollo vital.

Son conocidas las diferencias de diagnóstico de TDAH según se utilice el protocolo del DSM o de la CIE con unos resultados más restrictivos en este último, diagnosticando falsos negativos y con un mayor caso de falso positivos en el DSM IV, ya que detecta formas de TDAH leves, teóricamente normales para la edad, -menos especificidad y mayor sensibilidad- (Soutullo, 2003). Estos aspectos son de vital importancia para un diagnóstico veraz y efectivo. Para un acercamiento más exhaustivo a este respecto se puede revisar el artículo de Jara de 2009, donde compara las distintas

clasificaciones llevadas a cabo por: C.I.E.-10, D.S.M-IV-TR y C.F.T.M.E.A.-R 2000 (Jara, 2009).

A modo de resumen presentamos la Tabla 11, donde quedan recogidos los aspectos más destacables de esta patología a lo largo de los distintos manuales.

Tabla 11. Comparación de los criterios diagnósticos del TDAH en diferentes versiones del DSM y la CIE-10.

	<i>DSM-III</i>	<i>DSM-III-TR</i>	<i>DSM-IV y DSM-IV-TR</i>	<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
<i>Denominación</i>	<i>Trastorno por déficit de atención</i>	<i>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</i>	<i>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</i>	<i>Trastorno por déficit de atención/hiperactividad</i>	<i>Trastorno hiperactivo</i>
<i>Edad de inicio</i>	<i><7 años (de forma típica a los 3)</i>	<i><7 años (en la mitad de los casos antes de los cuatro años)</i>	<i><7 años</i>	<i><12 años</i>	<i><6 años</i>
<i>Duración de los síntomas</i>	<i>Al menos 6 meses</i>	<i>Al menos 6 meses</i>	<i>Al menos 6 meses</i>	<i>Al menos 6 meses</i>	<i>Al menos 6 meses</i>
<i>Síntomas centrales</i>	<i>Falta de atención, impulsividad e hiperactividad</i>	<i>Falta de atención, impulsividad e hiperactividad</i>	<i>Desatención, e hiperactividad-impulsividad</i>	<i>Inatención y/o hiperactividad-impulsividad</i>	<i>Falta de atención e hiperactividad</i>
<i>Nº de síntomas necesarios para el diagnóstico del trastorno</i>	<i>Al menos 3 de falta de atención e impulsividad (de los 5 propuestos para desatención y 6 para impulsividad) y 2 o más de hiperactividad (de los 5 propuestos</i>	<i>8 o más (de los 14 propuestos)</i>	<i>6 o más de desatención o de hiperactividad-impulsividad (de los 9 propuestos para cada agrupación)</i>	<i>6 o más de desatención o de hiperactividad e impulsividad</i>	<i>Requiere la presencia de la falta de atención e hiperactividad excesivas para la edad y CI del afectado. La desinhibición es un rasgo asociado, no necesario ni suficiente para el diagnóstico</i>
<i>Necesaria la presencia de síntomas en más de un contexto</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Sí en 2 o más (casa y escuela, escuela/ trabajo)</i>	<i>Sí en 2 o más (casa y escuela, escuela/ trabajo)</i>	<i>Sí en más de uno (casa, contexto escolar o en evaluación clínica y psicométrica)</i>
<i>Otras áreas afectadas por el trastorno</i>	<i>Frecuentemente el deterioro escolar y social</i>	<i>Frecuentemente el deterioro escolar y social</i>	<i>Actividad social, académica o laboral</i>	<i>Actividad social, académica o laboral</i>	<i>Actividad social, académica o laboral</i>
<i>Subtipos</i>	<i>-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad -Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad. -Trastorno por déficit de atención tipo residual.</i>	<i>-Trastorno por déficit de atención indiferenciado</i>	<i>-Con predominio del déficit de atención. -Con predominio hiperactivo-impulsivo -Tipo combinado -No especificado</i>	<i>-Presentación combinada -Presentación predominante con falta de atención -Presentación predominante Hiperactiva/impulsiva -En remisión parcial</i>	<i>-Trastorno de la actividad y la atención -Trastorno hiperactivo disocial -Otros trastornos hiperactivos -Trastorno hiperactivo sin especificación.</i>

Fuente: Adaptación de Amador et al., 2010, p. 55. Completado con el DSM-5, 2014, p.59.

1.3.2 Prevalencia del TDAH

El TDAH es identificado con mayor frecuencia en los años de la escuela primaria donde la falta de atención y los comportamientos normativos se hacen más prominentes y perjudiciales. Este trastorno es relativamente estable a lo largo de la adolescencia temprana, pero en algunos individuos empeora y desarrollan conductas antisociales. En la mayoría de las personas con TDAH los síntomas de hiperactividad motora se vuelven menos evidentes en la adolescencia y la edad adulta, pero persisten dificultades como inquietud, falta de atención, mala planificación e impulsividad. Una proporción importante de niños que presentan TDAH siguen viéndose afectados en la edad adulta (DSM-5, 2013).

Este trastorno ha sido incluido en el DSM-5 como un trastorno del neurodesarrollo, muy frecuente en la población escolar, que va haciéndose visible en todos los ámbitos de desarrollo del niño que sigue manifestándose a lo largo de su adolescencia e incluso perdura en la edad adulta aunque con distintas manifestaciones. Según este manual ocurre en la mayoría de las culturas en una proporción del 5% de los niños y el 2,5% de los adultos (DSM-5, 2013).

La hiperactividad es una de las patologías más estudiadas en los últimos años, y a lo largo de las últimas décadas han proliferado estudios sobre el reparto y la localización con el fin de conocer la prevalencia de este trastorno. Los distintos estudios han demostrado que las tasas son muy variables en todo el mundo, que van desde un mínimo de 1% hasta un máximo de 20% en niños de edad escolar (Bird, 2002; Faraone, 2003; Díaz et al., 2013). En un principio se creía que los factores geográficos y demográficos podían justificar esta variabilidad. Algunos investigadores observaron que las tasas de prevalencia en Europa eran inferiores a las de América del Norte, lo que aumentó la preocupación al atribuir esta diferencia a factores culturales (Timimi, 2004; Bird, 2002).

Otros expertos en el tema han argumentado que estas diferencias son debidas al uso de diferentes definiciones o formas de evaluación. Esta misma postura fue adoptada por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente que argumentó estas diferencias en los sistemas diagnósticos empleados, diferencias metodológicas entre los estudios, los criterios adoptados por los informantes y la población estudiada. A principios del 2000 no había estudios que avalasen estos supuestos, ya que en estas fechas no había evidencias empíricas sobre ello.

En el año 2002, la American Psychiatric Association, en el DSM-IV-TR nos proporciona el dato de que entre el 3% y el 7% de los niños en edad escolar presentarían este trastorno. Los resultados obtenidos en distintos estudios llevados a cabo con criterios DSM sugieren que la prevalencia es más o menos la misma en niños estadounidenses que en niños no estadounidenses. Hay algunas poblaciones con índices más bajos como por

ejemplo, Islandia, Australia, Italia y Suecia, pero no se puede afirmar categóricamente con los datos existentes. De ahí que algunos autores opinen sobre la necesidad de realizar comparaciones más directas, entre las poblaciones de estudio, para analizar realmente la prevalencia del TDAH (Stephen et al. 2003).

En el año 2003, la Prevalencia en España coincide con la media ofrecida por el DSM-IV-R y oscila entre el 2% y el 6% según las cifras que arrojan estudios realizados (Criado- Alvarez y Romo-Barrientos, 2003). Confirman estos datos los estudios realizados en la Comunidad Autónoma de Canarias con una tasa global de prevalencia en niños de entre 6 y 12 años del 4,9% (Jiménez, Rodríguez, Camacho, Alfonso y Artiles, 2012) distribuida de la siguiente manera: 3,1 de tipo inatento, el 1,1% hiperactivo y el 0,7% de tipo combinado.

Es en el año 2007, cuando Polanczyk realiza un estudio con el propósito de calcular esta prevalencia a nivel mundial, para determinar los factores que podían estar causando la variabilidad existente, partiendo de la hipótesis de que ajustando las diferencias metodológicas, la ubicación geográfica no explicaría significativamente la variabilidad de la prevalencia. En su trabajo, obtiene que la prevalencia mundial es del 5,29% (95% CI=5.01-5.56) y confirma que esa variabilidad se debió a las diferencias metodológicas (Polanczyk et al., 2007). Estudios de ese mismo año realizados a nivel mundial en niños en edad escolar cifran la prevalencia entre el 2,4 y el 19,8% y alcanza valores más elevados en niños que en niñas en una proporción del 4:1 (DSM-IV-TR, 2000).

En este sentido, es muy ilustrativo el trabajo de Froehlich donde se valora la prevalencia del TDAH según criterios DSM-IV en una muestra de más de 3000 niños. En este estudio se comprobó que sólo un 47,9% de los niños que cumplían criterios del trastorno habían sido diagnosticados previamente, de los que sólo un 32% fueron tratados (Froehlich et al., 2007).

En el estudio realizado en Mallorca, en alumnos de edad escolar entre 6-11 años, mediante las escalas Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder Rating (ADHD-RS-IV) para padres y maestros, los resultados obtenidos de prevalencia estaban en el nivel esperado por los autores del estudio, el 4,6% (IC 99%: 3,0-5,8%). De los resultados el 1,26% fueron de subtipo hiperactivo, el 1,06% de subtipo inatento y el 2,5% del subtipo combinado (Cardo, Servera, y LLobera, 2007)

La Comunidad de Castilla y León, en el 2009 realiza otro estudio sobre prevalencia del TDAH, este es llevado a cabo en escolares de 6 a 16 años y consiste en un primer estudio de criterio psicométrico y posteriormente de confirmación clínica, según criterios del DSM-IV. Este estudio arrojó unos datos del 6,66% (IC 95%: 5,16-8,16), de estos casos el 1,27% fueron del subtipo inatento y el 4,38 del subtipo combinado. La tasa de prevalencia en educación primaria era del 6,8%, muy similar a la de educación secundaria, que era del 6,48% (Rodríguez et al., 2009). Se puede confirmar que la

prevalencia en ambas comunidades, muy distintas y distantes entre sí están muy próximas a la media mundial.

Según la revisión realizada sobre estudios de prevalencia en torno al TDAH, todavía podemos observar discrepancias en los porcentajes que nos ofrecen y es sorprendente la disparidad de datos de las últimas décadas. Como podemos ver en la tabla 12, existen diferentes variables que contribuyen a ello, como son tipo de instrumento utilizado, edad, país, informantes entre otras.

Tabla 12. Prevalencia en torno al TDAH.

<i>Estudio</i>	<i>Año</i>	<i>País</i>	<i>Criterios</i>	<i>Edades</i>	<i>Prevalencia</i>
Esser et al.	1990	Alemania	ICD-9	8 años	4,2 %
Pelham et al.	1992	EEUU	DSM-III-R	Preescolar a 8º grado	7,1%
Galluci et al.	1993	Italia	DSM-III-R	4º grado	3,9%
Baumgaertel et al.	1995	Alemania	DSM-III-R DSM-IV	5 a 12 años 5 a 12 años	9.6% 17,8%
Leung et al.	1996	Hong Kong	DSM-III DSM-III-R CIE-10	1º grado 1º grado 1º grado	6,1% 8.9% 0.78%
Verhulst et al.	1997	Holanda	DSM-III-R	13 a 18 años	7.9%
Gaub y Carlson	1997	EEUU	DSM-IV	6 a 9 años	8%
Gomez et al.	1999	Australia	DSM-IV	5 a 11 años	2.4%
Guardiola et al.	2000	Brasil	DSM-IV	1º grado	18%
Rowland et al.	2001	EEUU	DSM-IV	1º-5º grado	16%
Pineda et al.	2001	Colombia	DSM-IV	4 a 7 años	17.1%
Montiel- Nava et al.	2002	Venezuela	DSM-IV	6 a 12 años	7%
Cornejo et al.	2005	Colombia	DSM-IV	4-17 años	20,4%
Cardo et al.	2007	España	ADHD-RS-IV	6-11 años	4,6%
Alloway et al.	2010	Reino Unido	ADHD-RS-IV	10 años	8%
Jiménez et al.	2012	España	ADHD-RS-IV	6-12 años	4,9%
Catalá-López et al.	2012	España		6-12 años	6,8%

Fuente: Díaz et al., 2013, p.157 (Actualizada).

En la tabla anterior no vienen reflejados datos como género y subtipos, aspectos que también condicionan el porcentaje de la prevalencia. A pesar de las numerosas investigaciones realizadas al respecto, en la población general e infantil, todavía no existe consenso y las cifras son muy dispares (Cardo y Servera, 2008; Ullebo, Posserud, Heiervang, Obel y Gillberg, 2012). Según Cardo y Servera toda puntuación de prevalencia que esté por encima del 5% debe ser sopesada e interpretada con precaución, porque lo más seguro es que los criterios utilizados a la hora de valorar la presencia de los síntomas de dicho trastorno no se hayan afinado con suficiente precisión (Cardo y Servera, 2008).

Como podemos observar, en la Tabla 13 hemos elegido estudios de la última década donde se contemplan tanto los subtipos como el género, aunque no las edades de los sujetos. La inclusión de los distintos subtipos como variable dentro de la prevalencia, ha supuesto mayor confusión porque no coinciden los rasgos de este subtipo con el conocimiento que tienen de él los profesionales (Cardo y Servera, 2008).

La revisión sistemática y el meta-análisis realizado por Catalá-Lopez et al., sobre estudios epidemiológicos en relación con la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes en España, sitúan la prevalencia en unos valores entorno al 6,8% en población escolar (Catalá-López et al. 2012). Este trabajo está realizado en base a pruebas técnicas de síntesis que permiten calcular de forma fácil y útil las frecuencias de la patología en un país determinado. En concreto, los resultados de este estudio sugieren que el nivel de prevalencia del TDAH en España es considerable y hay consistencia con otros estudios anteriores en otros países y regiones. Estos datos aportan base para la construcción de programas y servicios de atención a esta patología basados en la evidencia. Sin embargo, en el estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Canarias en población de 6-12 años en este mismo año, 2012, se encontró una tasa global de prevalencia del 4,9% del cual el 3,1 fueron del subtipo inatento, el 1,1% hiperactivo, y el 0,7% combinado (Jiménez et al., 2012). En este estudio no se encontraron diferencias entre islas, ni entre tipos de colegios y tampoco entre los niveles de escolaridad analizados.

El DSM-5 recoge que el TDAH es más frecuente en hombres que en mujeres en general con una ratio aproximada de 2:1 en niños y de 1.6:1 en adultos. Además, atribulle las diferencias en las tasas de prevalencia a las diferentes prácticas metodológicas y de diagnóstico. Reconoce que también puede haber variaciones culturales en la interpretación de las actitudes y conductas infantiles. Asume que las puntuaciones de los síntomas del informante pueden estar influidas por el grupo cultural del niño y del informante, lo que sugiere que las prácticas culturalmente apropiadas son relevantes a la hora de evaluar el TDAH.

Tabla 13. Prevalencia en TDAH, estudios que contemplan tanto los subtipos como el género.

	Mues- tra	Edad	Citerios diágnosticos	Preva- lencia	Subtipos (%)			Género (%)		País
					Hiperac- tivo	Inaten- to	Combi- nado	Hom- bres	Muje- res	
(Montiel-Nava et al., 2002)	1141	4-12	DSM-IV	7,19	0,35	1,14	5,7	6,2	8,26	Venezuela
(Pineda, Lopera, Palacio, Ramirez, & Henao, 2003)	330	4-17	Varios	11,5	0,3	4,8	6,4	14,8	7,7	Colombia
(Ersan, Dogan, Dogan, & Sümer, 2004)	1425	6-15	DSM-IV	8,1	3,3	2,6	2,2	5,19	2,88	Turquía
(Cornejo et al., 2005)	460	4-17	DSM-IV	20,4	5,4	5,4	9,6	20,9	10,1	Colombia
(Cuffe, Moore, & McKeown, 2005)	10317	4-17	DSM-IV	6				4,19	1,77	EEUU
(Bener, Qahtani, & Abdelaal, 2006)	1541	6-12	DSM-IV	9,4				14,1	4,4	Qatar
(Skounti, et al, 2006)	1285	7	DSM-IV	6,5				8,8	4,2	Grecia
(Kessler et al, 2006)	3199	18-44	DSM-IV	4,4				5,4	3,2	EEUU
(Cardo, Servera, & Llobera, 2007)	1509	6-11	DSM-IV	4,6	1,26	1,06	2,25	3,49	5,81	España
(Bauermeister et al., 2007)	1896	4-17	DSM-IV	7,5				10,3	4,7	Puerto Rico
(Leung et al., 2008)	541	13,8 (□)	DSM-IV	16,4				15,9	16,8	China
(Soma et al., 2009)	7566	3-6	DSM-III-3	7,2				5,2	17	Japón
(Lora-Muñoz & Moreno-García, 2010)	500	10-16	DSM-IV	1,6	2	1,6	4,4	5,1	4,6	España
(Gómez & Hafetz, 2011)	934	6-12	DSM-IV	0,96	0,32	0,96	0,32	2,75	0,6	Malasia
(Abdekhodaie, Tabatabaei, & Gholizadeh, 2012)	1083	5-6	DSM-IV-TR	12,3				18,1	6,7	Irán
(Ullebø et al., 2012)	9430	7-9	DSM-IV	5,2	1,6	1,2	1,2			Noruega

Fuente: Fenollar Cortés, 2014, p. 11.

Nota: La no coincidencia en algunos de los sumatorios de los subtipos se deben a especificaciones que se detallan en los artículos a los que hacen referencia.

Nota 2: Ante disparidad de resultados según reportes de profesores o padres, se ha escogido el criterio de los profesores debido al uso de la escala de TDAH en base a los criterios del DSM.

1.3.3 Comorbilidad del TDAH

Al hablar de comorbilidad, nos referimos a las alteraciones que se producen al mismo tiempo que la enfermedad primaria o trastornos tanto médicos, psicológicos o del comportamiento que pueden presentarse de forma comórbida a los síntomas principales o diana (Cardo y Servera, 2008). En el caso del TDAH resulta difícil discernir cuáles son trastornos comórbidos y cuáles son sobrevenidos por la patología. Ha habido mucha controversia sobre este aspecto. Todo esto debido a que un niño con TDAH presenta otras dificultades y lo difícil es determinar qué fue primero, el TDAH o la supuesta comorbilidad. Los estudios han demostrado que existe una alta comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y el TDAH, además han intentado determinar si existe un trastorno primario o si son secundarios a los síntomas psiquiátricos.

La comorbilidad debe ser considerada simultáneamente a la patología. Debe estar presente en todo momento, para poder entender y maximizar la intervención ya que su presencia condiciona la presentación, el pronóstico y el abordaje terapéutico. Con este fin, debemos conocer al sujeto en su globalidad. Para ello, hemos de identificar la frecuencia con la que aparece uno cuando el otro está presente, y siempre debe ser más alta que para el resto de la población. Esto no es fácil ya que la mayoría de los trastornos a los que se asocia el TDAH no son entidades discretas, sino que se trata de dimensiones conductuales, pudiéndose presentar en todos los individuos en mayor o menor grado (Artigas-Pallarés, 2003). El TDAH suele presentar altas cifras de comorbilidad con trastornos del comportamiento, estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje.

Barkley (1981) sistematizó los problemas que presentan en diferentes categorías: problemas físicos, conductuales, sociales, cognitivos, escolares y emocionales. En términos generales, un 44% padecen al menos otro trastorno psiquiátrico; un 32% padece otros dos, y un 11% presenta al menos tres trastornos asociados (Szatmari, Offord y Boyle, 1989). Según el DSM-IV (APA, 1994) durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad (por ejemplo, corretear sin cesar o actuar ruidosamente).

En la edad escolar es la etapa donde mayores consecuencias puede ocasionar. Es cuando mayores exigencias sociales, control de conductas, de acciones y de seguimiento de instrucciones se imponen a los niños. En esta etapa empiezan a observarse las primeras repercusiones de orden académico, social y familiar. Estos primeros problemas van acuciando al alumno y condicionando su desarrollo, mientras se consolida su patrón de hiperactividad. Entre los 12 y 13 años es cuando podremos percibir de forma más clara la sintomatología asociada. Entre el 30 y 50 % presentan trastornos de conducta, la mitad o más ya tiene una historia de fracaso escolar y también hay un subgrupo con síntomas internalizados de ansiedad y depresión (Caballo y Simon, 2001).

Según el Doctor Artigas-Pallarés, debido a las funciones neuropsicológicas afectadas y en especial a la involucración del sistema ejecutivo en la estructura cognitiva del TDAH, éste muestra comorbilidad con los siguientes trastornos (Artigas-Pallarés, 2003).

Tabla 14. Trastornos que muestran comorbilidad con el TDAH.

<i>Nº</i>	<i>Nombre</i>
1	<i>Síndrome de Tourette / Trastorno obsesivo compulsivo</i>
2	<i>Trastornos generalizados del desarrollo</i>
3	<i>Trastorno autista</i>
4	<i>Trastorno de Asperger</i>
5	<i>Trastorno generalizado del desarrollo no especificado</i>
6	<i>Trastornos de la comunicación</i>
7	<i>Trastornos del aprendizaje</i>
8	<i>Dislexia</i>
9	<i>Discalculia</i>
10	<i>Disgrafía</i>
11	<i>Trastornos del desarrollo de la coordinación</i>
12	<i>Trastornos de la conducta</i>
13	<i>Trastornos de ansiedad</i>
14	<i>Depresión y otros estados afectivos</i>
15	<i>Retraso mental</i>

Fuente: Artigas-Pallarés, 2003, S71.

En el estudio realizado en Castilla León en el año 2009, sobre la prevalencia y la comorbilidad del TDAH en dicha comunidad, se alcanzó el 71% de los casos de hiperactividad, con una media de 1,27 diagnósticos comórbidos por caso, que aunque es inferior a estudios de muestras clínicas que citan entre el 80-83%, sigue siendo muy alta (López-Villalobos et al., 2006; Wilens et al. 2002). Los diagnósticos comórbidos que muestra este estudio son los que habitualmente se encuentran en los manuales como trastornos del comportamiento, ansiedad, estado de ánimo, enuresis o tics.

En la tabla 15 podemos observar que un 71% presenta algún tipo de comorbilidad, siendo las más frecuentes la agrupación de los trastornos por ansiedad (46%), trastornos del comportamiento (31%), trastornos del estado de ánimo (9%), trastornos por tics (10%) y enuresis (12%). El fenotipo combinado/hiperactivo-impulsivo es más frecuente que el fenotipo inatento en trastornos del comportamiento, ansiedad, enuresis y tics; sucediendo a la inversa en los trastornos del estado de ánimo.

Tabla 15. Comorbilidad en TDAH y subtipos

	Subtipo TDAH			Total
	Combinado	Inatento	Hiperactivo/ Impulsivo	
Comorbilidad total (n)	35	9	8	52
Total %	47,94	12,32	10,96	71,23
Trastornos de comportamiento (n)	16	3	4	23
Total %	21,91	4,1	5,47	31,5
Trastornos del estado de ánimo (n)	3	4	0	7
Total %	4,1	5,47	0	9,58

Trastornos de ansiedad (n)	25	5	4	34
Total %	34,24	6,84	5,47	46,57
Tics (n)	5	2	1	8
Total %	6,84	2,73	1,36	10,95
Enuresis (n)	7	1	1	9
Total %	9,58	1,36	1,36	12,32

Fuente: Fuente: Rodríguez-Molinero et al., 2009, p.261.

Se puede decir que la comorbilidad en la edad infantil es muy frecuente, pero no hemos de confundir rasgos asociados con trastornos comórbidos. Los diagnósticos comórbidos reflejados en la bibliografía científica son asociados con mayor frecuencia con trastornos del comportamiento, ansiedad, estado de ánimo, enuresis o tics. Así mismo, los casos de TDAH tienen ciertos rasgos asociados como son: peor rendimiento académico (lectura, matemáticas, expresión escrita), problemas de comportamiento y conducta escolar (relación con los compañeros, competencias de organización, respeto de normas), problemas de desarrollo psicomotor y problemas de relaciones interpersonales. Estos rasgos asociados son factores inherentes a ellos, debido a las disfunciones neuropsicológicas que le dificultan a lo largo de su desarrollo bio-psico-social, pues la inmadurez neuroevolutiva se ve reflejada en su desarrollo.

Dadas las variedades de prevalencias y comorbilidades que arrojan las investigaciones, debemos considerarlas como importantes en el momento de iniciar un proceso de evaluación y tomarlas en cuenta en la intervención.

Parellada y colabores (2009), hacen un análisis del diagnóstico diferencial y de la comorbilidad que acompaña al TDAH, considerando las siguientes características:

- Normalidad: La variabilidad del nivel de actividad es enorme en los niños y la sola presencia de mucha actividad o un cierto grado de inatención no justifica hacer un diagnóstico de TDAH.
- Hiperactividad situacional: algunos niños se muestran hiperactivos en un solo entorno. Esto es en muchas ocasiones reflejo de dificultades emocionales, de aprendizaje o de afrontamiento, es decir, supone una manifestación ansiosa.
- Trastorno de conducta: estos trastornos comparten muchos de los síntomas con el TDAH. Lo característico y diferencial del TDAH es que la inatención y la hiperactividad aparecen también en actividades elegidas y disfrutadas por los niños, y no sólo en actividades obligatorias (como hacer las tareas, o comer en la mesa).
- Trastorno emocional: en general el mejor indicador de si el trastorno primario es un trastorno emocional o un TDAH es cuál de ellos empezó antes.
- Tics o disquinesias: a veces los movimientos se pueden confundir. La diferencia se hace por la observación clínica y los rasgos específicos del TDAH.
- Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y Retraso Mental (RM): cualquiera de estos dos trastornos tiene una mayor incidencia de presentar

conductas hiperactivas, que en otras dificultades o en niños “normales”. El diagnóstico de TGD excluye el TDAH pero no así el diagnóstico de retraso mental.

Existen numerosos estudios que demuestran la alta comorbilidad de esta patología, entre ellos, el estudio Multimodal Treatment Study of Children With ADHD, el cual encontró que el 70%, de 579 niños de entre 7 y 9 años a los que se les había realizado previamente un cuidadoso diagnóstico sobre TDAH, cumplían casi por completo los criterios diagnósticos de uno o más trastornos psiquiátricos adicionales (MTA Cooperative Group, 1999). También están los realizados por Kadesjo y Gillberg (2001) donde un 87% de niños que cumplían criterios del trastorno TDAH tenían al menos un diagnóstico comórbido (Larson et al., 2011).

Los trastornos de ansiedad y el trastorno depresivo mayor se presentan pocas veces en personas con TDAH, pero en un porcentaje mayor que en la población en general. El trastorno explosivo intermitente se produce en pocos adultos con TDAH pero son tasas superiores a los niveles de población. Aunque los trastornos por uso de sustancias son relativamente más frecuentes entre los adultos con TDAH que en la población general, los trastornos están presentes sólo en una minoría de los adultos con TDAH. En los adultos, la conducta antisocial y otros trastornos de personalidad pueden presentarse junto al TDAH. Otros trastornos pueden ser comórbidos con el TDAH incluidos el desorden obsesivo compulsivo, trastornos de tics y trastorno del espectro autista (DSM-5, 2013).

Según el DSM-5 en el ámbito clínico, los trastornos comórbidos son frecuentes en las personas cuyos síntomas cumplen los criterios para el TDAH. En la población general, el trastorno desafiante oposicional es comórbido con el TDAH en una proporción del 50% en aquellos que tienen un TDAH combinado y de 25% en aquellos que presentan un TDAH predominantemente inatento. El trastorno de conducta es comórbido aproximadamente en la cuarta parte de los niños o adolescentes con el tipo combinado, dependiendo de la edad y del entorno. La mayoría de los niños y adolescentes con trastorno de desregulación del estado de ánimo también presentan síntomas que cumplen los criterios del TDAH, un menor porcentaje de niños con TDAH presentan síntomas que cumplen los criterios del trastorno de desregulación del estado de ánimo. El trastorno específico de aprendizaje normalmente es comórbido al TDAH.

Según el DSM-5, las consecuencias funcionales ocasionadas por el Deficit de Atención/Hiperactividad, se asocian con un menor rendimiento escolar y logro académico, con mayor probabilidad de desempleo, así como elevado índice de conflictos interpersonales. Los niños con TDAH son más propensos que sus padres sin esta patología a desarrollar trastornos de conducta en la adolescencia y de trastornos de la personalidad antisocial en la edad adulta, aumentando así la probabilidad de trastornos por uso o abuso de sustancias y encarcelamiento (DSM-5, 2013).

Uno de los principales problemas a la hora de diagnosticar es el que viene dado al utilizar un modelo de clasificación categorial para trastornos en los que no existen límites precisos, de ahí el elevado índice de comorbilidad presente en los trastornos mentales que son diagnosticados mediante el DSM en sus distintas versiones (Belloch, 2012; Sandín Chorot y Valiente, 2012).

1.4 Etiología

El TDAH ha ido perfilándose a lo largo de los años. En un principio, sus causas eran desconocidas y se fueron atribuyendo a infecciones, traumatismos, daños cerebrales, etc.

Las distintas investigaciones se han ido sucediendo en el tiempo y aportando datos esclarecedores. Los estudios realizados por Buschsbaum y Wender en 1973 demostraron que la actividad eléctrica del cerebro, medida a través de un encefalograma, en niños con TDAH es menor que en niños que no lo padecen, sobre todo en las áreas frontales (González, 2006).

Las nuevas tecnologías ayudan a determinar el funcionamiento defectuoso de ciertas áreas del cerebro, así se detectan que los ganglios basales (el núcleo caudado y el globo pálido) de la corteza prefrontal derecha y algunas zonas del cuerpo calloso que comunican regiones frontales y parietales que son más reducidas en niños con hiperactividad (Castellanos, Giedd, Eckburg, Marsh et al, 1994), (Hynd, Hern, Noverly et al., 1993). En 1996 ya se demostró que en pacientes con TDAH se observaba una disminución significativa en la asimetría de la parte anterior del hemisferio derecho con respecto al hemisferio izquierdo, mediante estudios con Resonancia Magnética (Reiss, Abrams, Singer, Ross y Dencla, 1996).

Se realizan estudios para determinar la transmisión hereditaria del trastorno y los hallazgos determinan que hijos de padres con TDAH tienen hasta un 50% de probabilidades de sufrir el mismo problema y al revisar las pruebas con gemelos la probabilidad asciende hasta un 70% (Faraone, Bierman, Jetton y Tsuang, 1997). (Kuntsi, J. y Stevenson, J., 2000)

En el 2002, Barkley señala que la lesión en el lóbulo frontal del cerebro denominada orbito-frontal, es la responsable de los trastornos en la inhibición de la conducta, de problemas para mantener la atención y el autocontrol y de dificultades en la planificación del futuro.

Guillén y colb. (2002) hacen una puesta al día sobre el TDAH y destacan las siguientes investigaciones sobre su etiología:

- *“Hay factores genéticos que van a afectar al desarrollo del cerebro tanto en el periodo prenatal como en el postnatal” (p.537).*
- Se ha relacionado una variante del gen del receptor dopaminérgico -DRd4-con el riesgo de padecer hiperactividad (40% mayor que en el resto de la población) (McCracken, et al., 2000)
- Con estudios realizados con técnicas de neuroimagen se ha determinado que un circuito prefronto-estriado-talamicocortical estaría afectado (Behrman, Kliegman, y Jenson, 2000; Cruz, 2001).

- Otros estudios realizados por Mill et al. (2002), implicarían a la proteína sinaptosómica asociada de 25kDa (SNAP-25)
- Mediante el PET (Tomografía por Emisión de Positrones) se ha determinado que las personas que presentan TDAH utilizan menor cantidad de glucosa en las áreas que controlan la atención que personas que no lo presentan.
- Que el uso o consumo durante el embarazo de sustancias como alcohol, drogas, cigarrillos, contaminación, tóxicos podrían dar lugar a TDAH en el niño.
- Que problemas médicos como hipertensión, anemia, sepsis urinaria de la madre, partos prolongados, edad gestacional de más de 40 semanas, sufrimiento fetal, también podrían provocarlo (Guillen, Gracia, Sánchez y Herreros, 2002).
- Según un estudio realizado por Biederman et al. en 1990 (citado en Martínez y Conde, 2009), sostienen que el aproximadamente un 25% de familiares de 1er grado de niños con TDAH, presentan también este trastorno. Es posible que existan influencias genéticas hasta en un 80% en hermanos.

A pesar de las numerosas investigaciones, la causa del TDAH sigue sin determinar. No puede ser entendido como el efecto de una única causa. *“Estamos ante un trastorno de etiología multifactorial compleja con factores relacionados con la genética, el entorno y la biología”* (Lasa-Zulueta, p.14) (Biederman, 2005; Biederman y Faraone, 2005; Castellanos y Acosta 2002). Una de las dificultades a las que se enfrenta el estudio del TDAH es el problema del uso de una metodología común en sus investigaciones, porque al faltar criterios homogéneos en la clasificación, en la inclusión o exclusión de individuos, hacen muy difícil la comparación de los resultados (Acosta, 2007).

En la actualidad, las investigaciones se decantan por la hipótesis de la etiología multifactorial que combina factores genéticos, biológicos y ambientales (Amador, Forns y González, 2010). Aunque se investiguen y expongan cada una por separado, se ha llegado a la conclusión de que no son excluyentes y, como dice Romero-Ramírez (2007) *“probablemente estemos ante una entidad, en la que exista una predisposición genética, sobre la que pueden actuar varios factores ambientales, generando finalmente las alteraciones neuroanatómicas y neurofisiológicas reconocidas”*.

La generalización y unificación en las líneas y criterios de investigación en los últimos veinte años han posibilitado una mayor homogeneidad en los estudios clínicos y genéticos. Los avances en las técnicas de genética molecular, los nuevos métodos de análisis estadístico y las impresionantes técnicas de neuroimagen, entre otros, a disposición de la investigación, han contribuido a estos progresos. Aun así, al carecer el DSM de elementos clarificadores sobre la causa del TDAH, el profesional, ya sea clínico, educativo o investigador, está desprovisto de herramientas para realizar un diagnóstico etiológico, lo que favorece fallos en el diagnóstico principal y diferencial así como de sus comorbilidades (Trujillo-Orrego, Ibáñez y Pineda, 2012).

Rodríguez Santos, en su artículo el *Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad: causas e implicaciones para el tratamiento*, cuestiona la clasificación y los criterios del DSM-IV-TR y plantea cuestiones interesantes sobre la evaluación e intervención según las guías internacionales consensuadas (Rodríguez- Santos, 2010).

En el artículo de revisión realizado por Trujillo-Orrego, Ibáñez y Pineda, en 2012, se analizaron resultados de estudios buscando marcadores que les permitieran establecer la naturaleza de los cambios funcionales de niños, jóvenes adultos con TDAH y la asociación a algún genotipo y ofrecer una respuesta teórica integrativa que facilitase la labor a los distintos profesionales, obteniendo la siguientes conclusiones:

- a) Necesidad de una información colateral que permita múltiples vías o niveles de comprensión del fenómeno: epidemiológico, genético, neurológico, cognitivo, evolutivo y ambiental, lo que facilitaría estudiar y modelar el constructo del TDAH.
- b) Sugiere la utilización del modelo multinivel de Cacioppo (Cacioppo, Berntson, Sheridan, y McClintock, 2000) que propone un marco conceptual común y transferible reconociendo los diferentes enfoques en el estudio del síndrome: neurociencias, genética, anatomía, psicología, sociología etc.
- c) Este modelo busca elaborar una guía de trabajo para un manejo sistemático de la información clínica que permita la comprensión del síndrome y el avance en el reconocimiento de la fisiopatología del trastorno (Cacioppo et al., 2000 o Trujillo et al., 2012).
- d) Que el DSM ofrezca una guía para el diagnóstico multinivel del TDAH.
- e) Sugiere que en próximos DSM se validen los síntomas del síndrome apoyándose en las investigaciones en Genética, Neurociencias Cognitivas, Farmacología, Psicología, Psiquiatría y Neurología.
- f) Propone que en la guía se incluyan árboles de decisiones que faciliten la evaluación sistemática e interactiva del TDAH y permita un cribado de síntomas y diagnósticos más fiables, (Trujillo et al., 2012 a).

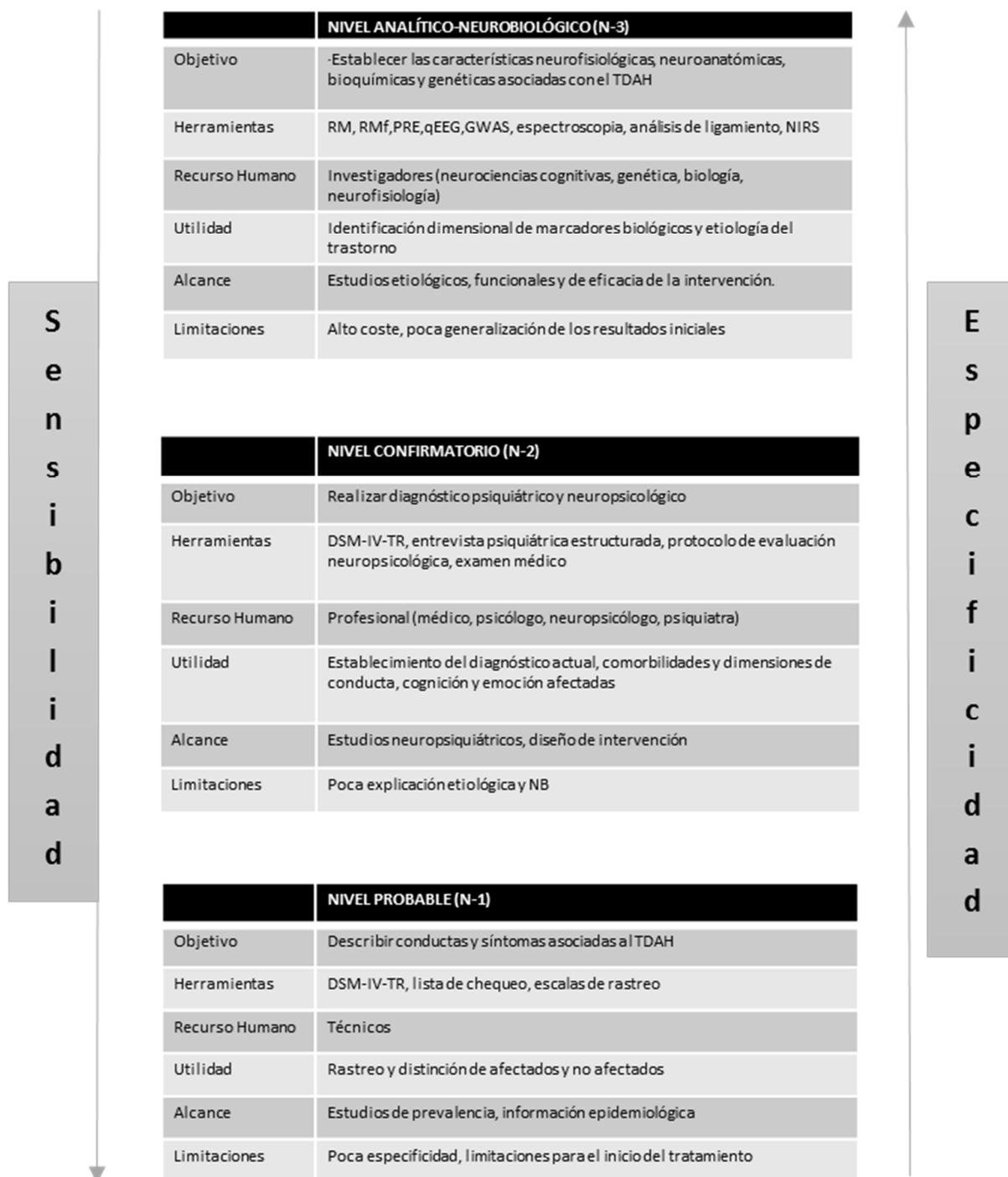


Figura 9. Distintos niveles de la guía estudio multinivel para una evaluación sistemática e interactiva. Fuente: Trujillo et al., 2012 a, p.376.

El conocer las causas del TDAH es un proceso arduo, debido a su heterogeneidad y por ello, la mayoría de las investigaciones sobre su etiología y sobre los modelos causales señalan distintas líneas para explicar el trastorno. Según Artigás-Pallarés (2009) debido a la complejidad de este síndrome se han ido desarrollando modelos cognitivos acordes a los déficit o déficits que subyazcan al TDAH.

En la siguiente Tabla 16 podemos observar la clasificación de los modelos cognitivos según sea un mecanismo cognitivo básico el que produce la alteración o de déficit múltiple, que implicaría la interacción de varios aspectos cognitivos sin un origen único (Artigas-Pallares, 2009 p.587).

Tabla 16. Clasificación de los Modelos Cognitivos acordes según sea uno o varios los mecanismos básicos alterados.

Modelos de Déficit Único	Modelos de Déficit Múltiple
Modelo de atención de Douglas (Douglas, 1983,1985,1989)	Modelo Cognitivo/Energético (Sergeant, 2000,2005)
Modelo de Autorregulación (Barkley,1997)	Modelo Dual (Sonuga-Barke, 2002,2003)
Modelo de regulación del estado (Sergeant, Oosterlaan y Van deer Meere,1999)	Modelo de 3 rutas (Sonuga-Barke et al., 2010)
Modelo de Aversión a la Demora (Sonuga-Barke et al., 1992)	Modelo Bifactorial (Toplak y otros, 2009) y (Martel et al.,2010)
	Modelo Cognitivo-afectivo (Nigg y Casey, 2005)

Fuente: Artigas-Pallares, 2009 p.587.

1.5 Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico del TDAH se realiza mediante un proceso de evaluación que recoge información de diferentes fuentes. Esto se debe a que no existe ningún instrumento de evaluación que permita por sí mismo diagnosticar la presencia del TDAH (Barkley, 2006). Cada caso posee características propias ya que los sujetos presentan unos comportamientos bien diferenciados y aunque el proceso debe ser personalizado, en cuanto a formas, método y pruebas utilizadas, existen aspectos comunes que deben ser sometidos a evaluación de forma más sistemática (Barkley, 2006).

En el 2006 no existía ninguna duda que el TDAH era un trastorno neurobiológico, donde influyen factores biológicos y ambientales (Muñoz, Palau, Salvadó y Valls, 2006).

Unos años más tarde y gracias al avance de la sociedad, la ciencia y la medicina, se ha hecho posible que técnicas de Neurobiología, Fisiopatología, Neuroimagen y Genética con sus investigaciones determinen que se trata de un trastorno heterogéneo. Considerando por ello que el mejor sistema de evaluación es el que abarca varios frentes y fuentes de información, desde revisiones pediátricas, entrevistas familiares y escolares, escalas de evaluación cognitiva y comportamental además de una observación directa en varios contextos. De ahí, la importancia de que la evaluación tenga un carácter, intra e interdisciplinar y que exista un intercambio de información entre los distintos profesionales implicados en el proceso de evaluación para evitar un exceso de pruebas.

Las formas más comunes para evaluar tanto la presencia como la severidad del problema es la administración de cuestionarios. Estas evaluaciones nos aportarán datos importantes de diferentes informantes (padres-profesores), que no siempre están de acuerdo en sus valoraciones y tienden por tanto a enfocar el problema desde distintas áreas o puntos de interés, hecho que puede provocar sesgos en la información (Rodríguez y cols, 2011) si no se valoran los datos en conjunto.

Al ser una patología que puede afectar al desarrollo integral del niño y que le acompañará hasta la edad adulta, la Academia Americana de Pediatría (AAP) publicó en el año 2000 unas recomendaciones clínicas para el diagnóstico y la evaluación del TDAH, con el fin de aunar criterios y metodología a la hora de establecer un diagnóstico (AAP, 2000). En el 2001 publicó otra guía para el tratamiento del niño en la edad escolar, para marcar las directrices y prestar mayor atención a ciertas áreas (AAP, 2001). Estas guías se han ido sucediendo y actualizando. En la actualidad, ha publicado la *CLINICAL PRACTICE GUIDELINE ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. En ella el rango de edad de las recomendaciones ha sido ampliado y va desde los 4 a los 18 años (AAP, 2011).

En España también se han editado distintas guías, tanto desde el ámbito sanitario como educativo. Han sido elaboradas por comités de investigación y en ellas se aborda el problema del TDAH desde un punto de vista asequible, dirigidas a los familiares, educadores y sanitarios que forman parte activa en el desarrollo del niño con TDAH. Estas guías sirven de punto de referencia para que la evaluación sea cada vez más homogénea, dentro de la heterogeneidad de la propia patología.

Desde la Fundación Ayuda al Déficit de Atención en niños, Adolescentes y Adultos (ADANA), en el 2006 se publicó una guía práctica de carácter divulgativo para educadores. La finalidad que perseguía fue la de ayudar a la detección y orientar en la intervención de casos de TDAH. Dicha guía se rige por el DSM-IV para sus valoraciones. Para esas fechas, la Asociación Balear de Niños con TDAH (STILL) publicó la guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH.

Así pues, en el 2010, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó la guía práctica clínica en el SNS, donde abordó el TDAH en cinco grandes bloques: El TDAH, Diagnóstico, Instrumentos de Evaluación, Tratamiento (psicológico, psicopedagógico, farmacológico, combinado y tratamiento de la comorbilidad) y Aspectos éticos y legales (SNS, 2011).

En la actualidad, hay muchas guías que prestan sus servicios a distintos profesionales y que persiguen unificar los criterios de evaluación e intervención de estos casos. Desde el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte también contribuyen a la unificación de criterios con la guía didáctica que está colgada en el apartado de Formación en Red, *Respuesta educativa para el alumnado con TDAH (2012)*. En ella se describen las características, los materiales, los objetivos, los contenidos, la metodología y la temporalización, así como los requisitos para poder llevar a cabo las propuestas para estos niños.

Al poder encontrar síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en numerosas enfermedades neurológicas y trastornos del desarrollo, además de tener en cuenta los marcadores indicados en el DSM-IV y actualmente en el DSM-5, es importante hacer un minucioso examen físico y una valoración neuropsicológica para hacer el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es difícil de llevar a cabo debido a que habría que valorar aspectos subjetivos como son la hiperactividad y la atención e identificar los subtipos y las comorbilidades. Estos aspectos tan subjetivos de valoración tanto por parte del entorno familiar como del escolar, hacen difícil su detección precoz, hecho que retrasa el Protocolo de Identificación realizado por el Equipo de Orientación del Centro, así como el diagnóstico y la intervención oportuna.

El proceso de evaluación podrá ser iniciado, tanto por solicitud de los padres (movidos por iniciativa propia o por el colegio) o por el pediatra, tras haber notado una conducta inapropiada, sin olvidar que ciertas conductas infantiles son fáciles de confundir con algunos síntomas de TDAH. Una vez derivado el alumno con información relevante en cuanto al comportamiento en el aula y la familia, el proceso quedaría resumido de la siguiente manera:

1. Entrevista con los padres, profesores, niño. Historia evolutiva, clínica y educativa del niño.
2. Evaluación Psicopedagógica. Valoración por el orientador educativo mediante las Escalas de evaluación del comportamiento. Valoración de las consecuencias educativas del posible trastorno. Derivación.
3. Evaluación médico-pediatrica. Derivación.
4. Valoración por parte del Equipo Infanto Juvenil. Test, pruebas clínicas.
5. Observación directa del comportamiento.
6. Informe, Diagnóstico y Tratamiento.

Esta enumeración puede dar sensación de ordenación pero no es así, frecuentemente el orden puede cambiar, este hecho dependerá del lugar donde se inicie el proceso y de la implicación de los padres. Otro modelo parecido es el que propone Félix-Mateo para la evaluación Psicopedagógica del TDAH en la Figura 10.

Es una tarea ardua, debido a los conocimientos tan amplios y específicos que hay que tener para poder realizar una evaluación correcta y la multidisciplinariedad con la que debería abordarse.

1-Estimaciones comportamentales para padres

- a) Escala Conners (padres y profesores)
- b) Escala IOWA de Hiperactividad y Agresividad de Conners para profesores
- c) Listado de síntomas del DSM-IV-TR (APA, 2002)
- d) Cuestionario de Situaciones en la Escuela. (Barkley, 1981)
- e) Cuestionario de Situaciones en el Hogar. (Barkley, 1981)
- f) Escalas para la evaluación del déficit de atención e hiperactividad (E.D.A.H.). (Farré y Narvona, 1997)
- g) Inventario de síntomas para niños y adolescentes Stony Brook. (Gadow y Spraf-Kin, 1995)

2-Test y pruebas específicas para la evaluación de la atención

- a) Test de Caras (Thurstone y Yela, 1979)
- b) Test de cancelación de figuras (Rudel, Denkla y Borman, 1978)
- c) Test de ejecución continua (CPT) (Rosvold et al, 1956)
- d) Perfil atencional del WISC-R (Wechsler, 1974)
- e) Pruebas de Atención del Seminario de Pedagogía. Instituto Pontificio S. Pío X (1961)
- f) Subtest de Integración Visual del ITPA. Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas, (Kirk, McCarthy y Kirk, 1986)

3- Pruebas de Impulsividad

- a) MFFT. (Servera y Llabrés, 2000)
- b) Test de Ejecución Continua CPT (Errores de Comisión)

4- Pruebas de control inhibitorio

- a) Test de Stroop (Stroop, 1935)
- b) Sun-Moon Stroop (Gerstadt, Hong y Diamond, 1993)
- c) Tarea de Stop (Logan y Cowan, 1984)
- d) Tarea del círculo

5- Pruebas de organización y planificación

- a) Test Trail-Making (Reitan, 1986)
- b) Figura compleja de Rey. (Rey, 1994)
- c) Torre de Londres (Shallice, 1982)

6.- Pruebas de memoria de Trabajo

- a) Prueba de memoria de conteo. (Case, Kurland y Goldberg, 1982)
- b) Tarea de memoria de trabajo de oraciones. (Siegel y Ryan, 1989)
- c) Tarea de recuerdo espacio-temporal. (Dubois et al., 1995)

7.- Perseveración en la respuesta (mantenimiento del set)

- a) Test de clasificación de las cartas de Wisconsin. (Heaton, 1981)

8.- Comorbilidad

- a) Listado de síntomas de comorbilidad Stony Brook. (Gadow y Sprafkin, 1995)
- b) Ansiedad: CAS (Gillis, 1989), Listado de síntomas del DSM-IV; entrevista con padres y profesores
- c) Dificultades de aprendizaje: Lecto-escritura (T.A.L.E., 2010; PROLEC, 2007; NAC, 2001), Cálculo (Prueba de Canals, 1988; NAC, 2001).
- d) Depresión (Kovacs, 1992). Inventario de depresión infantil CDI; Entrevista con padres y profesores; Listado de síntomas del DSM-IV)
- e) Comportamiento oposicionista/desafiante (Conners, 1989); Trastorno de conducta (observación directa, entrevista padres y profesores, listado DSM-IV), etc

Figura 10. Esquema de Evaluación Psicopedagógica del TDAH

Fuente: Cuadro resumen elaboración propia extraído de Félix-Mateo, 2006, p.628-638

En la valoración de las pruebas donde tanto padres como profesores responden a unos cuestionarios, por exigencias del DSM-IV-TR o del CIE-10, ambos cuestionarios deben dar positivo para poder ser evaluados y presentar condición TDAH. Además es necesario que los datos obtenidos en los cuestionarios se apoyen en pruebas objetivas de laboratorio y en registros de observación conductual, con el fin de obtener información complementaria que nos permita emitir un diagnóstico más exhaustivo. De este tipo de pruebas se encargan los responsables de Orientación mediante la evaluación psicopedagógica.

Esta jerarquización puede variar bien como hemos indicado antes dependiendo de quién y dónde se inicien los trámites o de la información recibida, ya que en numerosas ocasiones no llega el informe médico con un diagnóstico determinado a los centros educativos. No obstante, el modelo de actuación podría ser el propuesto por Laéz, Gutiérrez, Silvano y Velasco (2011).

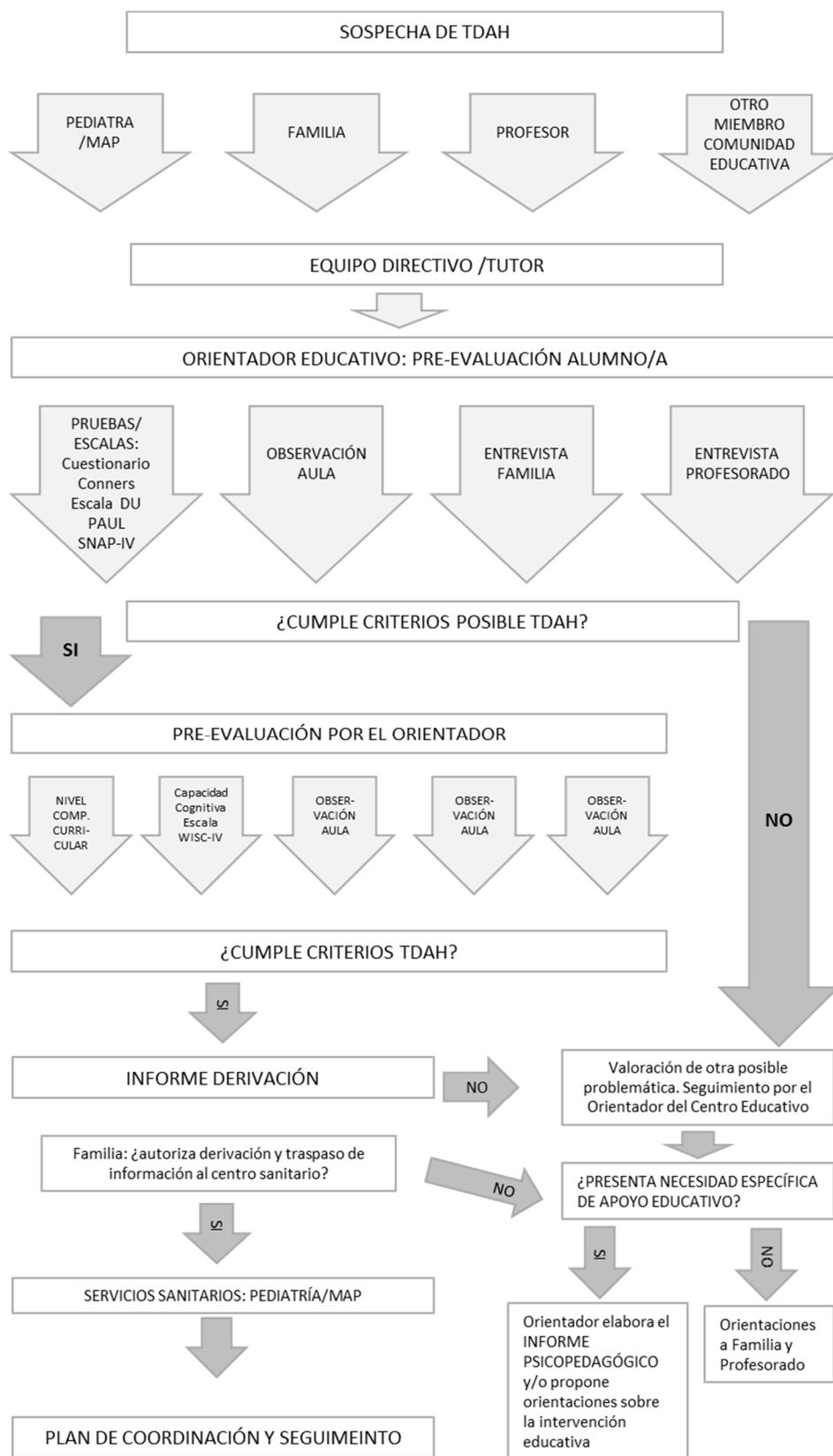


Figura 11. Modelo de actuación propuesto
 Fuente: Laéz, Gutiérrez, Silvano y Velasco, 2011, p.15.

1.5.1 Detección Temprana

La finalidad del diagnóstico precoz, o detección de la condición TDAH, no es otro “que identificar lo antes posible los problemas de cara a implementar programas de intervención, que eviten en la medida de lo posible, el sufrimiento que provoca un trastorno que suele persistir en la adolescencia, e incluso en la vida adulta y que habitualmente se asocia con desajustes sociopersonales significativos” (Miranda Casas et al., 2003, p. 86).

Diferentes estudios han demostrado que los síntomas y conductas asociadas al TDAH cambian a lo largo del desarrollo y varían en intensidad. Cualquiera de sus manifestaciones centrales podrían estar presentes en un individuo con mayor o menor intensidad y no ser consideradas patológicas por desconocimiento de los observadores. Hoy en día, disponemos de instrumentos que se pueden utilizar de manera ágil y sencilla para evaluar a los niños en edad escolar y que nos permiten detectar de forma temprana casos con condición TDAH, a los que conviene hacerles un seguimiento.

Cuando el niño entra en la escuela, todos consideramos normales ciertas conductas que, poco a poco, vamos exigiendo que controlen. Así pues, en el paso de preescolar a primaria, el control de la atención y de la actividad excesiva es juzgado con mayor severidad. La información que dan padres y profesores se basa en valoraciones de conductas que observan en los niños. Para que estas conductas se consideren desadaptativas, tienen que estar por encima de la media, es decir, que sean inadecuadas para su nivel de desarrollo. Mediante estas valoraciones, el niño pasa de ser “inquieto o trasto” a ser “hiperactivo”.

Los primeros años escolares valorarán el bagaje evolutivo que trae el niño desde la etapa preescolar. Este será el momento ideal para hacer un diagnóstico precoz y detectar las dificultades que presentan nuestros alumnos. Habrá que evaluar, sobre todo, las capacidades atencionales, ya que afectan notablemente a todos los aprendizajes tanto sociales como académicos (Declaración de Madrid, 2006), condicionando el desarrollo global del niño. Tanto padres como maestros están en una posición privilegiada para un prediagnóstico o para detectar desviaciones de la normalidad al convivir no sólo con el niño que pueda presentar condición, sino también con niños de edad similar y que están inmersos en el mismo tipo de exigencias. Su opinión es fundamental a la hora de realizar un diagnóstico, según el DSM-5, así como para el desarrollo de intervenciones psicopedagógicas que puedan programarse (Rodríguez-Salinas, Navas, González-Rodríguez, Fominaya y Duelo, 2006), (Vile, DuPaul, Jitendra, Volpe y Cleary, 2006) (Reid, Hertzog, Snyder, 1996).

En edad infantil, es necesario un adecuado diagnóstico diferencial para evitar confundir el TDAH con cualquier otro trastorno. Se trataría de adoptar una metodología

funcional que permitiese descartar aquellos casos que no cumplieren los criterios del DSM. Desde esa perspectiva, el proceso de evaluación podría consistir en entrevistas para la recogida de datos relevantes, escalas de estimación para padres y profesores como marca el manual, técnicas para la observación directa del comportamiento y por último, protocolos de evaluación aplicados al niño. En la etapa preescolar, no puede emitirse ningún diagnóstico, siguiendo los criterios de la AAP, pero sí puede ponerse en conocimiento de padres, profesores y familiares la existencia de este problema y dar consejos para atajarlo de forma temprana.

Como ha sido demostrado, los niños con TDAH presentan dificultades para el aprendizaje, pero también para estar integrados en el grupo clase (Presentación y Siegenthaler, 2005) En los primeros años, en los casos de niños con condición TDAH que empiezan a destacar por su comportamiento, se busca adaptar al niño a un ambiente escolar estructurado. Aparte de las exigencias académicas es una necesidad apremiante que el niño sea aceptado en su “grupo de iguales”. El maestro es el elemento clave para ayudar al niño a adaptarse a un ambiente escolar dado, pero también es el único que puede adaptar este ambiente a las peculiaridades de cada niño. Una escuela que se preocupa por la adaptación y con los recursos educativos adecuados puede teóricamente disminuir la prevalencia del TDAH (Rodríguez-Salinas et al., 2006) (Gallardo, 1999).

La importancia de la detección precoz radica precisamente en identificar a estos niños con el fin de prevenir posibles problemas de aprendizaje, no sólo de tipo académico, emocional o social. Estas dificultades se van a ver reflejadas en sus resultados académicos y pueden provocar problemas de interacción social con sus compañeros, llevándoles a problemas de aceptación por el grupo y baja autoestima, pudiendo evitar por tanto, un retraso y una desviación de los patrones normales de desarrollo.

1.5.2 Detección Escolar

Además de las características nucleares de esta patología que son: la dificultad para mantener la atención, la impulsividad y la hiperactividad (Barragan Pérez et al., 2007) (Portellano, 2005) existen otras alteraciones asociadas tales como la agresividad, las dificultades de aprendizaje, problemas de integración sociales en la escuela e incluso en casa, así como problemas de tipo emocional (Barkley, 2006) (Miranda, 2011). Todos ellos repercuten en su autoestima y en un bajo rendimiento escolar como comentan sus profesores.

Actualmente los profesionales se decantan por un tratamiento multidisciplinar como el que hemos visto con anterioridad, es decir, apoyado desde el ámbito educativo psicológico, pediátrico y por supuesto familiar, sin olvidarnos que desde el ámbito clínico en el caso que así lo prescriba deberá contemplarse su medicación ya que incrementa la

eficacia de la intervención (Orjales, 2002; Herrera, Bermejo, Fernández y Soto, 2011; Soutullo, 2013).

Por todo ello es muy importante que, desde el centro escolar se proceda a la detección temprana del alumnado que pueda presentar manifestaciones de condición TDAH. La respuesta educativa de estos alumnos vendrá determinada por el informe emitido por el Equipo de Orientación y Apoyo (EOA) del Departamento de Orientación. Este informe será solicitado por el profesor tutor del alumno o por los padres. Una vez emitido se adjuntará al informe que haya realizado el neuropediatra que diagnosticará la patología. Desde el centro sólo se determinará la condición de TDAH.

En Castilla-La Mancha, cuando los padres o el profesor tutor detectan en el niño numerosos indicios, actuando entonces de común acuerdo, transmiten a la Comisión de Coordinación Pedagógica la solicitud de valoración y a través del orientador comenzará una evaluación previa. El proceso consiste en informar de manera detallada a los padres y solicitar su autorización y colaboración en el proceso. Una vez otorgado su consentimiento, tienen que completar el protocolo para padres, que está basado en los criterios de evaluación del DSM-IV-TR o DSM-5 vigente en la actualidad. Este protocolo ha de ser completado tanto por padres como por profesor/es y, como exige el manual. La información de ambos debe ser complementaria, es decir, en ambos protocolos deben superar un número de ítems marcado por el manual, de cada dimensión- inatención, hiperactividad, agresividad- aunque no sean coincidentes. Es requisito imprescindible que ambos protocolos den positivo para confirmar la condición TDAH.

Confirmada la condición, el orientador del centro aplicará nuevas pruebas, según su criterio, escogidas del listado de pruebas que tiene el Servicio de Centros de Asesoramiento y Estudio Especializado. Una vez realizadas las mismas, o de forma paralela, el estudio ha de completarse con el diagnóstico del Neuropediatra que realiza su propia evaluación y será el último responsable a la hora de realizar el diagnóstico de TDAH. El orientador nunca puede emitir un diagnóstico. Sólo emite un informe de condición TDAH.

Para una detección temprana, lo ideal es que el profesorado de infantil de 5 años y de primer ciclo de primaria recoja en el acta de una de las reuniones de ciclo la relación de alumnos con sospecha de padecer síntomas compatibles con el TDAH. Para que la información fuese objetiva y se pudiese contrastar a efectos de investigación, sería conveniente que se utilizasen unas guías de diagnóstico como las que han sido elaboradas en algunas comunidades autónomas como Canarias, Navarra y Murcia, entre otras. El Gobierno Canario, en el 2006, elaboró unas guías donde pueden apoyarse y cuya información recogida es objetiva, “*Guías para la detección temprana de dificultades y problemas de aprendizaje*” fueron elaboradas por la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa. Lo ideal es que desde el Ministerio de Educación, se realizase una guía de evaluación, elaborada por expertos, donde se recomendase un mismo protocolo

para todos los centros escolares, dejando únicamente a criterio del EOA las pruebas complementaria o más específicas, determinadas por la heterogeneidad del TDAH al igual que hizo el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el 2011. El MECED ha elaborado en el 2012 una guía de Respuesta educativa para el alumnado con TDAH. En ella, se describen las características, los materiales, los objetivos, los contenidos, la metodología y la temporalización, así como los requisitos para poder llevar a cabo las propuestas para estos niños, pero no se habla del protocolo de diagnóstico, elemento que nosotros consideramos esencial.

Al ser una patología que puede afectar al desarrollo integral del niño y que puede mantenerse hasta la edad adulta, la Academia Americana de Pediatría publicó en el año 2000 unas recomendaciones clínicas para el diagnóstico y la evaluación del TDAH, con el fin de aunar criterios y metodología a la hora de establecer un diagnóstico (AAP, 2000). En el 2001, publicó otra guía para el tratamiento del niño en la edad escolar, (AAP, 2001). De manera recientemente, tras sucesivas revisiones, publicó *la Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*, en ella han ampliado el rango de edad de las recomendaciones y van desde los 4 a los 18 años (AAP, 2011).

Como ya hemos comentado en España también se han editado distintas guías tanto desde el ámbito sanitario como educativo. Estas han sido elaboradas por comités de investigación quienes abordan el problema del TDAH desde un punto de vista asequible y van dirigidas a los familiares, educadores y sanitarios que forman parte activa en el desarrollo del niño con TDAH. Estas guías sirven de punto de referencia para que la evaluación sea cada vez más homogénea dentro de la heterogeneidad de la propia patología Tabla 17.

Tabla 17. Síntesis de guías de apoyo para la detección del TDAH en España. Fuente: elaboración propia.

<i>Autor/ Fundación</i>	<i>Año</i>	<i>Características de las Guías Observaciones</i>
<i>ADANA: Fundación Ayuda al déficit de atención en niños, adolescentes y adultos</i>	<i>2006</i>	<i>Dirigida a educadores. Finalidad: detección y guía de intervención. Base: DSM-IV</i>
<i>STILL: Asociación balear de niños con TDAH</i>	<i>2006</i>	<i>Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH.</i>
<i>Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad</i>	<i>2011</i>	<i>Guía práctica clínica en el SNS. Aborda el TDAH en cinco bloques: Diagnóstico, Instrumentos de evaluación, Tratamiento (psicológico, psicopedagógico, farmacológico, combinado y tratamiento de la comorbilidad y Aspectos éticos y legales</i>
<i>Consejería de Educación Universidades, Cultura y Deportes Gobierno de Canarias</i>	<i>2011</i>	<i>Colección Atención a la diversidad. Programa para la atención Educativa del alumnado con Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) o alumnado con dificultades específicas de aprendizaje.</i>

<p>Ministerio de Educación, Cultura y Deporte INTEF</p>	<p>2012</p>	<p><i>Respuesta educativa para el alumnado con TDAH. Se describen las características, los materiales, los objetivos, los contenidos, la metodología y la temporalización así como los requisitos para poder llevar a cabo las propuestas para estos niños.</i></p>
---	-------------	---

1.5.2.1 Marco legal del TDAH en la LOE y la LOMCE de la Consejería de Educación de Castilla La Mancha

Ante cualquier valoración a nivel escolar, el EOA del centro educativo tiene que tener en cuenta el Marco legal del TDAH en la LOE y la LOMCE de la Consejería de Educación de Castilla La Mancha. Por ello recogemos en este apartado la normativa vigente para esta comunidad.

El Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, nos informa, en su página web sobre la realidad educativa de los alumnos con TDAH. En esta página se puede consultar diversos aspectos sobre esta patología: qué es el TDAH; características conductuales, sociales y emocionales; la realidad educativa del alumnado con TDAH; propuestas educativas; procedimientos de evaluación; coordinación entre comunidad educativa y otras instituciones; las TIC y el alumnado con TDAH y unas conclusiones finales. Dentro del apartado de realidad educativa trata de encuadrar esta patología en el marco legal que ofrece la legislación educativa.

La Ley Orgánica de Educación (LOE) aprobada en mayo de 2006 regula la estructura y organización del sistema educativo en sus niveles no universitarios. Esta ley, en el art. 1, recoge la importancia de la calidad de la educación para todo el alumnado; y en el art. 2, deja reflejado que el objetivo de ésta es el desarrollo de las capacidades y de la personalidad del alumnado, así como su preparación para el ejercicio activo de la ciudadanía. Estas ideas ya venían reflejadas en la LOGSE, que hacía de la integración educativa y de la atención a la diversidad uno de sus puntos fuertes.

La LOE hace hincapié en el concepto de Escuela Inclusiva y la Atención a la Diversidad. Con respecto a la etapa de Primaria expone: “En esta etapa se pondrá especial interés en la atención a la diversidad del alumnado, en la atención individualizada, en la prevención de las dificultades de aprendizaje y en la puesta en práctica de mecanismos de refuerzo, tan pronto como se detecten estas dificultades” (LOE, art.19). Este respaldo y atención a la diversidad queda patente en los siguientes Reales Decretos del currículo RD 1630/2006, RD1513/2006, en el RD1631/2006, en el RD1467/2007 y en el RD1147/2011.

En cuanto a legislación sobre la atención a la diversidad, y en nuestro caso a las necesidades educativas de los alumnos con TDAH, el último escalafón lo constituye la Consejería de Educación, Cultura y Deporte de la Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha donde están transferidas las competencias sobre educación, por lo que es

competencia suya el último nivel de desarrollo de las leyes orgánicas de la educación. Esta administración es la responsable de sus propios decretos en relación a la diversidad. En ellos, se concretan tanto sus prioridades como las medidas y los procedimientos emprendibles o a seguir, el Decreto de Castilla la Mancha sería el D 138/2002.

Uno de los recursos que nos ofrece la Conserjería de Educación y Ciencia para la atención a la diversidad del alumnado es el protocolo de actuación denominado “*Ideas clave en la respuesta educativa para el alumnado con TDA-H*”. Es un documento diseñado por todos los miembros de la comunidad educativa incluyendo a las familias y sobre todo, a aquellos profesionales que están relacionados con el alumnado con TDA-H, facilitándoles que puedan responder a las necesidades de éstos.

En este documento se señala que “*las familias habrán de colaborar estrechamente y deberán comprometerse con el trabajo cotidiano de sus hijos y con la vida de los centros docentes. Los centros y el profesorado deberán esforzarse por construir entornos de aprendizajes ricos, motivadores y exigentes. Las Administraciones educativas tendrán que facilitar a todos los componentes de la comunidad escolar el cumplimiento de sus funciones, proporcionándoles los recursos que necesitan y reclamándoles al mismo tiempo su compromiso y esfuerzo*” (D. 138/2002, p. 5).

Siguiendo la normativa de Atención a la Diversidad debemos reseñar el Decreto 66/2013, de 03/09/2013, por el que se regula la atención especializada y la orientación educativa y profesional del alumnado dentro de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, [2013/10828]. El gobierno regional manifiesta que tiene como objetivo la inclusión socioeducativa del alumnado, con una educación integral para todos y todas, y que toda acción educativa se encamina a responder a la diversidad del alumnado, adoptando las medidas organizativas y curriculares oportunas que garanticen una educación de calidad para todas y todos a través de la igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y promoción en el sistema educativo (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2010, p. 1). Con fecha 10/07/2014, se ha dictado un nuevo Decreto 54/2014 por el que se establece el currículo de la Educación Primaria de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha en el que se reconocen específicamente a los alumnos con TDAH como alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo.

La Junta de Castilla-La Mancha en el 2010, define TDAH como “un grupo de trastornos escolares y no escolares, que se manifiestan tanto como dificultades para el aprendizaje, como dificultades para la adaptación familiar, escolar y social” (D 138/2002, p. 6). A través del documento citado, la región de Castilla-La Mancha menciona todo lo relacionado para actuar ante casos con TDAH pero, a excepción de este documento, dicha región no dedica ningún apartado más a este trastorno, ya que en general habla de atención a la diversidad sin centrarse en ningún trastorno específico. Ahora, en el nuevo Decreto 54/2014 del 10 de julio, en el Artículo 13, recoge la Atención personalizada al alumnado

con necesidades específicas de apoyo educativo y en el primer punto, quedan recogidos como alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo los alumnos con TDAH.

En la nueva Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) y concretamente dentro del artículo 71.2 se ha incluido al TDAH como necesidad específica de apoyo educativo, quedando así reconocido dentro de esta ley. De la misma manera este mencionado Decreto regula el currículo de primaria también en su Artículo 13 determina que el alumno con necesidades específicas de apoyo educativo es aquel que requiere una atención educativa diferente a la ordinaria, tal y como había sido establecido en el artículo 71 de la ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo. Pero este artículo de la LOMCE presenta la novedad con respecto a la LOE en que se reconocen específicamente a los alumnos con TDAH como alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo y queda recogido de la siguiente manera: “Tendrá esta consideración el alumno que presente necesidades educativas especiales, dificultades específicas de aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, altas capacidades intelectuales, y aquellos que se han incorporado tarde al sistema educativo, o bien están en condiciones de desigualdad personales o por historia escolar” (DOCM, 2014).

La finalidad de los centros educativos en cuanto a los alumnos con necesidades educativas especiales según la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (2010) “*será detectar y responder, integral y coordinadamente, a las necesidades, elaborando materiales específicos adaptados, realizando el seguimiento y la evaluación correspondientes, y compartiendo la información y los recursos disponibles*” (p. 1).

1.5.3 Diagnóstico clínico

En general, el diagnóstico del TDAH es una labor compleja, ya que debe realizarse desde un punto de vista multidisciplinar los especialistas respaldan que en la detección diagnóstico y tratamiento se impliquen a los diversos servicios, tanto educativos como sanitarios y familiares. El diagnóstico es el elemento principal para el éxito en el desarrollo del alumno con TDAH.

La forma de evaluar sigue planteando ciertas dudas, hecho que no debe sorprendernos cuando ni en el DSM-IV o el DSM-5, ni en el CIE-10, aparece una definición al uso de dicha patología y tan sólo se enumeran unos rasgos de conducta.

Cuando existe sospecha de TDAH, al niño se le realizará un diagnóstico neuropsicológico que valore su función intelectual general y las funciones de percepción, espaciales, atencionales, constructivas atencionales y de memoria. Deberían ser incluidas también pruebas que evalúen las funciones ejecutivas. Entre otras, sería

importante incluir pruebas de fluidez verbal, ya que nos permitirá valorar la capacidad del alumno para planear, iniciar, y organizar acciones a través del lenguaje oral y/o escrito. Una prueba interesante para llevarlo a cabo es el FAS fonológico (Pineda y Ardila, 1991; Pineda, Cadavid y Mancheno, 1996; Peñafiel et al. 2004).

Láez, Requejo, Silvano y Velasco (2011) dicen que el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil realizará una valoración completa del menor utilizando para ello los siguientes instrumentos.

- Informe de evaluación del orientador del Centro Escolar.
- Informe del Pediatra/M.A.P.
- Entrevista con los padres.
- Valoración psicopatológica del paciente y solicitud de exploraciones complementarias si precisa, valorando la existencia de comorbilidad diagnóstica.

Las pruebas clínicas neurológicas permiten descartar posibles comorbilidades. Mas tarde debe realizarse un Electroencefalograma (EEG) para detectar posibles alteraciones bioeléctricas. Más adelante, se realizan pruebas de potenciales cognitivos, test neuropsicológicos y, si es posible, una magnetoencefalografía (MEG) y una resonancia magnética funcional (RMf). Los tests neurológicos más difundidos en la exploración del TDAH (Etchepareborda, Paiva-Bavón y Abad, 2009) son los siguientes.

Tabla 18. Tests neuropsicológicos más usuales en la exploración del TDAH.

<i>Test</i>	<i>Utilidad</i>
<i>Continuous Performance Test (CPT)</i>	<i>Permite evaluar la atención sostenida y la capacidad de control motor.</i>
<i>Reaction Time (RT):</i>	<i>Evalúa la capacidad de reacción o estado de alerta auditivo y visual.</i>
<i>Selective Attention Test (SAT)</i>	<i>Evalúa la atención selectiva o la distinción de la atención</i>
<i>Test de Stroop</i>	<i>Evalúa el control inhibitorio de interferencia frente a estímulos con doble input.</i>
<i>Test de selecciones de cartas de Wisconsin (WCST)</i>	<i>Evalúa la flexibilidad cognitiva.</i>
<i>Factor de 'distractibilidad' del WISC-R</i>	<i>Evalúa aritmética, dígitos y claves, en especial la prueba de claves; es una buena medida para evaluar la atención selectiva.</i>
<i>Test de emparejamiento de figuras familiares (MFF) o test de Kagan</i>	<i>Mide el estilo cognitivo y la capacidad de reflexión-impulsividad.</i>
<i>Figura compleja de Rey</i>	<i>Investigar la organización perceptual y la memoria visual en individuos con lesión cerebral.</i>

Fuente: Etchepareborda, Paiva-Bavón y Abad, 2009, p.S89-S93.

Antes de determinar el diagnóstico de TDAH, los distintos profesionales mediante las pruebas anteriormente citadas han de comprobar:

- Si existe realmente TDAH, descartando los síntomas que puedan esconder otro tipo de trastorno.
- Determinar el tipo de trastorno que presenta según los criterios del manual en vigor.

El resultado de la evaluación determinará si el paciente cumple o no los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 o bien CIE-10 que son las versiones de dichos manuales más actuales.

Aclarado el diagnóstico, se recomendará una intervención multidisciplinar, neurológica, familiar y pedagógica con el fin de mejorar su aprendizaje de forma global persiguiendo su integración social. Para ello hay que, de forma conjunta, determinar cuáles son las áreas afectadas, ya que no todos los niños que presentan TDAH tienen afectadas las mismas áreas y con la misma intensidad. Hay que establecer una línea base de funcionamiento cognitivo y determinar cuál es el nivel de rendimiento del niño, no sólo académico. Comprobaremos cómo se desenvuelve en el ámbito social y emocional para poder jerarquizar y priorizar los objetivos que nos plantearemos para la intervención.

El siguiente paso sería establecer los procedimientos a través de los cuales se van a conseguir los objetivos, y por último, instauraríamos una línea de orientación para el futuro académico y social del niño, que sea flexible y revisable. Según Bauermeister (2014) no se conoce ningún tratamiento que cure el TDAH, únicamente se ciñen a suprimir los síntomas, siendo el objetivo principal de estos tratamientos enseñarles a conocer y manipular los síntomas que presentan, favoreciendo así el desarrollo de sus habilidades y talentos. De ahí la importancia que el tratamiento sea al igual que la evaluación multimodal, multiprofesional y multidisciplinar, incluyendo tanto tratamiento psicopedagógico, tratamientos farmacológico y/o tratamientos combinados siempre que sea necesario. El seguimiento del mismo lo realizan el especialista y el pediatra, evaluando el progreso general del niño, recabando información de los profesores y padres quienes registrarán las mejoras en el rendimiento escolar y social del sujeto, así como si presenta algún efecto secundario.

1.6 Instrumentos de Evaluación de TDAH

La evaluación y posterior diagnóstico de niños con TDAH es uno de los aspectos más discutidos al carecer de un modelo de diagnóstico consensuado, llevándonos en algunos casos al sobrediagnóstico. La diversidad de pruebas diagnósticas y escalas de valoración utilizadas para la detección así como las manifestaciones comportamentales

que se demanda observar a padres y profesores en las mismas, llegan a suponer un gran sesgo de subjetividad.

Esta subjetividad se pone de manifiesto en las respuestas aportadas por los padres y profesores cuando se trata de indicar cómo se comporta su hijo. La observación de muchos de los síntomas manifestados por los niños afectados supone una dificultad añadida a la información que han de proporcionar padres y profesores en el proceso de evaluación.

Actualmente, se establece el diagnóstico de TDAH por el cumplimiento de criterios establecidos en las dos clasificaciones internacionales más reconocidas en el campo de la medicina, el DSM-5 y la CIE-10. Para llevar a cabo nuestra investigación, hemos utilizado la versión anterior al DSM-5, el DSM-IV-TR., debido a que la totalidad de la investigación se llevó a cabo antes de la publicación del nuevo manual.

En el DSM-IV-TR se hace una enumeración de los criterios diagnósticos que se evalúan mediante la observación. Como hemos comentado anteriormente, las observaciones están sujetas a la opinión y experiencia del observador y su propio criterio al elegir entre opciones como “a menudo” o “en exceso”. Esto da lugar a dificultades de precisión en el diagnóstico.

En las tablas 19 y 20 se recogen las pruebas comportamentales más usuales (seleccionadas en AACAP, 2007)

Tabla 19. Resumen de las escalas de valoración del Comportamiento más utilizadas en la evaluación y el tratamiento del TDAH. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

<i>AUTOR</i>	<i>AÑO</i>	<i>INSTRUMENTO</i>
<i>Barkley,</i>	<i>1990</i>	<i>Academic Performance Rating Scale (APRS);</i>
<i>DuPaul et al.,</i>	<i>1998</i>	<i>ADHD Rating Scale-IV</i>
<i>Brown</i>	<i>2001</i>	<i>Brown ADD Rating Scales for Children, Adolescents and Adults</i>
<i>Achenbach y Edelbrock</i>	<i>1991</i>	<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>
<i>Conners</i>	<i>1997</i>	<i>Conners Parent Rating Scale y Revised (CPRS-R).</i>
<i>Conners y Wells</i>	<i>1997</i>	<i>Conners Wells Adolescent Self-Report Scale</i>
<i>Conners</i>	<i>1997</i>	<i>Conners Teacher Rating Scale y Revised (CTRS-R)</i>
<i>Barkley</i>	<i>1990</i>	<i>Home Situations Questionnaire y Revised (HSQ-R)</i>
<i>Barkley</i>	<i>1990</i>	<i>School Situations Questionnaire y Revised (SSQ-R)</i>
<i>Loney y Milich</i>	<i>1982</i>	<i>Inattention/Overactivity With Aggression (IOWA)</i>
<i>Swanson</i>	<i>1992</i>	<i>SNAP-IV</i>

<i>Wolraich et al.</i>	2003 a	<i>Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent and Teacher Scales</i>
<i>Ullmann y cols.</i>	1985 ^a	<i>ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS)</i>
<i>Barkley, 1990</i>	1990	<i>Child Attention Problems (CAP)</i>
<i>Wolraich y cols.</i>	1996	<i>AD/HD Diagnostic Teacher Rating Scale</i>

Fuente: AACAP, 2007, p.899

En cuanto al diagnóstico del TDAH, sabemos que es una labor ardua ya que debe realizarse desde un punto de vista multidisciplinar. La forma de evaluar sigue planteando ciertas dudas, hecho que no debe sorprendernos, ya que ni en el DSM-IV ni en el CIE-10 aparece una definición al uso de dicha patología y tan sólo se enumeran unos rasgos de conducta.

Así pues, el CIE 10 afirma que se trata de “un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en situaciones más variadas y persistentes en el tiempo”. (CIE-10, 1992)

En el DSM-IV se nos hace una enumeración de los criterios diagnósticos que se evalúan mediante la observación, dependiendo de la subjetividad del observador y con una valoración subjetiva como “a menudo”, “en exceso”. Esto da lugar a dificultades de precisión a la hora de realizar los diagnósticos. Entre ambos manuales existen algunas diferencias tales como los subtipos que proponen, la edad de aparición de los síntomas o su asociación con otros trastornos, hecho que aún dificulta más el acuerdo a la hora del diagnóstico.

Pruebas utilizadas.

Todo proceso de evaluación requiere de diferentes procedimientos e instrumentos que permiten recoger información desde diversas áreas de funcionamiento y de diversos informantes, con el fin de poder abordar el diagnóstico desde una perspectiva más amplia y con miras a una detallada programación de la intervención. No hay ninguna prueba que por sí sola resulte diagnóstica del TDAH.

Los diferentes procedimientos e instrumentos con los que contamos son:

- Observación y entrevistas diagnósticas.
- Escalas de valoración.
- Evaluación en situaciones análogas.
- Test Psicométricos.

En la figura 12, podemos observar Pasos del Proceso de evaluación del TDAH y pruebas aplicables.

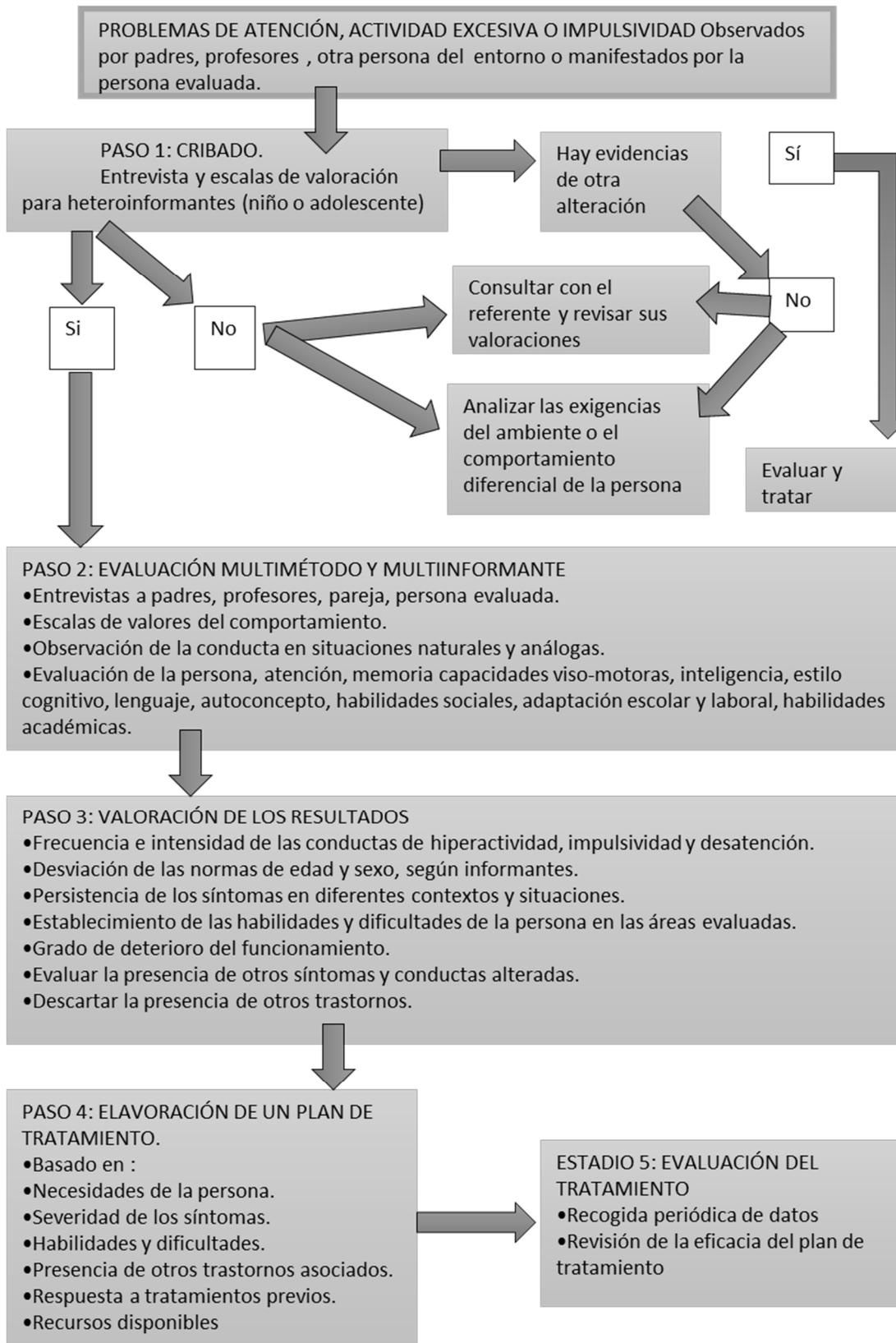


Figura 12. Pasos del Proceso de evaluación del TDAH y pruebas aplicables.
Fuente: Amador, Forns y González, 2010, p.64.

Las entrevistas junto con la observación son los medios más utilizados para obtener información sobre los problemas y alteraciones de conducta. En la actualidad disponemos de un elevado número de entrevistas estructuradas y semiestructuradas adaptadas a los contenidos diagnósticos del DSM. Entre las más usadas tenemos: la entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH (Barkley, 1991) y la evaluación de los síntomas infantiles por los padres (Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg, 1986).

En cuanto a las escalas, son instrumentos de primer acercamiento y conocemos y asumimos las ventajas y desventajas de su utilización. Lo cierto es que todas ellas contribuyen a detectar la ausencia o presencia de los síntomas, así como el posible subtipo y las comorbilidades a las que podemos enfrentarnos. Estas herramientas de evaluación y diagnóstico han sido elaboradas bajo los criterios del DSM-IV-TR que se mantienen en el DSM-5. Todas ellas han sufrido ligeras adaptaciones que permiten una mejor comprensión de los ítems, sin alterar su fiabilidad. Entre las pruebas, vamos a encontrarnos dos grupos, los cuestionarios, que serán respondidos por padres y profesores y las pruebas de desempeño, que serán llevadas a cabo por los alumnos.

Los cuestionarios son previos a cualquier otra prueba de evaluación y nos informan del comportamiento del niño desde los dos ambientes donde mayor tiempo pasa, el familiar y el escolar. Los cuestionarios o escalas más utilizados según la revisión bibliográfica de las bases de datos Mediline, Medic Latina, Academic Search Complete y Mendeley (Herrán et al., 2014) son: Escalas Conners (Conners, Sitarenios, Parker y Epstein, 1998), las Escalas National Initiative for Children's Healthcare Quality más conocidas por de NICHQ Vanderbilt (Wolraich, Lambert, Doffing, Bickman y Simmons y Worley, 2003), el Cuestionario ADHD-Rating Scale-IV o ADHD-RS-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998), y el Cuestionario para escolares y adolescentes latinoamericanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad CEAL-TDAH (Ulloa, De la Peña, Palacios, Ortiz, Palacio, Grevet et al., 2009). Además, tenemos escalas que no están traducidas al español pero que son muy conocidas como el Child Behavior Checklist –CBCL, (Achenbach, 1991), el Children Executive Function Inventory- CHEXI, (Thorell y Nyberg, 2008), el Behavior Rating Inventory of Executive Functioning Scale- Children and Adolescents- BDEFS-CA (Barkley, 2012)

También encontramos aunque no está en la selección de Herrán-Paz ni de García-Fernández, la Escala Magallanes de Detección de Déficit de Atención o EMA-DDA (García-Pérez y Magaz-Lago, 2006) escala elaborada en España, por lo que no hay que adecuarla al estar realizada por especialistas sobre el tema y bajo una perspectiva de realidad y costumbres compartidas por los distintos usuarios, características que nos llevaron a elegirla para el presente trabajo de investigación.

Tabla 20. Resumen de las escalas de valoración del Comportamiento más utilizadas en la evaluación y el tratamiento del TDAH (AACAP, 2007).

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Instrumento</i>
<i>Barkley,</i>	<i>1990</i>	<i>Academic Performance Rating Scale (APRS)</i>
<i>DuPaul et al.</i>	<i>1998</i>	<i>ADHD Rating Scale-IV</i>
<i>Brown</i>	<i>2001</i>	<i>Brown ADD Rating Scales for Children, Adolescents, and Adults</i>
<i>Achenbach y Edelbrock</i>	<i>1991</i>	<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>
<i>Conners</i>	<i>1997</i>	<i>Conners Parent Rating ScaleY Revised (CPRS-R).</i>
<i>Conners y Wells</i>	<i>1997</i>	<i>Conners Wells Adolescent Self-Report Scale</i>
<i>Conners</i>	<i>1997</i>	<i>Conners Teacher Rating ScaleY Revised (CTRS-R)</i>
<i>Barkley</i>	<i>1990</i>	<i>Home Situations QuestionnaireY Revised (HSQ-R)</i>
<i>Barkley</i>	<i>1990</i>	<i>School Situations QuestionnaireY Revised (SSQ-R)</i>
<i>Loney y Milich</i>	<i>1982</i>	<i>,Inattention/Overactivity With Aggression (IOWA)</i>
<i>Swanson</i>	<i>1992</i>	<i>SNAP-IV</i>
<i>Wolraich et al.</i>	<i>2003 a</i>	<i>Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent and Teacher Scales</i>
<i>Ullmann y cols.</i>	<i>1985^a</i>	<i>ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS)</i>
<i>Barkley, 1990; Barkley y cols., 1989</i>	<i>1990 1989</i>	<i>Child Attention Problems (CAP)</i>
<i>Wolraich y cols.</i>	<i>1996</i>	<i>AD/HD Diagnostic Teacher Rating Scale</i>

Fuente: Arias González 2012, p.58.

En cuanto a las pruebas de desempeño, son pruebas más clínicas utilizadas por los profesionales tanto de la educación (orientadores, psicólogos, psicopedagogos) como por profesionales de la medicina (pediatría, psiquiatría infanto juvenil, equipos de diagnóstico, etc). Existen muchas versiones con diferencias muy importantes, pero las pruebas ampliamente reconocidas son tres: Conners' Continuous Performance Test II (CPT II) (Conners, 2000), Test of Variables of Attention (TOVA) (Greenberg, y Waldman, 1993) y Test Aula (Zulueta, Iriarte, Díaz-Orueta y Climent, 2013) siendo éste último el más novedoso.

Los test neuropsicológicos también se les conoce como pruebas basadas en la ejecución. Consisten en pruebas individuales o batería de test que se componen de distintas pruebas que miden a través de criterios objetivos el nivel de ejecución de los sujetos y su uso es más frecuente en el contexto clínico y de investigación.

Las baterías ejecutivas más ampliamente estudiadas serían:

- *Neuropsi-Atención y Memoria – (Ostrosky- Solís et al., 2003).*

- Bateria BADS-C, *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome for children* (Kobayashi y Kobayashi, 2007).
- Bateria CANTAB, *Cambridge Neuropsychological Automated Battery* (Strauss, Sherman y Spreen, 2006).
- Bateria ENFEN, *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas* (Portellano, Martínez-Arias y Zumárraga, 2009).
- Bateria computerizada MCC-94 (Etchepareborda et al, 2009).

A continuación enumeramos las pruebas más utilizadas en la exploración del TDAH, algunas de ellas están incorporadas en las baterías anteriormente nombradas (García-Fernández et al., 2014; Etchepareborda et al., 2009: S89) y son pruebas administradas con la ayuda de un ordenador como la MCC 94 que se compone por cinco pruebas CPT, SAT, RT, WCST y Test de Stroop son las siguientes:

- *Continuous Performance Test (CPT): permite evaluar la atención sostenida y la capacidad de control motor.*
 - *TOVA (Test of Variables of Attention; Greenberg, 1996).*
 - *CPT-III de Conners (Conners CPT-II; Conners, 2004).*
- *Reaction Time (RT): evalúa la capacidad de reacción o estado de alerta auditivo y visual.*
- *Selective Attention Test (SAT): evalúa la atención selectiva o la distinción de la atención.*
- *Test de Stroop: evalúa el control inhibitorio de interferencia frente a estímulos con doble input. (Stroop, 1935; Martín et al. 2012).*
 - *Test de los cinco dígitos (Five Digits Test-FDT: Lang, 2002; Rodríguez et al. 2012).*
 - *Test Stroop Día-Noche (Gerstadt, Hong y Diamond, 1994).*
 - *Test Stroop de animales (Wright, Waterman, Prescott y Murdoch, 2003).*
- *Test de selecciones de cartas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 1981): evalúa la flexibilidad cognitiva.*
- *Factor de ‘distractibilidad’ del WISC-R: evalúa aritmética, dígitos y claves, en especial la prueba de claves; es una buena medida para evaluar la atención selectiva.*
 - *WISC-IV (Wechsler, 2003) Pruebas de recuerdo de dígitos.*
 - *Bateria Automated Working Memory Assessment (Alloway, 2007) Dot Matrix, matriz de puntos que analiza componente visual.*
- *Test de emparejamiento de figuras familiares (MFF) o Test de Kagan: mide el estilo cognitivo y la capacidad de reflexiónimpulsividad.*
- *Figura compleja de Rey.*
- *La Torre de Hanoi, para la medida de la planificación, Tower of Hanoi-ToH; (Goel y Grafman, 1995; Díaz et al., 2012).*
- *Test de los senderos para la evaluación de la flexibilidad cognitiva.*

- *Trail Making Test-TMT (Reitan, 1958, Barncord, 2002).*
- *Childrens Color Trails Test- CCTT- Senderos en color (Lorente, Williams, Satz y D`Elia, 2003).*

A pesar de ser pruebas utilizadas con mucha frecuencia y de demostrar que son útiles para detectar alteraciones en el funcionamiento ejecutivo, han sido criticadas por ser poco específicas y constituir modelos poco representativos del mundo real de ahí que se les atribuya baja “validez ecológica” (Burin et al., 2007). Debido a estas críticas aparecen en el mercado nuevas pruebas basadas en actividades instrumentales de la vida diaria, pero son poco numerosas y no están baremadas ni adaptadas al contexto español. Son pruebas aplicables a niños y a adolescentes.

- *Assessment of Motor and Processing Skills- AMPS (Fingerhut, Madill, Darrah, Hodge y Warren, 2002).*
- *Children’s Kitchen Task Assessment- CKTA (Rocke, Hays, Edwards y Berg, 2008)*

Las pruebas clínicas neurológicas vienen a descartar posibles comorbilidades. Después, debe realizarse un Electroencefalograma (EEG) para detectar posibles alteraciones bioeléctricas. Más adelante se realizan pruebas de potenciales cognitivos, test neuropsicológicos y, si es posible, una magnetoencefalografía (MEG) y una resonancia magnética funcional (RMf).

Rodríguez-Pérez y colaboradores han realizado un estudio interesante sobre las nuevas técnicas de evaluación, buscando la evolución general en ese proceso de diagnóstico desde el punto de vista clínico. Se centran en dos nuevas técnicas, el electroencefalograma (EEG) y la hemoencefalografía (HEG) que son pruebas que ayudan a determinar con mayor exactitud las áreas afectadas y las diferencias entre los casos de estudio (Rodríguez- Pérez et al., 2011).

Todos estos instrumentos son importantes y necesarios para detectar los subtipos y comorbilidades con el fin de poder elaborar un diagnóstico más preciso. Se ha avanzado mucho, pero observamos la necesidad de buscar alguna herramienta o escala que tengan en cuenta las distintas etapas evolutivas, tanto las del neurodesarrollo como las demás, así como la edad, el sexo, aspectos socioculturales, etc., que, como hemos visto, pueden condicionar el diagnóstico.

A pesar de todos estos instrumentos disponibles para evaluar el TDAH seguimos necesitando encontrar herramientas de cribado rápido para la población infantil que puedan utilizarse tanto en contextos de investigación como clínicos y educativos, que sirvan para prevenir dicho trastorno.

1.7 Escala Magallanes de Detección de Déficit de Atención EMA-DDA

En este apartado vamos a justificar la elección de esta escala como instrumento de detección de TDAH para realizar nuestra investigación. Como hemos expuesto en puntos anteriores, hay gran variedad de manifestaciones que han de ser observadas en el contexto escolar y familiar para poder detectar la condición TDAH. Por ello los profesionales de la educación y orientación han de elegir entre las numerosas pruebas que se utilizan para determinar la presencia o ausencia de síntomas. En algunos casos se utilizan pruebas psicológicas de amplio espectro como instrumento de screening o detección y en otras ocasiones utilizan pruebas más específicas las cuales van enfocadas a evaluar características y síntomas propios del TDAH. Consideramos sustancial disponer de instrumentos, de evaluación y detección, válidos, eficaces y sencillos, que permitan hacer una detección en el momento preciso facilitando que los profesionales puedan realizar su trabajo con rapidez y eficacia.

En nuestro caso escogimos una escala específica el EMA-DDA elaborada por el Grupo Albor-cohs, españoles expertos en TDAH, por considerar importante utilizar materiales de evaluación psicológica actualizados y adecuados a las características socioculturales de nuestro país. Puesto que la mayoría de estudios y referentes en el tema del TDAH proceden de investigaciones realizadas en países de habla inglesa o de trabajos que han utilizado pruebas diseñadas y baremadas en esa lengua.

Descripción de la escala.

Esta escala es un instrumento que se ha diseñado para llevar a cabo una detección rápida, con la finalidad de:

- Identificar la existencia de indicadores conductuales correspondientes a las condiciones “Déficit de atención sostenida e hiperactividad” o “Déficit de Eficacia atencional y Lentitud motriz/cognitiva”.
- Identificar la existencia de problemas en cuatro áreas del desarrollo infantil: agresividad, retraimiento social, ansiedad y rendimiento.
- Detectar la posible existencia de Trastorno por Déficit de atención con o sin hiperactividad.

Está compuesta por dos pruebas el EMA-D.D.A (padres) y el EMA-D.D.A. (profesores). Con ellas se puede evaluar: El déficit de atención sostenida a tareas motrices y cognitivas (reflexividad) e HiperKinesia-Hiperactividad (DAH), el Déficit de Eficacia Atencional y lentitud motriz y cognitiva (DA), la Agresividad, el Retraimiento social, la Ansiedad, y el Rendimiento académico. Como resultado del análisis de los datos obtenidos a nivel cuantitativo, nos permite conocer la presencia de condición TDA o TDAH y el análisis cualitativo de esos mismos datos nos permite averiguar, dentro de cada dimensión, los problemas de los alumnos que presentan puntuaciones elevadas en cada una de ellas.

Cada una de las pruebas esta formada por compuesta por seis escalas independientes o dimensiones. Cada una de ellas tiene un número determinado de ítems y se responde a ellas marcando una X en el siguiente código: Casi nunca (CN), Pocas veces (PV) A menudo (AM) y Casi siempre (CS).

Se corregirá mediante escala Likert, 0-3 y se tendrá en cuenta la presencia o ausencia del rasgo que se está evaluando. Así pues, CN=0, PV=1; AM=2 y CS=3. El valor sobre las puntuaciones directas será 0 en el caso que se den valores 0-1, “comportamiento de frecuencia no relevante” y 1 en el caso de valores 2-3 “comportamiento de frecuencia relevante”. La puntuación total de la dimensión es la suma de las puntuaciones corregidas. Al final de la escala tenemos un perfil de resultados en el que podemos identificar mediante los indicadores las distintas puntuaciones obtenidas y si presenta condición TDAH o nó. Así como en que dimensión presenta más problemas. Este perfil conta de puntuaciones del 0 al 10. Las dimensiones son: Hiperactividad que tiene 10 ítems y puntuaría positivo entre los valores 7 a 10 del perfil de resultados; Inatención que consta de 10 ítems y puntuaría positivo con valores 4-7; Agresividad que son 13 ítems puntuaría positivo con valores desde el 5-13; Retraimiento está formado por 10 ítems y puntuaría positivo desde el 5 al 10; Ansiedad con 6 ítems que puntuarían positivo desde el 2 al 6; Rendimiento que está formado por 12 ítems y puntuaría positivo con valores desde el 5-12. Para el análisis de puntuaciones se utilizan puntuaciones directas.



Figura 13. Perfil de Resultados Escala EMA-DDA.

Fuente: García-Pérez y Magaz-Lago, (2006), Cuestionario de Padres y Profesores p. 3. Bizkaia: Albor-Cohs.

A cada escala deben responder, el profesor tutor y uno o ambos padres conjuntamente. Se les solicita que informen sobre los comportamientos de su alumno o

hijo y la frecuencia con la que manifiesta dichos comportamientos. Este sistema de respuestas Nunca, Casi nunca, algunas veces, casi siempre ayuda a los padres a valorar los comportamientos muy habituales o escasos favoreciendo unas respuestas más ajustadas a la realidad.

Desde el punto de vista de la evaluación conductual exploratoria permite conocer la presencia o ausencia de hábitos de comportamiento inadecuados, aunque no nos informa de la “intensidad o gravedad de la manifestación conductual” pero no es el fin que persigue esta prueba. Nos informa de la presencia de problemas en esa área y sugiere la necesidad de proceder a una evaluación más exhaustiva (García –Pérez y Magaz –Lago, 2006, p.29).

Antes de concluir esta revisión, únicamente queremos mencionar que en el apartado 4.3 - Instrumentos utilizados- de la segunda parte de la presente tesis se presenta la Escala de Seguimiento Socio-Escolar que hemos desarrollado para este estudio. No la presentamos aquí dado que en sí misma no es una escala diagnóstica y, además, no ha sido objeto de análisis y estudio en cuanto a sus propiedades métricas, pues no era objeto de esta investigación. No obstante, fue objeto de validación de constructo mediante jueces.



2 Capítulo II: Estudio empírico



2.1 Introducción

En unas líneas breves con esta introducción pretendemos describir cómo ha sido la génesis de esta investigación.

Debido, por un lado, al aumento de la detección de casos TDAH en los centros de Educación Infantil y Primaria y, por otro, al conocimiento sobre el papel modulador del ambiente sobre un cerebro en pleno desarrollo y maduración, hemos decidido hacer un estudio y seguimiento sobre el TDAH en Cuenca y su Provincia.

Este estudio se llevó a cabo con la aprobación y colaboración del entonces Delegado de Educación en Cuenca en esos momentos D. Eugenio Alfaro Cortés, así como con el asesoramiento y colaboración de la asociación SERENA (Asociación de Padres de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad de Castilla-LaMancha) de Cuenca.

En primer lugar, se realizaron unas Jornadas Formativas a las que se invitó a todos los directores, orientadores y profesores de Cuenca y provincia (ver Anexo 1 programa de las jornadas). Con estas jornadas se pretendía no sólo concienciar sobre la importancia de una buena detección del TDAH sino también formar y evitar evaluaciones precipitadas hacia este dictamen.

Al finalizar las jornadas y haber hecho una valoración de las mismas, se determinó que habían sido altamente positivas y se concluyó que sería importante realizar un estudio provincial para determinar la prevalencia del TDAH, en Cuenca y provincia con el fin de poder llevar a cabo un asesoramiento y seguimiento de los casos detectados como de riesgo. Por su parte, SERENA se comprometió a que el personal especialista colaborador con dicha asociación, a través del protocolo de actuación que ellos llevan a cabo, asesoraría y orientaría a los padres o profesores que lo solicitaran.

Para hacer este estudio, el Delegado aportó un listado de centros, facilitándonos de este modo la labor de llegar a todos los centros de Cuenca y su provincia (ver Anexo 2, Listado de Centros). Para dar mayor rigor al proceso y que los centros contemplasen la posibilidad de colaborar en este estudio, D. Eugenio Alfaro envió una carta de aprobación de este proceso y presentación a los centros donde se les informaba de cómo se iba a realizar el estudio, así como su anonimato y voluntariedad.

2.2 Planteamiento del problema

En el periodo de iniciación del proceso de escolarización se espera que el niño cumpla las normas de disciplina y permanezca quieto durante largos periodos de tiempo, mientras desarrolla habilidades cognitivas y comportamentales. Si por cualquier causa el niño no sigue un patrón de desarrollo normalizado, tendrá sus consecuencias durante los

primeros cursos de primaria, manifestándose en dificultades de aprendizaje, de lectura y de escritura, pero sobre todo se mostrará como un problema de conducta en el aula. La falta de las habilidades requeridas donde se pide al niño una atención y un comportamiento adecuado, hace que en numerosas ocasiones, se confunda ese patrón inmaduro con manifestaciones de TDA con o sin hiperactividad. Este hecho condujo a que en los últimos años se detectase un aumento en el número de dictámenes dirigidos hacia el TDAH, como había ocurrido en años anteriores con la dislexia, llegándose a convertir en algunos momentos en el cajón de sastre donde, de forma genérica, se incluían alumnos cuyo diagnóstico no estaba claro.

Debido, por un lado, al aumento de la detección de casos en los centros de Educación Infantil y Primaria y a la importancia de los efectos de los diagnósticos tardíos sobre el desarrollo y la maduración de los alumnos de estas edades, hemos decidido hacer un estudio y seguimiento sobre el TDAH en Cuenca y su Provincia.

Desde esta posición, actualmente nuestra sociedad sigue empleando el término “*niño hiperactivo*” como síntoma de un trastorno, indicio de posible TDAH, hecho que lleva a confusión a muchos padres y maestros. Es de suma importancia que aclaremos o remarquemos, a nivel social e incluso profesional, la diferencia entre niños inquietos, ansiosos o inadaptados emocional y socialmente, de aquellos que presentan un “*comportamiento y funcionamiento cognitivo que puede considerarse patológico, debido a la elevada intensidad de una sintomatología que puede generar problemas de adaptación.*” (Orjales, 2003, p.431) para poder ofrecerles una atención educativa y social acorde a sus necesidades.

En este momento nos vamos a referir únicamente al grupo TDAH en general sin atender a sus síntomas fundamentales valorados para su diagnóstico (déficit de atención e hiperactividad / impulsividad) por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV-TR, 2002), para poder hacer una aproximación al estado de la cuestión. Nos basamos en DSM-IV-TR, debido a que en el DSM-5 no tiene cambios sustanciales y la prueba está basada en el DSM-IV-TR.

En los últimos años se ha prestado mucha atención al TDAH debido a su alta incidencia (3-6% de los niños en edad escolar en España) y al alto riesgo de trastornos asociados que conlleva (dificultades de aprendizaje, problemas de adaptación social), aun así existen muchos familiares y profesionales de la educación desorientados y desinformados de la importancia de una detección precoz para la prevención de esos posibles trastornos asociados.

Debido a la importancia que tiene el diagnóstico precoz y a que carecemos de pruebas neurobiológicas, test genéticos o análisis bioquímicos que puedan determinar si un niño presenta o no TDAH, debemos basarnos en los estudios de comportamiento para valorar la intensidad de la conducta del niño y concluir si ésta es propia de su edad o no. Estos estudios de comportamiento han de realizarse en distintos ambientes y los más

propicios por su interacción con el niño son la familia, la escuela y el grupo de iguales, debido a que es donde el niño pasa más horas y con quienes se desenvuelve con total naturalidad. Después serán completados con pruebas que confirmen el grado y tipo de afectación que se presenta.

El diagnóstico se realiza mediante los criterios diagnósticos acordados a principios de los 90 por la OMS y APA quienes los incluyeron en sus clasificaciones de Enfermedades (CIE-10, DSM-IV-TR), aunque existen pequeñas diferencias al respecto entre ambas organizaciones acordaron los criterios que están en vigor y con los cuales se diagnostica.

Como se recoge en la Declaración Global sobre los trastornos por déficit de atención, la evaluación conductual es el método que se ha utilizado en el DSM-IV-TR para el diagnóstico del TDAH, se sabe que este tipo de evaluación conlleva ciertas dificultades como son: el amplio espectro de edades, los diferentes comportamientos en cada edad, la intensidad de las manifestaciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso, la carencia de estudios evolutivos, etc., las cuales al ser conocidas pueden ser tenidas en cuenta. De éstas “conocidas” dificultades se deriva nuestro interés en hacer un diagnóstico precoz, teniendo en cuenta las características observables de la persona que las padece, así como su entorno físico y social.

Resulta realmente importante el poder realizar un screening o detección precoz desde los ámbitos más próximos al niño, como son la familia y la escuela, estructuras determinantes en el desarrollo del sujeto por ser quienes han establecido y controlado su comportamiento pues no debemos olvidar que las estrategias cognitivas y el autocontrol se educan. Debemos considerar la importancia que el contexto adquiere en este aspecto y lo primordial que resulta para nuestra evaluación la colaboración de las personas del entorno. Los resultados obtenidos y su análisis nos permitirán modificar la conducta y la intensidad de los mismos, para prevenir y detectar las posibles dificultades de aprendizaje y posible fracaso escolar.

Debido a la preocupación por este tema tanto de padres como de profesores y profesionales se sigue trabajando para lograr un diagnóstico que ofrezca una mejor explicación para los síntomas que presentan estos niños. Para lograrlo se sigue trabajando y comparando resultados de las diversas pruebas empleadas como herramientas de detección y de evaluación.

El estudio que aquí presentamos se basa en un enfoque mixto exploratorio/explicativo, desde una base descriptiva y correlacional (Suárez, 1989), en el que se combinan diversas aproximaciones de análisis en función de los objetivos planteados, y que pasamos a describir a continuación.

2.3 *Objetivos generales y específicos*

Con el fin de facilitar la identificación de la estructura de análisis, y su asociación con los objetivos de la Tesis, los comentamos organizándolos en torno a ellos. Así, tenemos:

Objetivos de investigación.

Objetivo Principal: Analizar las características de la Escala EMA-DDA en niños entre los 6 y 9 años. Si bien la escala está diseñada para niños de 4 a 12 años de edad nuestra aplicación se circunscribe a una muestra de 6 a 9 años de alumnos asistentes a centros escolares (públicos y concertados) de Cuenca y provincia.

Como *objetivos específicos* abordamos:

1. Analizar la incidencia de conductas identificables como TDAH en edades comprendidas entre los 6 y los 9 años.

Para conseguir este objetivo se han utilizado análisis univariados descriptivos, que recogen desde el número de casos con condición TDA o TDAH identificados en el comienzo del estudio (lo que se asume como indicador de Incidencia), como los que provienen del seguimiento (lo que se entiende como Prevalencia). Adicionalmente al análisis frecuencial, se puede considerar que los análisis descriptivos acerca del comportamiento de la Escala EMA-DDA, así como los descriptivos relativos a los datos demográficos y al Cuestionario de Seguimiento Socio-escolar, pueden asumirse como elementos que coadyuvan en la caracterización de la muestra analizada.

2. Comprobar las propiedades métricas de la escala Magallanes EMA-D.D.A. en niños entre los 6 y los 9 años de edad como indicador de TDA-H en el ámbito escolar.

Tal como hemos señalado con anterioridad se han analizado las propiedades métricas de las Escalas a partir de dos modelos de media: Teoría Clásica del Test (TCT) y Teoría de respuesta al Item (TRI). En el caso de la TCT se informa de la fiabilidad como consistencia interna, si bien los autores de la Escala original incluyeron también una aproximación test-retest, en nuestro caso no se ha podido considerar. Se incluyen todos los indicadores de cada sub-escala, así como de los ítems, correspondientes a los parámetros de dificultad (en este caso coincidencia) y discriminación (incluyendo el estudio de la consistencia mediante el modelo Alfa de Cronbach, para el caso en que se eliminen ítems).

Estos análisis se han realizado tanto para el instrumento cumplimentado por padres, como para el que responde el profesorado. Respecto a Teoría de Respuesta al Ítem, se ha utilizado la aproximación de un parámetro, Modelo de Rasch (TRI-Rasch) sobre cada una de las subdimensiones. Asimismo, se analiza fiabilidad para ítems y personas, y análisis del ajuste de los elementos al modelo. Se incluye, asimismo, el Mapa de Wright para cada subdimensión tanto en padres, como en profesorado.

3. Comprobar algunas evidencias de validación de la Escala EMA-DDA, lo que implica :

3.1- Comparar las valoraciones de padres y profesores a través de la Escala EMA-DDA.

Nos aproximamos, mediante un análisis comparativo de la percepción de padres y profesores sobre los ítems de la escala, al valor-utilidad de la nominación realizada por ambos grupos. Dado que las Escalas EMA-DDA parten de la nominación o valoración que realizan padres y profesorado a partir de los ítems y dimensiones de las mismas (se trata pues de la observación externa de actores importantes en el desarrollo del alumnado), se ha estudiado el comportamiento de cada uno de los colectivos al responder a las Escalas. Estos datos se obtienen con la muestra inicial de estudio, no con la de seguimiento.

De este modo, se incluyen dos aproximaciones: análisis de correlaciones de Pearson entre las puntuaciones que se otorgan a las subdimensiones dentro de cada colectivo (padres y profesorado), así como un análisis diferencial, mediante la prueba t de Student y la U de Mann-Whitney, entre las valoraciones que aportan ambos colectivos. Entendemos que esta aproximación aporta una evidencia más de validación, en tanto en cuanto permite conocer el funcionamiento diferencial de los respondientes, base para la identificación diagnóstica.

3.2- Validación de constructo, tomando como evidencia la capacidad de las Escalas EMA-DDA para identificar perfiles diagnósticos a partir de dicha escala.

Este estudio se ha basado en análisis de Conglomerados de k-medias. Se han explorado soluciones de clasificación desde 2 a 6 grupos. Los criterios para seleccionar la solución más representativa se comentan en el apartado de resultados.

3.3- Diseñar y validar el constructo de un Cuestionario de Seguimiento Socio-escolar, a partir de una aproximación mediante juicio de expertos.

Para este cometido se procedió a recoger las valoraciones que aportaban los expertos acerca de la adecuación del cuestionario diseñado. Se analizó la calidad técnica de los ítems, así como la consistencia interjueces como un indicador de la fiabilidad de juicio. Los análisis realizados incluyen:

- a. Descriptivos acerca de los ítems (acuerdo/variabilidad de juicio por ítem), y
- b. Consistencia interjueces, mediante la prueba W de Kendall y la Correlación Intra-clase. El proceso se comenta de manera más detallada al presentar los resultados.

3.4- Analizar la evolución de los sujetos que presentaron TDAH y que han podido seguirse con una estrategia longitudinal.

2.4 Metodología

En este apartado presentamos la metodología de investigación y la metodología del análisis de datos. En primer lugar se describe la metodología de la investigación que se ha seguido para reunir toda la información importante, y en segundo lugar se describe la metodología del análisis de los datos reunidos. Este orden es el resultado del orden temporal y lógico del seguimiento del presente trabajo.

2.4.1 Población y muestra: participantes.

Dado que el estudio se orienta a la identificación de alumnado con TDAH de 1º y 2º de Educación Primaria en la provincia de Cuenca, la población de referencia son los niños escolarizados en esta provincia (Tabla 21. Datos de participación). Como puede observarse, son un total de 4039 alumnos, que están escolarizados en 72 centros escolares.

Tabla 21. Datos de participación

	<i>Nº participantes</i>	<i>Nº colegios</i>
<i>Población total</i>	4039	72
<i>Terminados Provincia</i>	1534	31
<i>Terminados Cuenca</i>	851	11
<i>Negativos (no participan)</i>	625	16
<i>Total de participantes</i>	2385	42
<i>Población estudio</i>	59,05%	58,33%

En el planteamiento inicial del trabajo se preveía que el diseño de la muestra debería ser polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados. La proporcionalidad debería respetar, tipo de centro escolar (público/concertado) y la zona socio-demográfica (rural y urbana) Ver tablas 22 y 23. Los conglomerados se refieren al número de unidades por curso en cada centro escolar.

No obstante, la dificultad que existe para este tipo de estudios es el acceso a información: el reclutamiento de alumnado que esté valorado con condición TDAH es complejo y depende, en gran medida, de la información que esté dispuesto a facilitar el centro escolar. Los datos de la Tabla 21 se interpretan desde la premisa de que los colegios no han devuelto algunos informes. Por lo tanto, aunque la petición de participación es más amplia, los números reflejados en la tabla nos informan de los participantes que han devuelto sus cuestionarios para ser incluidos en la investigación. La fila Negativos (no participan) nos indica los casos en que los cuestionarios no han sido devueltos o completados, tanto por padres como por los profesores. Si una de las dos partes no ha participado, la información obtenida ya no se podía utilizar para la investigación. La última fila indica el porcentaje de participación, relativa a la muestra inicial.

Por ello, nos parece de interés en este punto explicar el modo de acceso a información que hemos seguido en el proyecto, con el fin de poder exponer adecuadamente las características de la muestra y participantes que finalmente quedan incluidos en el estudio.

De la recogida de información: reclutamiento de alumnado objeto de estudio.

Como hemos señalado con anterioridad, el criterio inicial de inclusión era la característica del alumnado: todos los alumnos de 1º y 2º de Ed. Primaria, que pudiera tener algún diagnóstico relativo al TDAH.

Sin embargo, hay que matizar los siguientes aspectos:

- a) La población de referencia es el total de alumnado escolarizado en 1º y 2º de Educación Primaria.
- b) Si tomáramos dicha población como referencia, para identificar una muestra estadísticamente representativa (sea cual sea el estado diagnóstico de los sujetos) sobre el total de la población a estudiar, deberíamos poder trabajar con al menos 352 sujetos del total de la población (con un margen de error del $\pm 5\%$, por tanto un nivel de confianza del 95%; y con un nivel de heterogeneidad de 50).
- c) No obstante, el acceso a este tipo de información es difícil y resulta complejo, por lo que asumimos que era preferible intentar acceder a la población completa, y poder trabajar con los centros escolares y profesorado, que accedieran a facilitar información. Es decir, nos acercamos como estrategia a un muestreo incidental, basado en la disponibilidad.

- d) El total de centros de Cuenca y provincia es de 72. Se remitió la solicitud de colaboración a todos ellos. En total el número de centros escolares que facilitan información fue de 42, es decir, un 58,33% del total.
- e) En cuanto al alumnado de la población de referencia sobre la que finalmente trabajamos es de 2385 casos. Como puede observarse en la tabla 21, de los centros que aceptaron su participación que colaboraron en el estudio y que devolvieron la información requerida. Obviamente se trata de una muestra representativa con un error inferior al $\pm 1\%$, es decir, un 99% de confiabilidad y con un nivel de heterogeneidad de 50. Nótese que, en este caso, nos referimos al tamaño de la muestra respecto a la población de sujetos escolarizados.
- f) Como es sabido en las Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención (EMA-D.D.A.), la condición de TDAH debe venir avalada por la doble valoración que se realiza por parte de los padres y los profesores de los alumnos objeto de diagnóstico. En definitiva, no es posible una evaluación de esta condición si no se cuenta con las dos valoraciones. Por este motivo, aunque se recabaron datos de más alumnos de los que aparecen en el estudio, se descartó la información que no estaba completa, es decir, con ambas valoraciones.
- g) Con todo, nuestro objeto de estudio lo constituye el alumnado que puede presentar la condición de TDAH. Por ello, aportamos en este caso también los datos relativos a los sujetos que, de acuerdo con los criterios diagnósticos, podían presentar esta situación.
- h) De este modo, la muestra final con la que se trabaja es de 331 de los cuales 97 casos presentan la condición TDAH, que constituyen un 4,06% sobre la muestra total trabajo y un 29,31% sobre la muestra final de estudio. Ello indica un nivel de incidencia de TDAH en esta población de 4,06%, lo que es concurrente con los datos habituales descritos en la literatura especializada.

Hay que señalar que un problema habitual en este tipo de investigaciones, cuando se trabaja con información recogida a partir de situaciones reales (expedientes de centros educativos o gabinetes psicopedagógicos) es precisamente que los expedientes diagnósticos no están completos. De este modo, en este caso, la muestra real sobre la que realizamos este estudio es de 331 valoraciones completas en todas las dimensiones de la Escala, es decir, que incluyan la de profesorado y la de padres. Esta mortalidad experimental, afecta en cuanto a la representatividad total que no supera el 95%, y el error alcanza el 5,16%, con un nivel de heterogeneidad de 50.

Otras posibles fuentes de sesgo se deben al hecho de que no se ha podido controlar la representatividad proporcional en diferentes estratos de generalidad (localidad, sexo, edad, curso...). Sin duda ello constituye una limitación, pero que representa el modo en que se trabaja en los centros, en los que los profesionales deben atender un elevado número de casos, superior al tiempo de que disponen, lo que se traduce en prácticas deficientes sobre todo al utilizar los instrumentos diagnósticos que no son aplicados de manera rigurosa según sus instrucciones de diseño. Por ello, somos conscientes de que se

trata de un grupo de estudio que, aunque por número total de casos pudiera considerarse estadísticamente representativo, estimamos que el sesgo que se introduce por el modo de reclutamiento de sujetos es lo suficientemente importante como para señalarlo explícitamente. En la misma tabla 21 se aportan los datos de la muestra de estudio, cuyo N totales de 331 casos valorados por ambos colectivos (padres y docentes) y se recoge el número de casos (alumnado) que ha constituido la muestra de referencia, que ha sido facilitada por los centros escolares que se indican.

Tabla 22. Cuenca y provincia.

<i>Curso, tramo</i>	<i>Medio</i>	
	<i>Urbano (%)</i>	<i>Rural (%)</i>
<i>1º E. Primaria</i>	<i>16,47</i>	<i>31,96</i>
<i>2º E. Primaria</i>	<i>14,34</i>	<i>37,23</i>

Tabla 23 . Tipos de centros participantes.

	<i>Tipo de centro</i>	
	<i>Público</i>	<i>Privado (Concertado)</i>
<i>1º E. Primaria</i>	<i>43,33%</i>	<i>5,10%</i>
<i>2º E. Primaria</i>	<i>46,19%</i>	<i>5,38%</i>

Respecto a la *muestra de seguimiento*, o estudio longitudinal, las dificultades mencionadas respecto a la extracción inicial de la muestra, son superiores. Si bien, se trabaja ya con casos identificados, en centros que se han comprometido a colaborar y, por tanto, a aportar datos de seguimiento de la muestra de estudio, existen factores que llevan a que se incremente de manera notoria la mortalidad experimental: el cambio de orientadores o profesorado que inicialmente se comprometió en el proceso, cambio de alumnado de centro y diagnóstico final en el momento de recogida de información para el seguimiento.

Si tomamos estos datos como *indicador de prevalencia*, podríamos señalar que – asumiendo el error no cuantificable debido a los factores mencionados- son 36 sujetos que hemos podido confirmar en su condición de TDAH. Es decir, ello supone un 37,11% respecto de la muestra inicial de sujetos identificados como tales (97 casos). De este modo, si la incidencia se cifraba en un 4,06%, la prevalencia se cifra en 1,51%. Las diferencias, además de las debidas a los factores mencionados por mortalidad experimental, estimamos que también se deben a éxitos en el tratamiento, aunque el número de casos dependientes de este factor no podemos ver el listado inicial de centros con el número de participantes cuantificarlo.

En anexo 2 se puede ver el listado inicial de centros con el número de participantes.

2.4.2 Metodología de la investigación.

La investigación fue desarrollada en varias etapas que describimos a continuación.

2.4.2.1 Fase 1. Detección de TDAH con el EMA-DDA.

La primera etapa o el estudio inicial comprendía la detección precoz a través de la prueba EMA-DDA y la posterior devolución de datos arrojados por dicha prueba a los centros, adjuntándoles un protocolo de actuación a aquellos centros en los que se hubiera detectado alumnos con condición TDAH. Para ello, el alumno debía de haber sido baremado positivo en el protocolo relleno por padres y profesores, descartando aquellos que sólo se hubieran manifestado esa condición tan sólo en uno de los cuestionarios.

El proceso de recogida de datos se describe en los siguientes pasos:

- Iniciamos con una llamada telefónica a los centros, donde se les informaba del envío de una carta de presentación al director y al orientador. En la carta se explicaba el procedimiento que se iba a seguir y se manifestaba nuestra disposición para cualquier consulta que necesitasen realizar (Ver Anexo 3: Carta Presentación Centros).
- Una vez contactados todos los centros (Ver Anexo 2: Listado de centros a los que se les envió la invitación), se procedió al envío de cuestionarios teniendo en cuenta el censo de alumnos de cada centro (Ver Anexo 15: Escala Magallanes). Dichos cuestionarios serían devueltos por valija a la Delegación de Educación o a Asociación SERENA. Los protocolos de exploración se pasan primero a los padres y cuando estos son devueltos se pasan a los profesores que evalúan sólo a los positivos.
- Los cuestionarios recibidos que fueron valorados como positivos por los profesores se corrigieron y procesaron haciendo posteriormente un estudio comparativo con los de los padres.
- Llegado este punto del proceso, se envió un informe o carta de resultados al orientador de cada centro que contenía los códigos de los alumnos que habían sido detectados con condición TDA-H para que actuasen en consecuencia (Ver Anexo 4: Modelo de carta de resultados).
- Además, se envió un programa para la atención educativa del alumnado con TDAH con orientaciones para el profesorado. Dicho programa formaba parte de los Programas de Innovación Educativa (Ver Anexo 16: Programa Trabajo con TDAH).

2.4.2.2 Fase 2. Seguimiento de TDAH con EMA-DDA.

En la segunda etapa quisimos conocer las repercusiones de nuestro estudio sobre la población evaluada y llevar a cabo un pequeño seguimiento antes de abandonar la educación primaria. Para ello, comenzamos de nuevo a partir de los datos obtenidos en los cursos de 1º y 2º de primaria, en el curso 2008-09, con el seguimiento de aquellos alumnos que en su día obtuvieron la calificación de condición TDAH mediante el protocolo EMA-DDA. En estos momentos, se planteó valorar la repercusión a nivel social, escolar, y de rendimiento académico de estos alumnos.

Con el fin de completar la investigación se volvió a contactar con la Delegación de Cultura y seguimos los siguientes pasos:

- Realizamos una entrevista con el Coordinador de servicios periféricos de Educación en Cuenca Don Francisco Carrascosa comentándole las expectativas, a las que dio el visto bueno.
- Dirigimos una instancia (Anexo 5: Instancia Coordinador Servicios Periféricos) a este servicio para que constara en él la solicitud y aprobasen su ejecución. En ella se exponían las razones por las que nos poníamos en contacto con este servicio nuevamente y se detallaba el proceso completo que pretendíamos llevar a cabo.
- Se adjuntaron dos modelos de cartas, que iban a ser enviadas a los directores de los centros (Anexo 6: Carta informativa a Director del Centro) y a los profesores tutores y padres de los alumnos/sujetos del seguimiento (Anexo 7: Carta a Profesores y Padres) que colaboraron en su día, recordando los antecedentes de esta investigación y explicando el proceso a seguir, a la vez que les manifestábamos nuestro agradecimiento por su colaboración, tras recibir el visto bueno y el ofrecimiento de colaboración por parte del coordinador de servicios periféricos, para llevar a cabo el proceso. En ellas se incluía el consentimiento informado de los padres para poder realizar la recogida de datos (Anexo 8: Consentimiento Informado).

2.4.2.3 Fase 3. Diseño y aplicación del Cuestionario de seguimiento Socio-Escolar.

La tercera etapa se inicia con un nuevo proceso, con los siguientes pasos:

- El primer paso fue elaborar un Cuestionario de seguimiento socio-escolar de sujetos con condición TDA o TDA-H.
- El cuestionario fue sometido a validación por una comisión de expertos, (Anexo 9: Instrumento Validación Expertos). Los destinatarios de dicho cuestionario serían los padres y profesores de aquellos alumnos que estudiamos y valoramos en el primer estudio como *con condición TDAH*.

- Una vez validado el cuestionario de seguimiento y tenidas en cuenta las sugerencias, (Anexo 10: Cuestionario de Seguimiento Validado), se procedió a la distribución del cuestionario.
- Basándonos en los criterios de rigor se determinó que la distribución de cuestionarios se hiciese de forma personalizada para evitar así posibles reticencias a la vez que disolver dudas, surgidas por el tiempo transcurrido, (Anexo 11: Listado colegios participantes). Para ello dividimos el territorio con quense en 6 zonas, usando como criterio la proximidad, las rutas resultantes fueron R-1, R-2, R-3, R-4, R-5, que corresponden a los colegios de pueblos de la provincia y la ruta R-6 a los de Cuenca capital (Anexo: 14 Rutas de Colegios de Cuenca y Provincia por sectores). A partir de la distribución de los cuestionarios fue fijada la fecha para devolución de los mismos.
- El siguiente paso consistía en realizar las entrevistas con los orientadores y/o profesores de los centros. En ellas se recogieron numerosas inquietudes generadas por la diversidad de protocolos existentes para el diagnóstico de alumnos con TDAH, hecho que consideramos que nos abre nuevas líneas de investigación, que serán tenidas en cuenta, para un futuro.
- Una vez en posesión de los datos procedimos a su análisis obteniendo los resultados que a continuación se exponen.

2.4.3 Instrumentos utilizados.

En este apartado se describen las variables que estudiamos, los materiales y procedimientos utilizados durante la recogida de información.

Las *variables incluidas* en el estudio pueden sintetizarse en los siguientes apartados:

- a) Demográficas, de identificación de casos.
- b) Valorativas, basadas en las Escalas Magallanes, que posteriormente comentaremos.
- c) De seguimiento, aplicables únicamente a aquellos casos que han podido ser incluidos en el estudio longitudinal.

Los *instrumentos utilizados* en el estudio fueron los siguientes:

- a) *Escalas de Magallanes EMA-D.D.A. (padres y profesores)*. (Anexo 15)
- b) *Escala de Seguimiento socio-escolar*, de elaboración propia (Anexo 10)

La *Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención (EMA-DDA)* (García-Pérez y Magaz, 2006)

Esta escala ha sido explicada con mayor detenimiento en el punto 7 del apartado I, no obstante resumimos a continuación los datos más relevantes para este capítulo.

El EMA-DDA constituye un instrumento de observación conductual que permite identificar niños que puedan poseer condiciones de base biológica conocidas como TDA o TDAH. Como describen sus autores en la ficha técnica esta prueba tiene la finalidad de:

- Identificar la existencia de indicadores conductuales correspondientes a las condiciones “*Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad*” o “*Déficit de Eficacia Atencional y Lentitud Motriz/Cognitiva*”.
- Identificar la existencia de problemas en las siguientes áreas de desarrollo infantil: agresividad, retraimiento social, ansiedad y rendimiento académico.
- Detectar la posible existencia de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

Esta escala está compuesta por dos pruebas el EMA-DDA (aplicada a padres) y el EMA-DDA (aplicada a profesores). Con ellas se puede identificar:

1. El déficit de atención sostenida a tareas motrices y cognitivas (reflexividad) e hiperkinesia-Hiperactividad (DAH),
2. El Déficit de Eficacia Atencional y lentitud motriz y cognitiva (DA),
3. La Agresividad,
4. El Retraimiento social,
5. La Ansiedad,
6. El Rendimiento académico.

Como resultado del análisis de los datos obtenidos a nivel cuantitativo, podemos conocer la presencia de condición TDA o TDAH, y el análisis cualitativo de esos mismos datos nos permite averiguar, dentro de cada dimensión, los problemas de los alumnos que presentan puntuaciones elevadas en cada una de ellas.

Estas pruebas están constituidas por un total de 57 ítems de cuatro alternativas cada respuesta (CN- casi nunca, PV-pocas veces; AM a menudo; CS-casi siempre) puntuando a nivel estadístico cero las dos primeras (CN y PV) y uno las dos últimas (AM y CS). Los distintos ítems constituyen seis escalas independientes cada una de ellas, tanto para padres como para profesores, con el mismo número de cuestiones dentro de cada dimensión en los dos casos aunque con una variación mínima al formular alguna de las preguntas.

Los ítems se agrupan en seis escalas o dimensiones, y están distribuidos de la siguiente forma:

- Dimensión1: déficit de atención con hiperactividad (DAH), compuesta por diez ítems.

- Dimensión 2: el déficit de eficacia atencional y lentitud motriz y cognitiva (DA), formada por siete ítem.
- Dimensión 3: agresividad la integran, constituida por doce ítems.
- Dimensión 4: se mide el retraimiento con diez ítems.
- Dimensión 5: está conformada por seis ítems.
- Dimensión 6: rendimiento académico medido por doce ítems.

El *Cuestionario de Seguimiento Socio-escolar*, fue desarrollado a efectos de este estudio por parte de la autora del trabajo, para conocer cual era la situación de aquellos alumnos que en su día fueron valorados con condición TDAH trascurridos cuatro años. Para ello se diseñó un cuestionario que consta de cuatro grandes bloques:

- El primero contiene los datos de identificación del sujeto.
- El segundo apartado se compone de dos bloques de preguntas, correspondientes a las áreas de Adaptación Social (Dimensión 2) y Adaptación Escolar (Dimensión 3).
- El tercer apartado corresponde al Área de Diagnóstico (Dimensión 4).
- Por último medimos el Rendimiento Escolar (Dimensión 5).

Las escalas utilizadas en el segundo apartado del instrumento (dimensiones 2 y 3), son de percepción, basadas en la escala de calificación tipo Likert, con las opciones de respuestas que varían de 1 (nunca) al 5 (siempre). Esta opción nos permite conocer los distintos niveles de opinión y poder comprobar la visión del grado de afectación que tienen tanto padres como profesores de la condición TDAH de los niños valorados. Se responde marcando una X en el siguiente código Nunca (1) Casi nunca (2), A veces (3) Casi siempre (4) y Siempre (5). Se corregirá mediante escala Likert, 0-3 y se tendrá en cuenta la presencia o ausencia del rasgo que se está evaluando. Así pues, N=1, CN=2; AV=3; CS=4 y Siempre (5). El valor sobre las puntuaciones directas será 0 en el caso que se den valores 1-2 y 1 en el caso de valores 3 y 2 en el caso de valores 4 y 5. La puntuación total de la dimensión es la suma de las puntuaciones corregidas.

En el tercer y cuarto apartado (dimensiones 4 y 5) se valora mediante respuesta dicotómica y mediante valoración de una respuesta múltiple cerrada. El cuestionario de seguimiento Socio-Escolar se puede consultar en el Anexo 10.

Los elementos de validación en los que se ha sustentado este cuestionario como ya hemos comentado fué a través del “juicio de expertos”. Una vez diseñado el instrumento, fue presentado y evaluado por un equipo de expertos formados por:

- Expertos en Medición y Evaluación (2)
- Inspectores Educación (2)

- Orientadores (4)
- Maestros tutores (6)
- Psicopedagogos (2)
- Doctores Pedagogía Terapéutica (2)

Una vez incorporadas las sugerencias el documento quedó como puede verse en el Anexo 10.

Con este cuestionario pretendíamos conocer la situación actual de los alumnos que en su día presentaban condición TDAH y comprobar: su adaptación a nivel social y escolar, a cuantos de ellos se les había llevado un seguimiento y si habían sido diagnosticados e incluso medicados.

2.4.4 Metodología del análisis de datos

El enfoque de análisis de datos realizado es de base cuantitativa, incluyendo diversas aproximaciones desde univariadas a multivariadas, así como incluyendo análisis de propiedades métricas tanto a partir de Teoría Clásica de Tests (dado que los autores refieren sus análisis con la TCT), como con Teoría de Respuesta al Ítem (TRI). Todos los análisis estadísticos, así como los de la TCT se han realizado mediante el Paquete Estadístico SPSS v.22, bajo licencia de la Universitat de València. El Análisis de TRI-Modelo de Rasch se ha llevado a cabo a partir del Paquete Winsteps (Linacre, 2006), bajo licencia de Met-Cuantus Consultores.

2.5 Resultados

En este apartado presentamos los resultados más relevantes que hemos obtenido a partir de los datos recogidos en este estudio. Antes de entrar en la descripción de los mismos, hay que señalar que en la muestra de sujetos sobre la que hemos realizado esta investigación se identifican como casos con diagnóstico de condición TDAH un total de 97 casos, que en el seguimiento se reducen a 26. En este caso hay que señalar que el número de casos de seguimiento no se corresponde realmente con la incidencia que puede tener este síndrome dado que se ha producido bastante mortalidad experimental debida a cambios de centros, de profesorado e incluso a impedimentos ocurridos en la recogida de información en los centros donde estaban escolarizados estos sujetos.

Teniendo en cuenta el número de casos que aparecen con la condición TDAH (97 alum.) en relación al total de la muestra estudiada la prevalencia es de 4,07%. No obstante entendemos que este dato no es totalmente fiable dado que tan solo en 331 casos de la muestra disponemos de la valoración que realizan padres y profesorado. Por otra parte, hay que señalar que el estudio del funcionamiento de la prueba necesariamente requiere para muchos análisis disponer de la doble valoración por lo que si tomáramos como grupo total de referencia los 331 la prevalencia subiría a un dato de 29,31%. Es evidente que, tal como vimos en el apartado de 3 prevalencia, pese a la diversidad de niveles que se observan en los diferentes estudios en ningún caso se da una cifra de estas características. Por lo que, entendemos, que es preciso señalar que cuando estudiamos la submuestra que contiene la doble valoración (padres profesores), se puede dar un sesgo debido a una mayor presencia de casos con condición TDAH de la que se daría si en la muestra de estudio se hubiera podido contar con las respuestas completas de los dos colectivos.

Se presentan los resultados relativos a las propiedades métricas del instrumento analizadas mediante dos modelos de medidas:

- Teoría clásica de los test (TCT), que utilizamos con el fin de poder comparar los resultados de nuestro estudio con los que aportan los autores de la escala y
- Teoría de respuesta al ítem (TRI- Modelo de Rasch), dado que es un modelo de medida más potente que supera parte de las deficiencias que se señalaron para la TCT.

Asimismo presentamos un conjunto de evidencias de validación que van desde las centradas en el funcionamiento interno de la escala, la relación de sus puntuaciones con las de otras variables y el estudio longitudinal mencionado.

Pasamos pues a comentar los resultados obtenidos.

2.5.1 Análisis de Propiedades Métricas.

Se utilizan dos modelos de análisis métrico, dado que la TCT es la que utilizaron los constructores de la Escala, lo que nos permite comparaciones. Por otra parte, utilizamos TRI, dado que actualmente se entiende que es un modelo más potente y no había sido utilizado con esta escala.

2.5.1.1 -Análisis de Datos obtenidos con EMA-DDA mediante la Teoría Clásica del Test.

Según el manual, los índices del alfa de Cronbach fueron obtenidos mediante el programa estadístico “Reliability” del SPSS-12, obteniendo los siguientes índices de consistencia interna (Tabla 24).

Tabla 24. Índices de consistencia Interna

	<i>EMA-DDA – Datos Originales</i>		<i>EMA-DDA aplicada en la muestra de estudio</i>	
	<i>Escala de Padres</i>	<i>Escala de profesores</i>	<i>Escala de Padres</i>	<i>Escala de profesores</i>
<i>Déficit de atención e hiperactividad</i>	0.87	0.93	0.79	0.94
<i>Inatención</i>	0.80	0.91	0.83	0.90
<i>Agresividad</i>	0.77	0.91	0.82	0.94
<i>Retraimiento</i>	0.72	0.75	0.70	0.83
<i>Ansiedad</i>	0.50	0.48	0.42	0.76
<i>Bajo rendimiento</i>	0.88	0.94	0.87	0.93

Fuente: Elaboración propia

La consistencia interna pone de manifiesto el grado en que los distintos elementos de cada escala se encuentran relacionados entre sí, contribuyendo cada uno de ellos a la evaluación de la misma variable (inatención, agresividad, etc.).

Los índices que podemos observar en la Tabla 24 son de dos tipos. En la primera columna se ofrecen los datos pertenecientes al estudio de adaptación del cuestionario (García-Pérez y Magaz, 2006) mediante la aplicación de las escalas de Magallanes a los padres, y en la segunda columna podemos ver los índices de las mismas escalas aplicadas a los profesores de los alumnos. El contraste revela los índices más altos en el caso de profesores, a excepción de Ansiedad, en la que puntúan unas céntimas más bajo, pero próximo a los niveles de los padres.

La escala EMA-DDA (García-Pérez y Magaz, 2006) es una prueba que ha mostrado tener elevados índices de fiabilidad mediante dos procedimientos el método test-retest o consistencia temporal y el de Kuder-Richarson o consistencia interna; obteniendo los siguientes estadísticos que podemos observar en la Tabla 25.

Tabla 25. Fiabilidad Test-Retest.

EMA-DDA	Edad	Escala	DAH	Inatención	Agresividad	Retraimiento	Ansiedad	Rendimiento Escolar
Escala Original	6-7	Padres	0.85	0.88	0.75	0.80	0.75	0.85
		Prof	0.84	0.80	0.80	0.90	0.80	0.90
	8-9	Padres	0.85	0.82	0.75	0.85	0.80	0.88
		Prof	0.90	0.90	0.88	0.90	0.80	0.85
10-12	Padres	0.85	0.80	0.80	0.77	0.85	0.80	
	Prof	0.90	0.88	0.90	0.80	0.90	0.90	
Grupo estudio *	6-7	Padres	0.76	0.79	0.76	0.57	0.28	0.82
		Prof	0.91	0.84	0.88	0.67	0.65	0.90
	8-9	Padres	0.67	0.79	0.79	0.78	0.43	0.86
		Prof	0.90	0.87	0.84	0.64	0.70	0.88

Fuente: García-Pérez y Magaz (2006).

Nota: En todos los casos, el análisis realizado proporcionó un nivel de significación para los distintos coeficientes de $p \leq 0.001$

Nota 2: *Grupo de estudio de este trabajo no dispone de datos para el tramo de edad de 10 a 12 años

Desde la figura 14 a la figura 20 se representan los valores que aportan los resultados de la escala en cuanto a la fiabilidad medida por grupos de edad y en el total.

Nuestra intención es comparar los índices con los que informan los autores en el manual técnico de la escala, con los datos que vamos a obtener en la aplicación del instrumento con el grupo de estudio de esta tesis. Más adelante, se describirán las escalas con los análisis aplicados en nuestro caso.

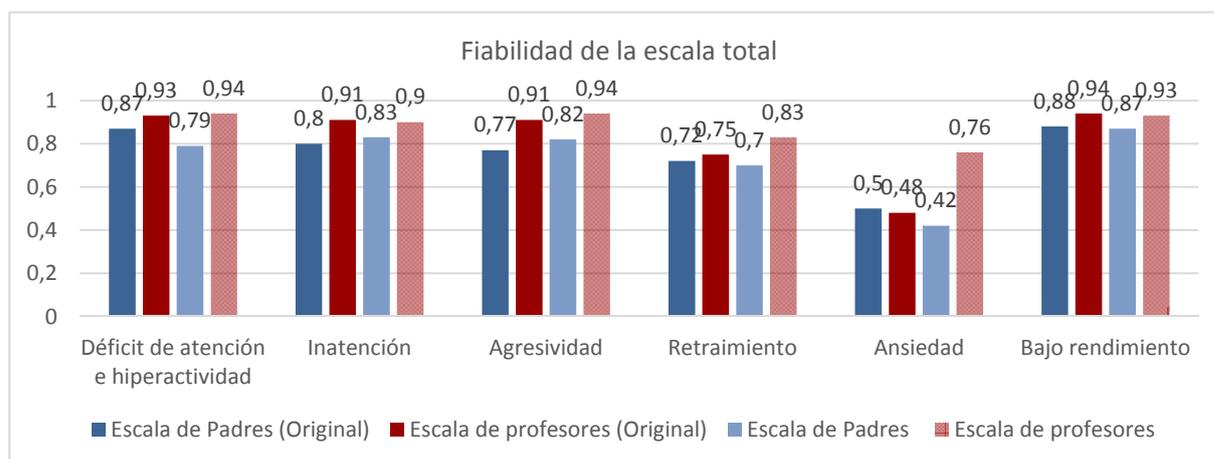


Figura 14. Comparación de índices de fiabilidad calculados en el proceso de adaptación de la escala original y en el grupo de estudio.

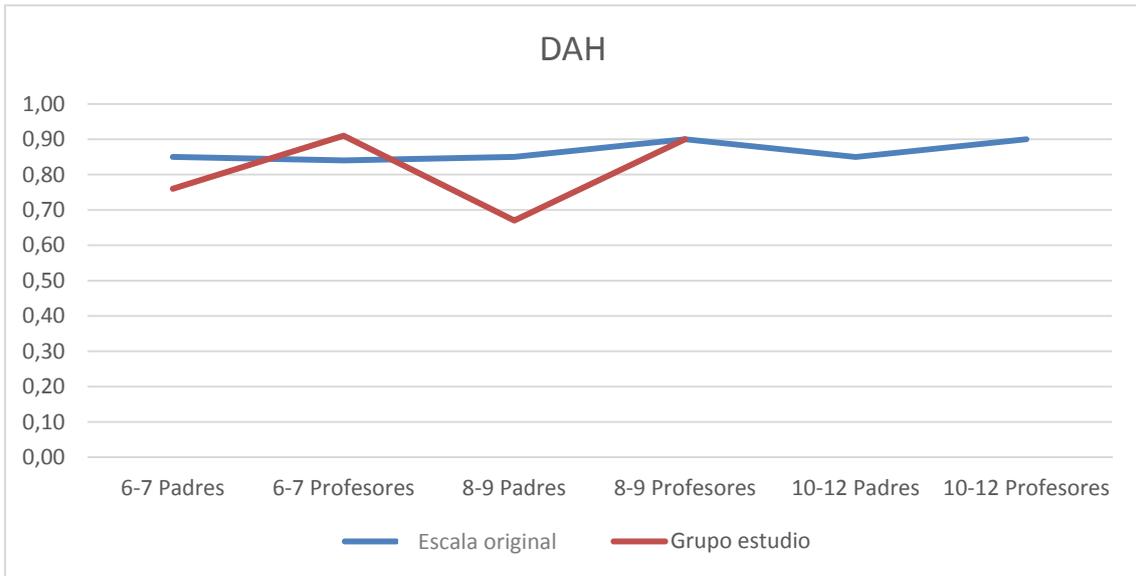


Figura 15. Fiabilidad de la escala DAH comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.

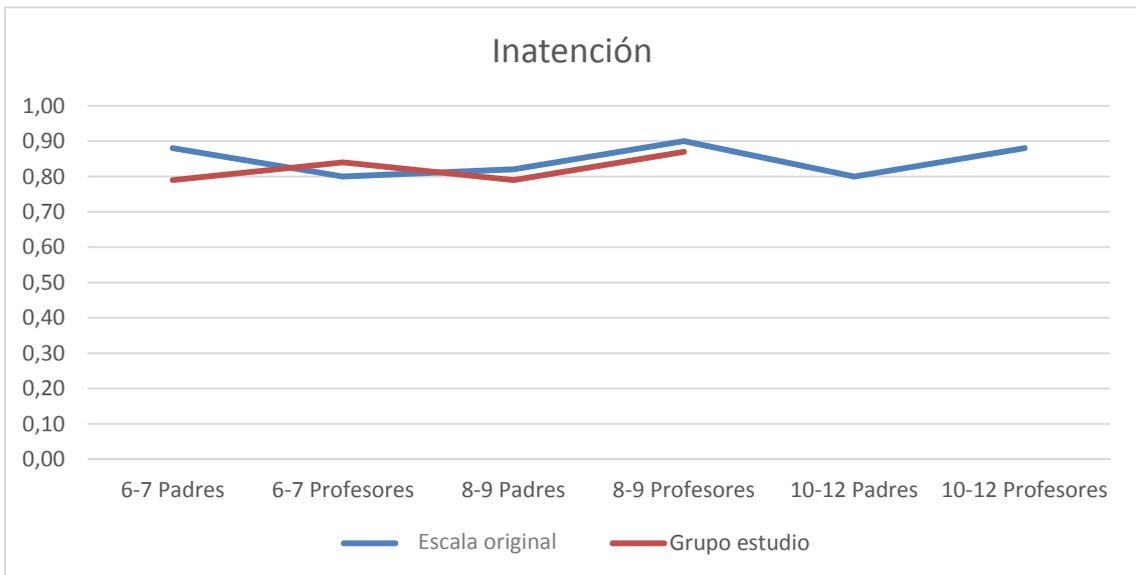


Figura 16. Fiabilidad de la escala Inatención comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.

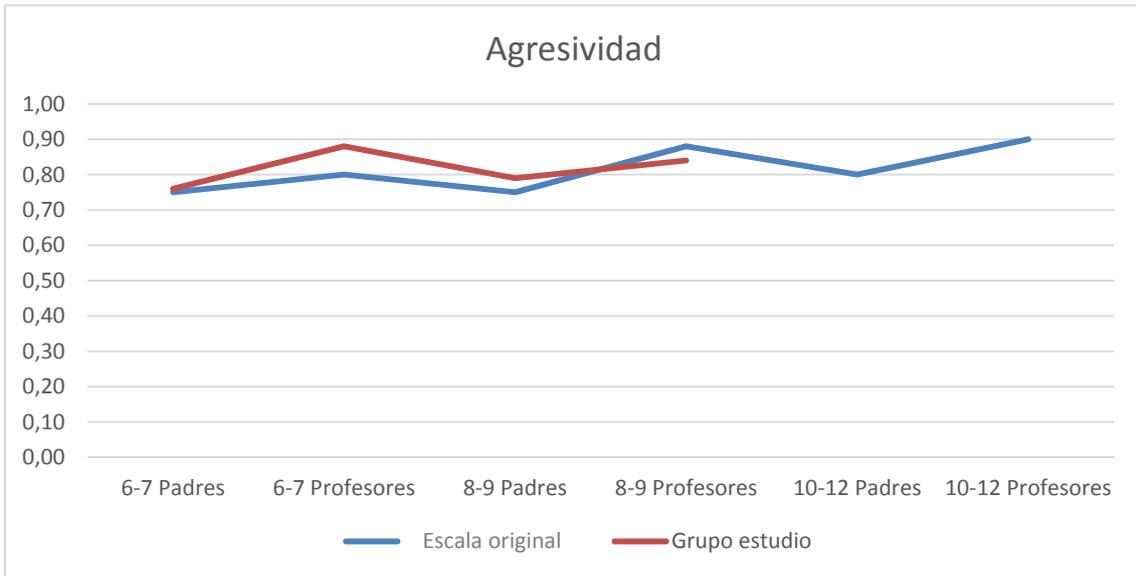


Figura 17. Fiabilidad de la escala Agresividad comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.

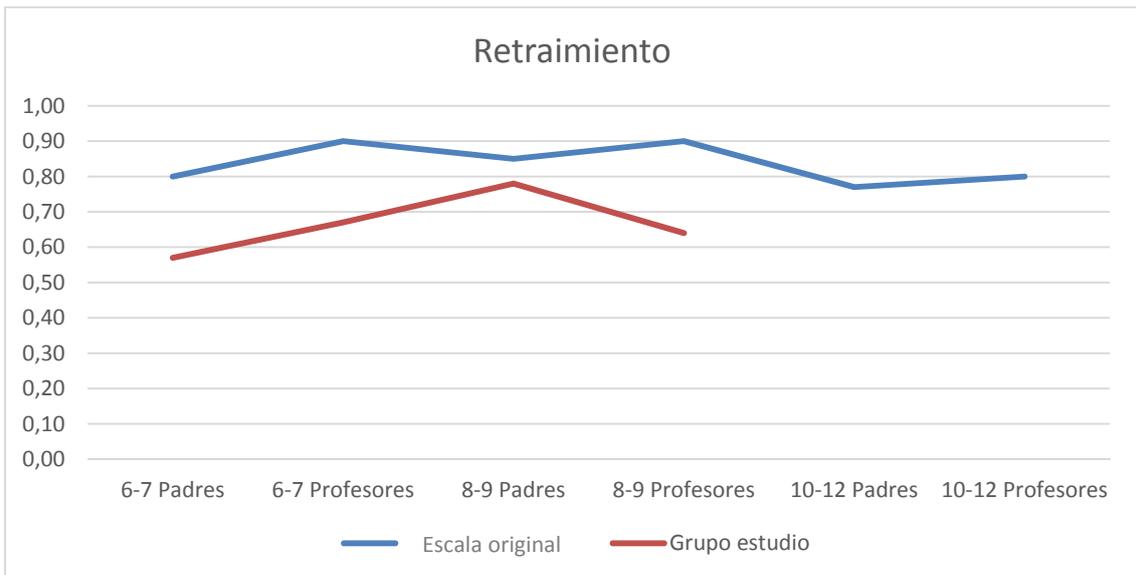


Figura 18. Fiabilidad de la escala Retraimiento comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.

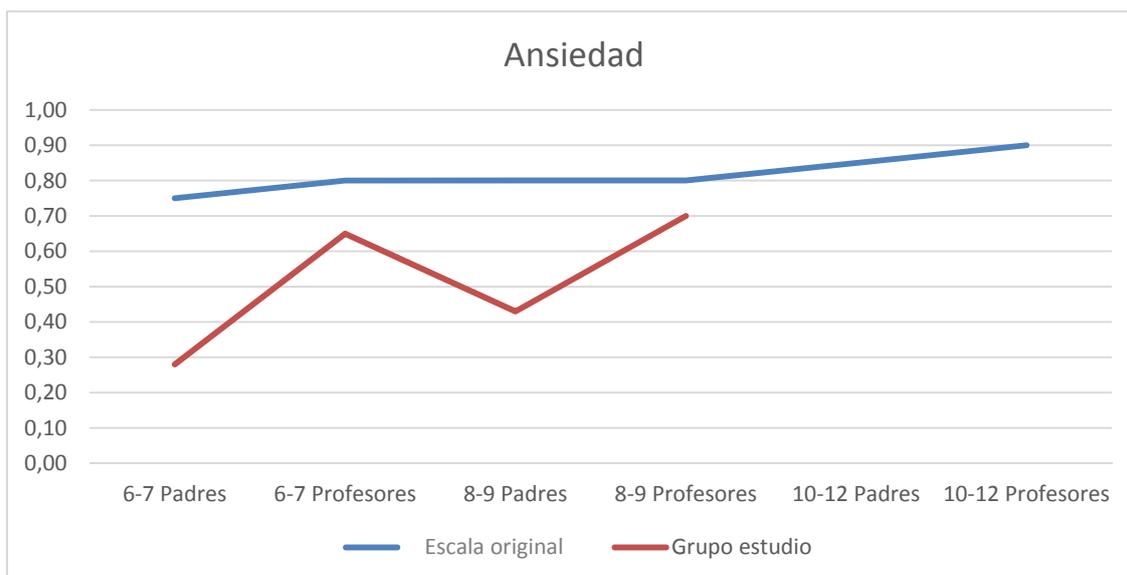


Figura 19. Fiabilidad de la escala Ansiedad comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.

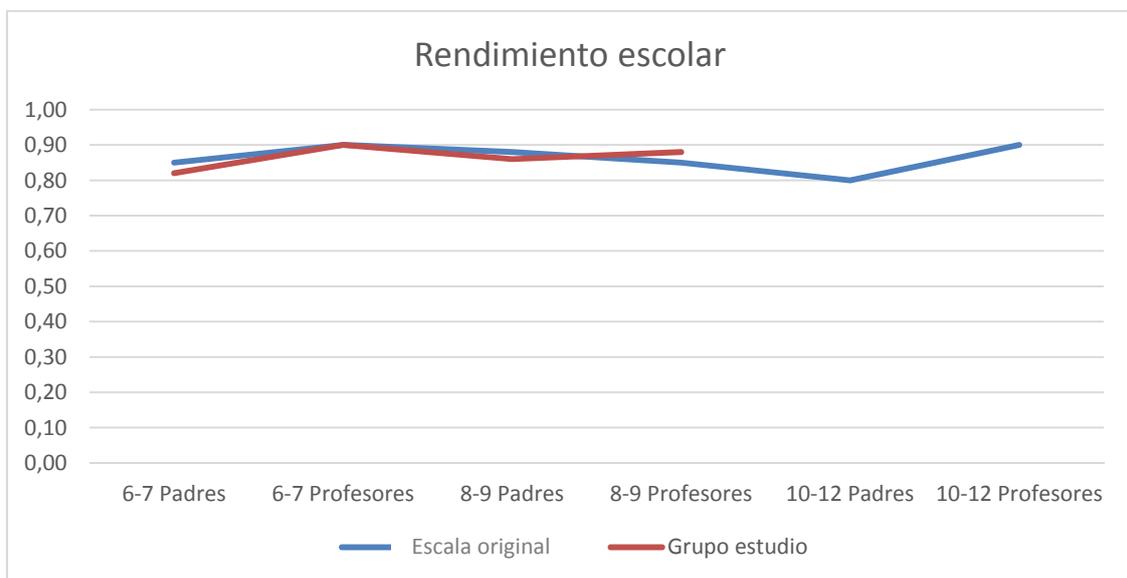


Figura 20. Fiabilidad de la escala Rendimiento escolar comparada entre el grupo de la escala original y el grupo de estudio.

En cuanto a la *homogeneidad*, en la Tabla 26 podemos ver las correlaciones dentro de las distintas dimensiones de la escala las cuales aportan la consistencia. Los índices son copiados de García-Pérez y Magaz (2006), tal y como indicamos en el encabezado de la tabla. Los índices corresponden a la validación de las escalas de Magallanes en España, para su adaptación. Los índices de homogeneidad son las correlaciones de los diversos

elementos con el total de la escala y expresan el grado en que contribuyen a dar consistencia a la misma. La Tabla 26 reúne los índices de homogeneidad tanto de los elementos de las escalas aplicados a padres como a los profesores.

Nuestra intención es corroborar estos índices de fiabilidad y de homogeneidad en la edad de 6-9 años mediante la aplicación de las escalas de Magallanes a los grupos de alumnos descritos en el apartado población y muestra.

En nuestro caso, los índices de fiabilidad y homogeneidad los ofrecemos más adelante al describir los resultados de análisis para determinar las propiedades métricas de las escalas de Magallanes aplicadas al grupo de estudio que nos interesa.

Tabla 26. Índices de Homogeneidad

<i>Dimensión</i>	<i>Elemento</i>	<i>Padres</i>	<i>Profesores</i>
<i>Hiperactividad</i>	1	.60	.86
	2	.58	.87
	3	.50	.87
	4	.67	.86
	5	.62	.86
	6	.56	.87
	7	.56	.87
	8	.38	.87
	9	.53	.87
	10	.50	.87
<i>Inatención</i>	1	.53	.77
	2	.61	.75
	3	.55	.77
	4	.53	.77
	5	.45	.80
	6	.54	.77
	7	.55	.77
<i>Agresividad</i>	1	.52	.74
	2	.42	.75
	3	.28	.77
	4	.45	.75
	5	.45	.75
	6	.55	.74
	7	.46	.75
	8	.59	.73
	9	.43	.75
	10	.24	.77
	11	.33	.77
	12	.29	.77
<i>Retraimiento</i>	1	.41	.70
	2	.42	.70
	3	.36	.70
	4	.46	.70
	5	.46	.70
	6	.33	.71
	7	.44	.68
	8	.25	.73
	9	.53	.68

	10	.34	.70
<i>Ansiedad</i>	1	.20	.57
	2	.21	.47
	3	.33	.41
	4	.31	.42
	5	.36	.40
	6	.30	.45
<i>Rendimiento Académico</i>	1	.40	.88
	2	.63	.87
	3	.70	.87
	4	.58	.87
	5	.66	.87
	6	.60	.87
	7	.70	.87
	8	.63	.87
	9	.58	.87
	10	.52	.87
	11	.44	.88
	12	.55	.87

Fuente: García-Pérez y Magaz-Lago, 2006, p. 41

2.5.1.1.1 *Propiedades métricas de la Escala EMA-DDA aplicada en Cuenca y Provincia de Cuenca al grupo de Padres.*

Los resultados de análisis de las propiedades métricas de las Escalas de Magallanes, denominada EMA-DDA se estructurarán en dos apartados, describiendo los correspondientes a la aplicación a los padres de alumnos objeto de estudio, y seguidamente los de los profesores de alumnos.

Dimensión 1. Hiperactividad Padres.

El análisis de consistencia interna realizado sobre la dimensión de hiperactividad en el grupo de padres presenta los siguientes resultados:

- De los 334 padres encuestados en esta dimensión tenemos un total de 310 cuestionarios válidos, es decir el 92,8% y hay una pérdida de 7,2%.
- En el análisis realizado se observa que el coeficiente Alfa de Cronbach tiene un valor de 0,793, lo que constituye un nivel alto para este tipo de variables (ver tabla 27).

Tabla 27. Estadísticos de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,793	,795	10

En líneas generales la mayor parte de las respuestas indicadas por los padres se sitúan en torno a 2 (“*A menudo*”). Los ítems que más destacan son:

- “*Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata*”; es la puntuación media más alta (2,19).

- “*Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...*” este ítem es el que menor puntuación media obtiene (1,02).
- En el resto de ítems podemos observar dos agrupaciones: las medias más altas las obtienen en los ítems asociados a conducta observable frente a interpretaciones cognitivas donde los ítems presentan una menor puntuación media.

En la Tabla 28 se presentan ordenadas de mayor a menor las puntuaciones medias para cada ítem.

Tabla 28. Estadísticos de los elementos (N 310)

	Media	Desviación Típica
Padres: Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata.	2,19	,808
Padres: Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a.	2,15	,871
Padres: Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.	2,12	,770
Padres: Habla excesivamente.	2,09	,874
Padres: Cuando está sentado/a, se mueve mucho en la silla.	2,07	,927
Padres: Interrumpe a los demás cuando hablan o están haciendo algo.	2,05	,817
Padres: Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.	1,92	,816
Padres: Hace cosas sin pensar en las posibles consecuencias.	1,73	,854
Padres: Cuando se le pregunta algo responde muy deprisa, sin pensar.	1,52	,923
Padres: Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...	1,02	,960

Tabla 29. Matriz de correlaciones inter-elementos.

	1. Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a.	2. Cuando está sentado/a, se mueve mucho en la silla.	3. Habla excesivamente.	4. Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.	5. Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...	6. Cuando se le pregunta algo responde muy deprisa, sin pensar.	7. Interrumpe a los demás cuando hablan o están haciendo algo.	8. Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.	9. Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata.	10. Hace cosas sin pensar en las posibles consecuencias.
1	1,000	,613	,428	,140	,299	,410	,295	,277	,292	,227
2		1,000	,363	,243	,242	,243	,337	,283	,276	,224
3			1,000	,152	,125	,393	,379	,242	,254	,147
4				1,000	,188	,204	,215	,197	,122	,283
5					1,000	,286	,119	,041	,034	,270
6						1,000	,383	,320	,241	,371
7							1,000	,464	,422	,320
8								1,000	,540	,307
9									1,000	,342
10										1,000

Como podemos observar en la matriz de correlaciones inter-elementos, las puntuaciones son todas positivas y mantienen una intensidad desde medio-bajas a medio-altas (Tabla 29), lo que es concurrente con el buen nivel de fiabilidad observado.

“*Cuando está sentado/a, se mueve mucho en la silla*“, y “*Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a*“, son los ítems que obtienen la correlación más alta (0,613). En el extremo opuesto los que menor correlación alcanzan son: “*Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia*” y “*Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...*” (0,041); y “*Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata*” con “*Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...*” (0,034).

Tabla 30. Estadísticos de resumen de los elementos.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	1,885	1,016	2,190	1,174	2,156	,137	10
Varianzas de los elementos	,747	,593	,922	,329	1,554	,011	10

Respecto a la aportación de cada uno de los ítems al total de la escala, todos ellos presentan una aportación muy similar a la fiabilidad (ver Tablas 30 y 31), siendo el que más aporta a la fiabilidad total el ítem “*Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a*” (0,761) y el que menos aporta “*Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo*” (0,791).

Ello es concurrente con los buenos índices de homogeneidad (IH) que se observan.

Tabla 31. Estadísticos total-elemento.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach* si se elimina el elemento
Padres: <i>Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a.</i>	16,70	20,754	,572	,488	,761
Padres: <i>Cuando está sentado/a, se mueve mucho en la silla.</i>	16,78	20,717	,530	,439	,766
Padres: <i>Habla excesivamente.</i>	16,75	21,540	,462	,299	,775
Padres: <i>Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.</i>	16,93	22,914	,317	,142	,791

Padres: Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...	17,83	22,446	,295	,184	,797
Padres: Cuando se le pregunta algo responde muy deprisa, sin pensar.	17,33	20,700	,536	,358	,766
Padres: Interrumpe a los demás cuando hablan o están haciendo algo.	16,80	21,276	,545	,365	,765
Padres: Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.	16,72	21,936	,488	,387	,773
Padres: Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata.	16,65	21,942	,457	,372	,776
Padres: Hace cosas sin pensar en las posibles consecuencias.	17,12	21,669	,460	,282	,775

*Nota: coeficiente Alfa de Cronbach es 0,793.

En conjunto, la dimensión de hiperactividad se muestra como una característica que se da de forma frecuente (ver media de la escala en la tabla 32), si bien, no es una característica que se dé siempre, tal cual está medida con los ítems que integran la escala. Hemos de tener en cuenta que el valor máximo que se puede obtener en la escala son 30 puntos y el promedio (18,85) representa el 62,83% del puntaje máximo obtenible.

Tabla 32. Estadísticos de la escala.

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
18,85	26,054	5,104	10

En resumen, el funcionamiento métrico de la escala puede considerarse adecuado para propósitos de diagnóstico.

Dimensión 2. Inatención-Padres.

El análisis de consistencia interna realizado sobre la dimensión de Inatención sobre el grupo de padres presenta los siguientes resultados:

De los 334 padres encuestados, un total de 318 cuestionarios son válidos, es decir el 95,2%.

En esta dimensión el Alfa de Cronbach es de 0,834, lo que es un nivel muy alto para este tipo de variables; esta dimensión obtiene un valor de fiabilidad mayor que el de hiperactividad. (Tabla 33)

Tabla 33. Estadísticos de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,834	,836	7

En la Tabla 34 podemos observar como la mayor parte de las puntuaciones medias son muy bajas. La media más alta obtenida es de 1,38 en ningún caso llegan a 1,50 que sería la media teórica de las posibles respuestas a cada ítem (escala tipo Likert de 0-3). La media más baja es 0,65.

Tabla 34. Estadísticos de los elementos (N=318).

	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
<i>Padres: Es lento/a para realizar sus actividades cotidianas: lavarse, vestirse,..</i>	1,38	1,070
<i>Padres: Se le ve "absorto/a en sus pensamientos" (ensimismado, en las nubes).</i>	1,13	,981
<i>Padres: Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.</i>	,99	,960
<i>Padres: Despistado/a, tarda en darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor.</i>	,95	,947
<i>Padres: Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones.</i>	,89	,901
<i>Padres: Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.</i>	,65	,892

Respecto a las correlaciones entre elementos, como se puede observar en la tabla 35:

- Al valorar en conjunto las correlaciones entre los ítems son todas positivas y la intensidad es desde medio bajas a medio altas, hecho que coincide con el nivel de fiabilidad observado.
- La correlación más elevada (0,652) se da entre los ítems: “*Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones*” y “*Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo*”.
- En el punto opuesto, la más baja (0,234) recogería la baja relación entre los ítems “*Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía*” y “*Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones*”.

Tabla 35. Matriz de correlaciones inter-elementos.

	1. Se le ve "absorto/a en sus pensamientos" (ensimismado, en las nubes).	2. Despistado/a, tarda en darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor.	3. Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.	4. Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.	5. Es lento/a para realizar sus actividades cotidianas: lavarse, vestirse,...	6. Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.	7. Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones.
1	1,000	,578	,438	,483	,357	,383	,394
2		1,000	,310	,430	,381	,413	,518
3			1,000	,519	,472	,254	,234
4				1,000	,478	,432	,407
5					1,000	,377	,329
6						1,000	,652
7							1,000

Como podemos ver al leer las respuestas realizadas por los padres las puntuaciones obtenidas en esta dimensión se sitúan en torno a 1 (*"Pocas veces"*). El ítem que destaca entre todos *"Es lento/a para realizar sus actividades cotidianas: lavarse, vestirse,.."* (1,38).

Al analizar qué aporta cada ítem a la escala, no hay ninguno que al ser eliminado aumente el valor de Alfa de Cronbach. Todos aportan fiabilidad a la escala, hecho que es concurrente con el índice de homogeneidad.

Tabla 36. Resumen de los elementos.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	,947	,642	1,384	,742	2,157	,068	7
Varianzas de los elementos	,915	,796	1,146	,350	1,440	,014	7

Tabla 37. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Padres: Se le ve "absorto/a en sus pensamientos" (ensimismado, en las nubes).	5,51	16,629	,611	,439	,807

Padres: Despistado/a, tarda en darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor.	5,69	16,828	,612	,452	,807
Padres: Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.	5,99	17,593	,512	,370	,823
Padres: Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.	5,98	16,940	,646	,440	,803
Padres: Es lento/a para realizar sus actividades cotidianas: lavarse, vestirse,...	5,25	16,547	,550	,344	,819
Padres: Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.	5,64	16,989	,578	,475	,813
Padres: Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones.	5,74	17,277	,586	,504	,811

Al realizar una valoración conjunta de los estadísticos de esta dimensión, nos muestran, que del valor máximo que podemos obtener en esta escala es 21 y el promedio obtenido es del 6,63; lo que constituye un porcentaje del 31,57%. Podríamos decir que es poco frecuente.

Tabla 38. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
6,63	22,479	4,741	7

Dimensión 3. Agresividad-Padres

El análisis de consistencia interna realizado sobre la dimensión de agresividad en el grupo de padres presenta los siguientes resultados:

De los 334 padres encuestados, los test validos han sido un total de 324, es decir el 97%, lo que significa que hay un bajo índice de pérdida de datos tan solo el 3%. (Tabla 39).

Tabla 39. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	324	97,0
	Excluidos(a)	10	3,0
	Total	334	100,0

Nota: (a) Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

En la tabla 40 podemos ver que en este caso tenemos un Alfa de Cronbach de 0,824 que coincide con un nivel Muy Alto de fiabilidad.

Tabla 40. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,824	,825	12

Al realizar el análisis en este conjunto de ítem los padres han puntuado entorno al 1 (Pocas Veces), solo hay una puntuación que destaca “Quiere hacer inmediatamente lo que desea” (2,15) y se acerca al valor A menudo. El valor bajo lo obtiene el ítem “Estropea materiales de la casa: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.” (0,23). (Tabla 41)

Tabla 41. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica
Padres: Quiere hacer inmediatamente lo que desea.	2,15	,765
Padres: Protesta, cuando se le dice que haga algo.	1,97	,860
Padres: Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.	1,76	,899
Padres: Grita, cuando se enfada.	1,74	1,013
Padres: Se pelea con los/as hermanos/as o amigos/as.	1,07	,894
Padres: Cambia bruscamente el humor.	1,06	,919
Padres: Dice mentiras.	,98	,858
Padres: Pega a los hermanos/as o amigos/as.	,70	,911
Padres: Quita cosas a sus hermanos/as o amigos/as.	,54	,822
Padres: Rompe cosas intencionadamente.	,40	,876
Padres: Cuando se enfada rompe cosas.	,35	,717
Padres: Estropea materiales de la casa: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.	,23	,601

Nota: N= 324

Las correlaciones de esta dimensión son todas positivas. Entre todos los elementos podemos resaltar dos valores sobre los demás: la correlación entre “Pega a los hermanos/as o amigos/as” y “Rompe cosas intencionadamente” que es la más fuerte (0,601) y la que existe entre: “Estropea materiales de la casa: mobiliario, paredes, sin

motivo aparente” y “Quiere hacer inmediatamente lo que desea” (0,001) prácticamente inexistente. (Tabla 42).

Tabla 42. Matriz de correlaciones inter-elementos

	1. Padres: Protesta, cuando se le dice que haga algo.	2. Padres: Rompe cosas intencionadamente.	3. Padres: Pega a los hermanos/as o amigos/as.	4. Padres: Quiere hacer inmediatamente lo que desea.	5. Padres: Grita, cuando se enfada.	6. Padres: Cambia bruscamente el humor.	7. Padres: Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.	8. Padres: Se pelea con los/as hermanos/as o amigos/as.	9. Padres: Dice mentiras.	10. Padres: Cuando se enfada rompe cosas.	11. Padres: Quita cosas a sus hermanos/as o amigos/as.	12. Padres: Estropea materiales de la casa: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.
1	1,000	,113	,157	,215	,303	,277	,282	,301	,242	,130	,158	,117
2		1,000	,601	,083	,230	,219	,220	,283	,248	,524	,314	,441
3			1,000	,127	,268	,170	,221	,518	,244	,293	,360	,232
4				1,000	,393	,212	,376	,228	,152	,118	,098	,001
5					1,000	,439	,571	,363	,178	,258	,234	,171
6						1,000	,479	,269	,190	,324	,312	,255
7							1,000	,361	,289	,315	,290	,192
8								1,000	,297	,316	,400	,199
9									1,000	,331	,361	,269
10										1,000	,438	,540
11											1,000	,485
12												1,000

Tabla 43. Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	1,079	,225	2,148	1,923	9,534	,454	12
Varianzas de los elementos	,724	,361	1,027	,666	2,846	,030	12

Al valorar la aportación que hacen los ítems al total de la escala, (Tabla 44) observamos que todos ellos aportan fiabilidad a la misma, ya que están muy próximos al estadístico Alfa de Cronbach, siendo el que más fiabilidad aporta “Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.” (0,802); hecho que podemos corroborar al comprobar los buenos índices de homogeneidad que se observan, entre los cuales destaca el valor del mismo ítem por encima de los demás (0,573).

Tabla 44. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Padres: Protesta, cuando se le dice que haga algo.	10,98	31,331	,356	,181	,821
Padres: Rompe cosas intencionadamente.	12,55	29,988	,494	,532	,809
Padres: Pega a los hermanos/as o amigos/as.	12,25	29,736	,495	,520	,809
Padres: Quiere hacer inmediatamente lo que desea.	10,80	32,148	,318	,208	,823
Padres: Grita, cuando se enfada.	11,20	28,627	,538	,427	,806
Padres: Cambia bruscamente el humor.	11,89	29,742	,489	,324	,810
Padres: Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.	11,19	29,119	,573	,449	,802
Padres: Se pelea con los/as hermanos/as o amigos/as.	11,87	29,287	,559	,415	,804
Padres: Dice mentiras.	11,97	30,739	,422	,227	,815
Padres: Cuando se enfada rompe cosas.	12,59	30,645	,546	,464	,807
Padres: Quita cosas a sus hermanos/as o amigos/as.	12,40	30,093	,524	,397	,807
Padres: Estropea materiales de la casa: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.	12,72	32,158	,437	,411	,815

Al valorar en la siguiente tabla el conjunto de la dimensión podemos decir que de un total de 36 puntos, el promedio que nos encontramos (12,95) representa el 35,97 %, mostrándose como poco frecuente. (Tabla 45).

Tabla 45. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
12,95	35,493	5,958	12

Dimensión 4. Retraimiento-Padres.

El análisis de consistencia interna realizado sobre la dimensión de “Retraimiento” sobre el grupo de padres presenta los siguientes resultados:

De los 334 padres encuestados hemos obtenido un total de 324 cuestionarios válidos, es decir el 97%.

Tabla 46. Resumen del procesamiento de los casos.

		N	%
Casos	Válidos	324	97,0
	Excluidos(a)	10	3,0
	Total	334	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

En esta dimensión obtenemos el Alfa de Cronbach más baja entre las dimensiones anteriormente analizadas (0,704). Atendiendo al índice de fiabilidad bajamos a la calificación de Alto. Esta dimensión coincide en los niveles de fiabilidad con la hiperactividad y desciende con respecto a las variables anteriormente estudiadas: “Inatención” (0,836) y “Agresividad” (0,824) que estaban en el registro de Muy Alta fiabilidad.

Tabla 47. Estadísticos de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,704	,723	10

En el análisis del conjunto de puntuaciones (Ver Tablas 47 y 48) podemos comprobar que la mayoría oscilan alrededor de (0,50) valor menor de 1, es decir, “*nunca o casi nunca*”. También podemos observar que el ítem que más bajo puntúan la media de los padres es: “Está triste en casa” (0,20).

Sólo hay un ítem que llega a obtener una puntuación en torno a 1 considerado como “*pocas veces*”: “Ante las provocaciones se calla y aguanta” (1,01).

Tabla 48. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica
Padres: Ante las provocaciones se calla y aguanta.	1,01	,956
Padres: Lloro sin motivo aparente.	,57	,857
Padres: Dice que los amigos/as u otros niños/as no lo/a aprecian.	,56	,843
Padres: Habla poco con sus padres o hermanos/as.	,55	,983
Padres: Le cuesta hacer amistades.	,49	,816
Padres: En la calle, parque,... prefiere jugar solo/a.	,40	,778
Padres: Dice que los padres no lo/a aprecian.	,35	,653
Padres: Dice que no vale para nada.	,29	,693
Padres: Está triste en casa.	,20	,487

Nota: N 324

En el análisis de la matriz de correlaciones inter-elementos (Tabla 49) podemos destacar que por primera vez en el análisis de estas dimensiones nos encontramos con valores negativos.

- La puntuación más cercana al 0, es decir casi nula la obtiene la correlación entre los ítems “*Lloro sin motivo aparente*” y “*En la calle, parque,... prefiere jugar solo/a*” (-0,02).
- La segunda puntuación negativa que obtenemos es entre los ítems: “*Dice que los padres no lo/a aprecian*” y “*Ante las provocaciones se calla y aguanta*” (-0,55).
- Por último, otros ítems que obtienen una correlación cercana al 0 pero esta vez positiva son “*Lloro sin motivo aparente*” y “*Ante las provocaciones se calla y aguanta*” (0,28).

Por otro lado, podemos comprobar que la puntuación más elevada la obtiene la relación entre los ítems “*Le cuesta hacer amistades*” y “*En la calle, parque,... prefiere jugar solo/a*” (0,535).

Tabla 49. Matriz de correlaciones inter-elementos

	1. Padres: Se resiste a participar en actividades de cualquier tipo.	2. Padres: Está triste en casa.	3. Padres: Dice que los padres no lo/a aprecian.	4. Padres: En la calle, prefiere jugar solo/a.	5. Padres: Le cuesta hacer amistades.	6. Padres: Habla poco con sus padres o hermanos/as.	7. Padres: Dice que los amigos/as u otros niños/as no lo/a aprecian.	8. Padres: Ante las provocaciones se calla y aguanta.	9. Padres: Dice que no vale para nada.	10. Padres: Lloro sin motivo aparente.
1	1,000	,299	,210	,283	,408	,261	,264	,113	,114	,065
2		1,000	,338	,220	,334	,289	,248	,102	,189	,157
3			1,000	,103	,182	,199	,253	-,055	,421	,235
4				1,000	,535	,262	,260	,108	,192	-,002
5					1,000	,263	,316	,213	,239	,094
6						1,000	,243	,070	,122	,095
7							1,000	,120	,337	,259
8								1,000	,057	,028
9									1,000	,258
10										1,000

Tabla 50. Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	,493	,204	1,009	,806	4,955	,048	10
Varianzas de los elementos	,641	,237	,967	,730	4,078	,048	10

Hay dos ítems que restan fiabilidad a la escala al estar por encima del Alfa de Cronbach (ver Tabla 51) “*Ante las provocaciones se calla y se aguanta*” (0,724) y “*Llora sin motivo aparente*” (0,706).

Tabla 51. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Padres: Se resiste a participar en actividades de cualquier tipo.	4,43	14,258	,412	,233	,672
Padres: Está triste en casa.	4,73	15,524	,449	,240	,677
Padres: Dice que los padres no lo/a aprecian.	4,58	15,204	,363	,286	,682
Padres: En la calle, parque,... prefiere jugar solo/a.	4,54	14,460	,408	,321	,673
Padres: Le cuesta hacer amistades.	4,44	13,542	,545	,414	,648
Padres: Habla poco con sus padres o hermanos/as.	4,38	13,878	,360	,164	,684
Padres: Dice que los amigos/as u otros niños/as no lo/a aprecian.	4,37	13,782	,477	,247	,660
Padres: Ante las provocaciones se calla y aguanta.	3,92	15,427	,152	,066	,724
Padres: Dice que no vale para nada.	4,64	14,943	,384	,268	,678
Padres: Llora sin motivo aparente.	4,36	15,246	,224	,127	,706

Como resumen de los estadísticos de “Retraimiento” podemos decir que de una puntuación total de treinta puntos esta dimensión tiene un promedio (4,93) que representa el 16,43% lo que constituye un rasgo poco frecuente. (Tabla 52).

Tabla 52. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
4,93	17,481	4,181	10

Dimensión 5. Ansiedad-Padres

El análisis de consistencia interna realizado sobre la dimensión de la “Ansiedad” por los padres presenta los siguientes datos:

De los 334 padres encuestados han sido validos un total de 324 cuestionarios, el 97%.

Tabla 53. Resumen del procesamiento de los casos

Casos	Válidos	N	%
	Válidos	324	97,0
	Excluidos(a)	10	3,0
	Total	334	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Como podemos observar el estadístico de fiabilidad el Alfa de Cronbach asciende a 0,422 lo que constituye un nivel medio para este tipo de variables.

Tabla 54. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,422	,499	6

En esta dimensión la mayor parte de las puntuaciones recogidas se encuentran en torno a 0 (0,54), “nunca o casi nunca” (Tabla 55). Destaca sobre todas ellas la puntuación obtenida por el ítem “Se muerde las uñas” (1,04) en torno al 1, “pocas veces”.

Tabla 55. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica
Padres: Se muerde las uñas.	1,04	1,250
Padres: Habla agitada o entrecortadamente.	,54	,849
Padres: Respira fuertemente.	,35	,676
Padres: Le sudan las manos.	,23	,588
Padres: Tiene tics.	,20	,621
Padres: Tiene mareos, náuseas o vómitos.	,15	,459

Nota: N = 324

Las correlaciones entre los ítems (Tabla 56) son bajas e incluso algunas muy bajas o casi nulas (0,005), (0,013). Tenemos una correlación negativa entre los ítems “Tiene mareos, náuseas o vómitos”, con “Se muerde las uñas.” (-0,107). Este último ítem correlaciona de forma casi nula con todos los demás de esta variable. Como correlación alta tendríamos la relación entre “Respira fuertemente” y “Habla agitada o entrecortadamente” (0,493).

Tabla 56. Matriz de correlaciones inter-elementos.

	1. Padres: Se muerde las uñas.	2. Padres: Tiene tics.	3. Padres: Le sudan las manos.	4. Padres: Habla agitada o entrecortadamente.	5. Padres: Respira fuertemente.	6. Padres: Tiene mareos, náuseas o vómitos.
1	1,000	,005	,034	,064	,013	-,107
2		1,000	,210	,262	,192	,005
3			1,000	,284	,225	,185
4				1,000	,493	,117
5					1,000	,156
6						1,000

Tabla 57. Estadísticos de resumen de los elementos.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	,418	,145	1,040	,895	7,170	,112	6
Varianzas de los elementos	,614	,211	1,562	1,351	7,399	,244	6

Al analizar las correlaciones entre los ítems se nos confirma que el ítem “Se muerde las uñas” (0,592) está restando fiabilidad a la escala. A su vez podemos decir que el ítem “Habla agitada o entrecortadamente” (0,224) es el que más está aportando a esta variable. Ver Tabla 58

Tabla 58. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Padres: Se muerde las uñas.	1,47	4,027	,018	,019	,592
Padres: Tiene tics.	2,30	4,695	,223	,095	,373
Padres: Le sudan las manos.	2,27	4,571	,304	,131	,338
Padres: Habla agitada o entrecortadamente.	1,97	3,609	,419	,298	,224
Padres: Respira fuertemente.	2,16	4,201	,369	,261	,291
Padres: Tiene mareos, náuseas o vómitos.	2,36	5,303	,079	,065	,432

En resumen, de un total de 18 puntos, la dimensión recoge una media (2,51) que representaría el 13,94%, es decir este rasgo sería poco frecuente y no aportaría mucho para propósitos de diagnóstico. (Tabla 59).

Tabla 59. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
2,51	5,681	2,384	6

Dimensión 6. Rendimiento Académico-Padres

El análisis de consistencia interna realizado sobre la dimensión de rendimiento académico valorado por los padres presenta los siguientes resultados:

En esta dimensión hemos obtenido un total de 314 cuestionarios válidos, de los 334 padres encuestados, es decir el 94%. Tabla 60

Tabla 60. Resumen del procesamiento de los casos

Casos		N	%
	Válidos	314	94,0
	Excluidos(a)	20	6,0
	Total	334	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Para la dimensión Rendimiento académico, la fiabilidad de la escala nos arroja un Alfa de Cronbach de 0,866 que podemos considerar muy alta para este tipo de variables.

Tabla 61. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,866	,863	12

Según las tablas 62 y 64, la mayor parte de las respuestas se encuentran en torno a opción 1 “*pocas veces*”, destacando los padres por su puntuación, con mayor y menor frecuencia, los ítems “Tiene dificultades para expresarse por escrito.” (1,091) y “Se expresa verbalmente con dificultad.” (0,830).

Tabla 62. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N 314
Padres: Tiene dificultades para expresarse por escrito.	1,26	1,091	
Padres: Lee con lentitud.	1,14	1,085	
Padres: Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares.	1,66	1,070	
Padres: Su escritura es de mala calidad.	1,42	1,049	
Padres: Tiene dificultades con las matemáticas.	1,20	1,037	
Padres: Tiene dificultades para comprender lo que lee.	1,14	1,034	
Padres: Tiene bajo rendimiento escolar.	1,10	1,033	
Padres: Se desanima ante las dificultades escolares.	1,14	1,021	
Padres: Se olvida de las tareas que le encargan los profesores.	1,09	,990	
Padres: Sus cuadernos y libros escolares están sucios, desordenados,...	1,16	,958	
Padres: Se expresa verbalmente con dificultad.	,45	,830	

En cuanto a la correlación entre los distintos ítems que valoran esta dimensión podemos observar que son todas positivas y mantienen una intensidad media alta, lo que se corresponde con el buen nivel de fiabilidad observado. (Tabla 63) La correlación más elevada se da entre los ítems: “*Tiene dificultades para comprender lo que lee*” y “*Lee con lentitud*” (0,671). Mientras que la más baja la establecen: “*Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares*” y “*Se expresa verbalmente con dificultad*” (0,021).

Tabla 63. Matriz de correlaciones inter-elementos

	1. Padres: Se expresa verbalmente con dificultad	2. Padres: Lee con lentitud	3. Padres: Tiene dificultades para expresarse por escrito.	4. Padres: Le cuesta comprender lo que le dicen.	5. Padres: Tiene dificultades para comprender lo que lee.	6. Padres: Tiene dificultades con las matemáticas.	7. Padres: Tiene bajo rendimiento escolar.	8. Padres: Se desanima ante las dificultades escolares.	9. Padres: Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares	10. Padres: Su escritura es de mala calidad.	11. Padres: Sus cuadernos y libros escolares están sucios, desordenados	12. Padres: Se olvida de las tareas que le encargan los profesores
1	1,000	,360	,412	,481	,356	,228	,309	,183	,021	,049	,092	,089
2		1,000	,646	,384	,671	,409	,606	,362	,290	,326	,190	,215
3			1,000	,504	,624	,380	,584	,425	,445	,401	,276	,316
4				1,000	,548	,325	,380	,217	,192	,067	,102	,227
5					1,000	,462	,600	,319	,266	,224	,155	,241
6						1,000	,548	,419	,361	,260	,152	,226
7							1,000	,444	,409	,422	,288	,348
8								1,000	,451	,248	,199	,323
9									1,000	,394	,385	,516
10										1,000	,567	,362
11											1,000	,468
12												1,000

Tabla 64. Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	1,129	,452	1,662	1,210	3,676	,089	12
Varianzas de los elementos	1,027	,689	1,190	,501	1,727	,021	12

En el análisis de los estadísticos total-elemento, podemos valorar la aportación de los ítems a la escala y observamos que todos contribuyen de manera muy homogénea y similar a la fiabilidad. El ítem “Se expresa verbalmente con dificultad” (0,866), al igualar el valor del Alfa de Cronbach es el único que podría restar fiabilidad a la escala; al contrario que le ocurre a “Tiene dificultades para expresarse por escrito” que obtiene mayor índice de fiabilidad (0,842).

Destacamos de esta tabla el alto índice de homogeneidad para esta dimensión.

Tabla 65. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Padres: Se expresa verbalmente con dificultad.	13,10	54,684	,359	,324	,866
Padres: Lee con lentitud.	12,41	48,785	,647	,575	,849
Padres: Tiene dificultades para expresarse por escrito.	12,29	47,536	,734	,621	,842
Padres: Le cuesta comprender lo que le dicen.	12,77	52,396	,481	,442	,860
Padres: Tiene dificultades para comprender lo que lee.	12,41	49,303	,648	,608	,849
Padres: Tiene dificultades con las matemáticas.	12,35	50,714	,541	,386	,856
Padres: Tiene bajo rendimiento escolar.	12,45	48,280	,726	,574	,843
Padres: Se desanima ante las dificultades escolares.	12,41	51,201	,515	,336	,858
Padres: Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares.	11,89	50,451	,538	,459	,856
Padres: Su escritura es de mala calidad.	12,13	51,526	,475	,453	,860
Padres: Sus cuadernos y libros escolares están sucios, desordenados,...	12,39	53,173	,407	,413	,864

Padres: Se olvida de las tareas que le encargan los profesores.	12,46	52,032	,474	,380	,860
---	-------	--------	------	------	------

Podemos observar que el promedio de la dimensión representa el 37,63%.

Tabla 66. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
13,55	59,775	7,731	12

A continuación podemos observar en la tabla 67 todas las medias de respuestas de todas las dimensiones. Al respecto, podemos comentar lo siguiente:

- Las medias más elevadas se obtienen en las dimensiones de hiperactividad y rendimiento: 6,82 y 4,21 respectivamente en las valoraciones de los padres y 3,61 y 4,08 respectivamente en las valoraciones de los profesores. Los padres presentan una media más alta que los profesores en ambos ítems, aunque en el caso de rendimiento las medias de los dos grupos están muy próximas.
- Llama la atención el 4,10 que obtienen de media los padres al puntuar el nivel de agresividad de sus hijos/as en comparación con el 1,51 que tienen de media los profesores en esta variable.
- También es destacable que los profesores puntúan por encima de los padres al valorar la atención de sus alumnos, con 2,53 frente a 1,96 de media de los padres, como es de esperar al estar valorando una variable cognitiva, propia de los procesos de aprendizaje.
- La dimensión que obtiene la media más baja es la ansiedad con valores de ,72 según los padres y ,45 según los profesores.
- Junto a los datos de tendencia central, interpretamos las de dispersión, como la desviación típica de cada grupo. En este caso, la D.T. más alta la obtienen tanto padres como profesores al valorar el rendimiento de los niños, siendo mayor la de los profesores 3,874 frente a 3,292 de los padres. La mayor diferencia en cuanto a la D.T. se da en la hiperactividad, con un punto de diferencia, los padres puntúan 2,470 mientras la desviación de los profesores es de 3,471. El mayor nivel de dispersión indica un mayor nivel de desacuerdo en la puntuación de los grupos.
- Al analizar la asimetría, llama la atención el valor más alto obtenido por la dimensión Retraimiento con 1,846 para padres y que vuelve a obtener la puntuación más alta para profesores con 2,286. Este valor indica la acumulación de frecuencias en la parte más baja de la escala, lo que indica que el grupo presenta valores muy bajos en la estadística medida, tanto según los padres, como según los profesores.
- Las puntuaciones más bajas la tenemos en hiperactividad padres con un valor

negativo, $-.912$, lo que indica que los padres opinan en su mayoría que esta característica o variables presenta unos valores altos en cuanto la actitud de sus hijos.

- En cuanto a la curtosis podemos ver que hay una gran diferencia entre los valores que se obtienen de la valoración de padres y de profesores. Es de destacar la variable retraimiento, que obtiene unos valores muy altos de curtosis, lo que indica un gran porcentaje de homogeneidad en las puntuaciones. En cuanto las valoraciones de los profesores también podemos destacar la misma tendencia de las valoraciones homogéneas para las dimensiones de agresividad y ansiedad.
- La hiperactividad, sin embargo, tiene una curtosis baja, sobre todo en profesores, lo que indica que las valoraciones de este grupo han sido muy heterogéneas, con las puntuaciones muy inconstantes.

Tabla 67. Estadísticos descriptivos

Observador		Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
Padres	Hiperactividad	0	10	6,82	2,470	-,912	,133	,147	,266
	Inatención	0	7	1,96	2,038	,907	,134	-,210	,266
	Agresividad	0	12	4,10	2,529	,775	,134	,660	,266
	Retraimiento	0	10	1,23	1,564	1,846	,134	4,447	,266
	Ansiedad	0	4	,72	,892	1,307	,134	1,534	,267
	Rendimiento	0	12	4,21	3,292	,304	,134	-,991	,267
Profesores	Hiperactividad	0	10	3,61	3,471	,609	,133	-1,070	,266
	Inatención	0	7	2,53	2,397	,515	,133	-1,046	,266
	Agresividad	0	13	1,51	2,556	2,214	,133	5,010	,266
	Retraimiento	0	9	,83	1,446	2,286	,133	6,034	,266
	Ansiedad	0	6	,45	,964	2,638	,134	7,472	,266
	Rendimiento	0	12	4,08	3,874	,493	,134	-1,090	,266

Tabla 68. Resumen PADRES

Padres	Hiperactividad	Inatención	Agresividad	Retraimiento	Ansiedad	Bajo Rendimiento
N° padres	310	318	324	324	324	314
334	92,8%	95,2%	97%	97%	97%	94%
Crombach	0,793	0,834	0,824	0,704	0,422	0,866
Índice fiabilidad	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Alto	Medio	Muy alto
Puntuación media	En torno a 2 A menudo	En torno a 1 Muy bajas pocas veces	En torno a 1 Muy bajo pocas veces	En torno a 0,50 nunca o casi nunca	En torno a 0,25 Nunca o casi nunca	En torno a 1 Muy bajo pocas veces
Media más alta	2,19 "Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata";	1,38 "Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones" y "Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo"	2,15 "Quiere hacer inmediatamente lo que desea"	1,01 "Ante las provocaciones se calla y aguanta"	(1,04) "Se muerde las uñas"	(1,091) "Tiene dificultades para expresarse por escrito."
Media más baja	1,02 "Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,..."	0,65 Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas	0,23 "Estropea materiales de la casa: mobiliario, paredes, sin motivo aparente."	0,20 "Está triste en casa"	(0,15) Tiene mareos, náuseas o vómitos	(0,830) "Se expresa verbalmente con dificultad."
Correlación inter elementos	Medio altas	Medio bajas medio altas	Positivas	Valores negativos (-0,02) "Llora sin motivo aparente" y "En la calle, parque,... prefiere jugar solo/a" (-0,55) "Dice que los padres no lo/a aprecian" y "Ante las provocaciones se calla y aguanta"	muy bajas o casi nulas una corr1 negativa (-0,107) "Se muerde las uñas."	Positivas Intensidad media alta
Correlación más alta	0,613 "Cuando está sentado/a, se mueve mucho en la silla", y "Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a",	0,652 "Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones" y "Cuando se le explica	0,601 "Pega a los hermanos/as o amigos/as" y "Rompe cosas intencionadamente"	0,535 "Le cuesta hacer amistades" y "En la calle, parque,... prefiere jugar solo/a"	0,493 "Respira fuertemente" y "Habla agitada o entrecortadamente"	(0,671) "Tiene dificultades para comprender lo que lee" y "Lee con lentitud"

		algo, tarda en comprenderlo”				
Correlación más baja	0,041, “Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia” y “Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...” 0,034 “Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata” con “Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...”	0,234 “Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía” y “Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones”.	0,001 “Estropea materiales de la casa: mobiliario, paredes, sin motivo aparente” y “Quiere hacer inmediatamente lo que desea”	0,28 “Llora sin motivo aparente” y “Ante las provocaciones se calla y aguanta”	0,005 “Tiene tics.” Y “Se muerde las uñas”	(0,021) “Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares” y “Se expresa verbalmente con dificultad”
Ítem que aporta más fiabilidad	0,761 “Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a”	0,803 “Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas”	0,802 “Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.”	0,535 “Le cuesta hacer amistades” y “En la calle, parque,... prefiere jugar solo/a”	(0,224) “Habla agitada o entrecortadamente”	(0,842) “Tiene dificultades para expresarse por escrito”
Ítem que aporta menos fiabilidad	0,797 “Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo”	0,823 “Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.”	0,823 Quiere hacer inmediatamente lo que desea.	Restan fiabilidad a la escala (0,724) “Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo” (0,704) “Llora sin motivo aparente”	Resta fiabilidad (0,592) “Se muerde las uñas”	Iguala al alfa puede restar fiabilidad (0,866) “Se expresa verbalmente con dificultad”
Características	Frecuente 18,85 62,83%	Poco frecuente 31,57%	Poco Frecuente 12,95 35,97%	Poco Frecuente 4,93 16,43%	Poco frecuente 2,51 13,94%	Poco frecuente 37,63%
Funcionamiento métrico	Adecuado para diagnóstico				No aportaría mucho para propósi de diag	

Según la Tabla 68, tenemos una selección de estadísticos resumidos para cada una de las variables subyacentes, valoradas por el grupo de los padres de los alumnos. El comentario a estos datos lo realizaremos más abajo y mencionará los datos citados tanto en esta tabla como en la tabla de idénticas características, con datos de los profesores (Tabla 112).

2.5.1.1.2 *Propiedades métricas de la Escala EMA-DDA aplicada en Cuenca y provincia de Cuenca a grupo de Profesores.*

Dimensión 1. Hiperactividad-Profesores.

El análisis de consistencia interna realizado sobre la dimensión de hiperactividad sobre el grupo de profesores presenta los siguientes resultados.

Han respondido un total de 334 profesores, de los cuales han sido validos 325 cuestionarios, es decir contamos con el 97,3 de la muestra.

Tabla 69. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	325	97,3
	Excluidos(a)	9	2,7
	Total	334	100,0

Nota: a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Al realizar el análisis de la fiabilidad de esta dimensión, el Alfa de Cronbach nos arroja una fiabilidad de 0,936, valor muy alto para este tipo de variables. (Tabla 70)

Tabla 70. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,936	,937	10

Al analizar las valoraciones realizadas por el profesorado podemos comprobar que están en torno a 1 (pocas veces), Los ítems en los que se observan mayor frecuencia (Tabla 71) son: “Habla excesivamente.” (1,48); “Cuando está sentado/a, se mueve mucho.” (1,31); “Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a” (1,30); por el contrario en los que los profesores puntúan con menor frecuencia tenemos “Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,..” que obtiene la puntuación más baja (0,68).

Tabla 71. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Profesores: Habla excesivamente.	1,48	,980	
Profesores: Cuando está sentado/a, se mueve mucho.	1,31	1,020	
Profesores: Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a.	1,30	1,041	
Profesores: Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.	1,29	1,029	
Profesores: Hace cosas sin pensar en las posibles consecuencias.	1,15	,986	
Profesores: Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata.	1,08	,989	
Profesores: Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.	1,05	,985	
Profesores: Interrumpe a los demás cuando hablan o están haciendo algo.	1,04	,979	
Profesores: Cuando se le pregunta algo responde muy deprisa, sin pensar.	1,02	,962	
Profesores: Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...	,68	,880	

Como podemos comprobar en la Tabla 72, todas las correlaciones entre los distintos ítems son positivas y altas en esta dimensión lo que nos refuerza la fiabilidad. La correlación más alta se da entre los ítems “Cuando está sentado/a, se mueve mucho.” y “Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a” (0,862); Otros dos ítems que tienen una correlación muy cercana a los anteriores son “Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata.” Y “Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.” (0,810). En el extremo opuesto tenemos “Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo” y “Habla excesivamente.” (0,399) que aunque es la puntuación más baja también es alta.

Tabla 72. Matriz de correlaciones inter-elementos

	Profesores: Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a.	Profesores: Cuando está sentado/a, se mueve mucho.	Profesores: Habla excesivamente.	Profesores: Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.	Profesores: Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...	Profesores: Cuando se le pregunta algo responde muy deprisa, sin pensar.	Profesores: Interrumpe a los demás cuando hablan o están haciendo algo.	Profesores: Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.	Profesores: Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata.	Profesores: Hace cosas sin pensar en las posibles consecuencias.
1.	1,000	,862	,676	,519	,529	,580	,658	,650	,629	,576
2.		1,000	,676	,493	,565	,601	,643	,620	,590	,590
3.			1,000	,399	,420	,527	,665	,594	,567	,485
4.				1,000	,432	,453	,448	,457	,419	,541
5.					1,000	,616	,563	,571	,531	,631
6.						1,000	,684	,670	,621	,645
7.							1,000	,786	,768	,665
8.								1,000	,810	,698
9.									1,000	,706
10.										1,000

Tabla 73. Estadísticos de resumen de los elementos

	Medi a	Mínim o	Máxim o	Rang o	Máximo/mínim o	Varianz a	N de elemento s
Medias de los elemento s	1,140	,677	1,480	,803	2,186	,049	10
Varianza s de los elemento s	,972	,775	1,083	,308	1,397	,007	10

Como podemos comprobar en la tabla siguiente (Tabla 74), el ítem “Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo” (0,939), resta fiabilidad a la escala. Los ítems que más fiabilidad aportan a esta dimensión serían “Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.” “Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia. (0,926) pero como podemos ver todas las puntuaciones están muy próximas, hecho que podemos comprobar al examinar el índice de homogeneidad (IH), en la columna de la correlación elemento-total corregida, donde la mayoría de los valores están próximos a 1, es decir alto.

Tabla 74. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Profesores: Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a.	10,10	49,151	,795	,782	,927
Profesores: Cuando está sentado/a, se mueve mucho.	10,10	49,475	,789	,778	,928
Profesores: Habla excesivamente.	9,92	51,158	,693	,565	,932
Profesores: Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.	10,11	52,364	,565	,366	,939
Profesores: Se mueve con Brusquedad,	10,73	52,545	,667	,502	,933

tropieza, se da golpes,...					
Profesores: Cuando se le pregunta algo responde muy deprisa, sin pensar.	10,38	50,670	,748	,590	,930
Profesores: Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.	10,36	49,528	,824	,734	,926
Profesores: Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.	10,35	49,506	,820	,748	,926
Profesores: Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata.	10,32	49,873	,786	,729	,928
Profesores: Hace cosas sin pensar en las posibles consecuencias.	10,26	50,123	,769	,652	,929

En la valoración global de la escala podemos observar que la media da un valor de 11,40 sobre una puntuación máxima de 30 lo que equivaldría al 38%.

Tabla 75. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
11,40	61,834	7,863	10

Dimensión 2. Inatención-Profesores

Realizado el análisis de la consistencia interna, sobre la dimensión de Inatención en los cuestionarios de profesores hemos obtenido los siguientes resultados. Del total de 334 profesores que completaron el test, han emitido resultados validos en 328 casos, haciendo un total del 98,2% de los encuestados.

Tabla 76. Resumen del procesamiento de los casos

Casos	Válidos	N	%
		328	98,2

Excluidos(a)	6	1,8
Total	334	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Para evaluar la fiabilidad nos fijamos en el Alfa de Cronbach que en este caso da un coeficiente de 0,896; lo que establece un nivel muy alto para este tipo de variables.

Tabla 77. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,896	,897	7

Las valoraciones que hacen los profesores con respecto a la dimensión de inatención están la mayor parte en torno a 1 (pocas veces). Los ítems en los que podemos ver mayor incidencia son “Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares.” (1,42) y “Parece estar "absorto/a en sus pensamientos" (ensimismado, en las nubes).” (1,36). El ítem menos valorado en este aspecto es “Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.” (0,92), que también está muy próximo a 1. Ver tabla 78.

Tabla 78. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Profesores: Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares.	1,42	1,087	
Profesores: Parece estar "absorto/a en sus pensamientos" (ensimismado, en las nubes).	1,36	,958	
Profesores: Despistado/a, tarda en darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor.	1,20	,922	
Profesores: Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.	1,20	,992	
Profesores: Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones.	1,20	,961	
Profesores: Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.	,97	1,053	
Profesores: Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.	,92	,940	

En cuanto a la correlación inter-elementos (Tabla 79), comprobamos que son todas positivas y mantienen una intensidad media alta lo que es concurrente con el buen nivel de fiabilidad observado. El valor más elevado lo aportan la correlación entre los

ítems “Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones” y “Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.” (0,829) mientras que el menor es entre “Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo” y “Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.” (0,415).

Tabla 79. Matriz de correlaciones inter-elementos

	Profesores : Parece estar "absorto/a en sus pensamientos" (ensimismado, en las nubes).	Profesores : Despistado/a, tarda en darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor.	Profesores: Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.	Profesores: Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.	Profesores: Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares.	Profesores: Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.	Profesores: Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones.
1.	1,000	,756	,571	,471	,504	,531	,589
2.		1,000	,617	,462	,538	,550	,608
3.			1,000	,560	,627	,505	,504
4.				1,000	,478	,415	,455
5.					1,000	,556	,543
6.						1,000	,829
7.							1,000

Tabla 80. Estadísticos de resumen de los elementos

	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	1,182	,924	1,424	,500	1,541	,034	7
Varianzas de los elementos	,978	,851	1,181	,330	1,388	,015	7

En lo concerniente a lo que aporta cada ítem a la escala podemos observar que todos ellos presentan una aportación significativa muy similar, siendo el que más aporta “Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones” (0,874) Respecto al índice de homogeneidad podemos decir que es medio alto. (Tabla 81).

Tabla 81. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Profesores: Parece estar "absorto/a en sus pensamientos" (ensimismado, en las nubes).	6,91	22,099	,717	,614	,878
Profesores: Despistado/a, tarda en darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor.	7,08	22,156	,745	,647	,875
Profesores: Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.	7,35	22,247	,715	,556	,878
Profesores: Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.	7,30	22,523	,584	,374	,894
Profesores: Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares.	6,85	21,455	,679	,491	,883
Profesores: Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.	7,08	21,890	,711	,705	,878
Profesores: Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones.	7,08	21,838	,747	,730	,874

En la valoración global de esta dimensión vemos que la puntuación máxima sería 21 y con respecto a ella se ha obtenido una media de 8,27, por lo que le corresponde un porcentaje del 38%.

Tabla 82. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
8,27	29,472	5,429	7

Dimensión 3. Agresividad-Profesores

Del total de 334 profesores que completaron el test, son válidos en 329 haciendo un total del 98,5% de los encuestados. Realizado el análisis de la consistencia interna, sobre la dimensión de Agresividad en los cuestionarios de dichos profesores hemos obtenido los siguientes resultados.

Tabla 83. Resumen del procesamiento de los casos

Casos		N	%
	Válidos	329	98,5
	Excluidos(a)	5	1,5
	Total	334	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El Alfa de Cronbach para esta dimensión es muy alta 0,936, igualando en fiabilidad de la escala a la obtenida en la dimensión de hiperactividad 0,936.

Tabla 84. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,936	,942	13

Los valores de las Tablas 85 y 86 nos permiten ver que la mayor parte de las puntuaciones se encuentran en torno al 0 (0,5) sin llegar al 1 en ninguno de los ítems, es decir han sido valorados con una frecuencia de nunca o casi nunca. Los ítems en los que los profesores han emitido valoraciones más elevadas han sido “Quiere hacer inmediatamente lo que desea.” (0,93) y “Dice mentiras.” (0,72); en el polo opuesto está el ítem “Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.” (0,16).

Tabla 85. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Profesores: Quiere hacer inmediatamente lo que desea.	,93	,946	
Profesores: Dice mentiras.	,72	,822	
Profesores: Se enfurece cuando no	,67	,884	

consigue lo que quiere.		
Profesores: Se pelea con los/as compañeros/as.	,64	,789
Profesores: Protesta, cuando se le dice que haga algo.	,57	,842
Profesores: Grita, cuando se enfada.	,53	,826
Profesores: Cambia bruscamente el humor.	,53	,749
Profesores: Pega a los/as compañeros/as.	,44	,713
Profesores: Contesta de malos modos a los profesores.	,29	,580
Profesores: Quita cosas a sus compañeros/as.	,26	,566
Profesores: Cuando se enfada rompe cosas.	,25	,544
Profesores: Rompe cosas intencionadamente.	,24	,534
Profesores: Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.	,16	,445

Podemos observar que existe una correlación positiva entre todos los ítems, y de una intensidad media alta. La mayor puntuación la obtiene la relación entre “*Cuando se enfada rompe cosas*” y “*Rompe cosas*” (0,775) mientras que la más baja se da entre “*Dice mentiras*” Y “*Grita, cuando se enfada*” (0,377). (Tabla 86)

Tabla 86. Matriz de correlaciones inter-elementos.

	Profesores: Contesta de malos modos a los profesores.	Profesores: Protesta, cuando se le dice que haga algo.	Profesores: Rompe cosas intencionadamente.	Profesores: Pega a los/as compañeros/as.	Profesores: Quiere hacer inmediatamente lo que desea.	Profesores: Grita, cuando se enfada.	Profesores: Cambia bruscamente el humor.	Profesores: Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.	Profesores: Se pelea con los/as compañeros/as.	Profesores: Dice mentiras.	Profesores: Cuando se enfada rompe cosas.	Profesores: Quita cosas a sus compañeros/as.	Profesores: Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.
1	1,000	,671	,669	,579	,510	,615	,629	,634	,602	,446	,581	,519	,530
2		1,000	,559	,450	,613	,629	,607	,681	,494	,475	,557	,457	,470
3			1,000	,591	,450	,551	,570	,564	,553	,476	,775	,604	,678
4				1,000	,520	,496	,518	,512	,783	,446	,554	,557	,515
5					1,000	,621	,590	,644	,579	,438	,490	,416	,417
6						1,000	,729	,766	,577	,377	,639	,391	,472
7							1,000	,772	,580	,426	,652	,432	,530
8								1,000	,590	,480	,649	,406	,485
9									1,000	,530	,593	,526	,474
10										1,000	,480	,613	,467
11											1,000	,565	,698
12												1,000	,663
13													1,000

Tabla 87. Estadísticos de resumen de los elementos

	Medi a	Mínim o	Máxim o	Rang o	Máximo/mínim o	Varianz a	N de elemento s
Medias de los elemento s	,479	,155	,930	,775	6,000	,053	13
Varianza s de los elemento s	,529	,198	,894	,696	4,507	,049	13

Al valorar lo que aportan cada uno de los ítems a la escala vemos que todos ellos presentan aportación significativa y bastante homogénea oscila entre (0,928) y (0,934). Ello es concurrente con el índice de homogeneidad que podemos observar en esta misma gráfica.

Tabla 88. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Profesores: Contesta de malos modos a los profesores.	5,93	44,403	,757	,642	,930
Profesores: Protesta, cuando se le dice que haga algo.	5,65	41,941	,728	,612	,931
Profesores: Rompe cosas intencionadamente.	5,98	44,991	,742	,707	,931
Profesores: Pega a los/as compañeros/as.	5,78	43,517	,698	,669	,931
Profesores: Quiere hacer inmediatamente lo que desea.	5,29	41,280	,693	,543	,933
Profesores: Grita, cuando se enfada.	5,69	41,829	,756	,680	,929
Profesores: Cambia bruscamente el humor.	5,69	42,488	,773	,679	,929

Profesores: Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.	5,55	40,822	,796	,739	,928
Profesores: Se pelea con los/as compañeros/as.	5,59	42,292	,748	,708	,930
Profesores: Dice mentiras.	5,50	43,446	,597	,481	,935
Profesores: Cuando se enfada rompe cosas.	5,98	44,682	,772	,730	,930
Profesores: Quita cosas a sus compañeros/as.	5,96	45,377	,642	,603	,933
Profesores: Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.	6,07	46,337	,669	,616	,934

El Alfa de Cronbach para esta dimensión es muy alta 0,936.

El global de la dimensión ha dado una media de 6,22 de una puntuación máxima de 39 puntos, lo que hace un tanto por ciento de 15,94%.

Tabla 89. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
6,22	50,594	7,113	13

Dimensión 4. Retraimiento-Profesores

De un total de 334 encuestas completadas por el profesorado para esta dimensión, hemos obtenido 324 cuestionarios válidos, lo que hacen un total del 97% de la muestra.

Tabla 90. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	324	97,0
	Excluidos(a)	10	3,0
	Total	334	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

En cuanto a la fiabilidad de esta escala en la variable de retraimiento, el Alfa de

Cronbach arroja unos datos de 0,829 y por ello podemos decir que está dentro de un nivel muy alto de fiabilidad para este tipo de variables.

Tabla 91. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,829	,838	10

En cuanto a la media de las valoraciones podemos decir que se encuentran próximas al 0,5 (nunca o casi nunca), lo que podemos confirmar en las Tablas 92 y 94. Los ítems que con mayor frecuencia han sido puntuados por los profesores son:

“Ante las provocaciones se calla y aguanta.” (0,84); “Habla poco con sus profesores o compañeros/as” (0,58) y “Le cuesta hacer amistades.” (0,56) y el menos valorado es el ítem “Dice que los padres no lo/a aprecian.”(0,15).

Tabla 92. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Profesores: Ante las provocaciones se calla y aguanta.	,84	,891	
Profesores: Habla poco con sus profesores o compañeros/as.	,58	,816	
Profesores: Le cuesta hacer amistades.	,56	,829	
Profesores: Está triste en casa.	,39	,627	
Profesores: En el patio prefiere jugar solo/a.	,36	,718	
Profesores: Se resiste a participar en actividades de cualquier tipo.	,35	,615	
Profesores: Dice que los compañeros/as no lo/a aprecian.	,32	,612	
Profesores: Lloro sin motivo aparente.	,23	,517	
Profesores: Dice que no vale para nada.	,20	,474	
Profesores: Dice que los padres no lo/a aprecian.	,15	,417	

Al valorar las correlaciones entre los ítems, podemos apreciar que siendo todas

positivas destacan una tendencia medio alta, a pesar de encontrarnos dos ítems que destacan sobre los demás. Los ítems que más correlacionan son “Le cuesta hacer amistades.” Con “En el patio prefiere jugar solo/a.” (0,697) y entre los que hay correlación casi nula, tenemos “Llora sin motivo aparente.” Y “Ante las provocaciones se calla y aguanta.” (0,077).

Tabla 93. Matriz de correlaciones inter-elementos

	Profesores: Se resiste a participar en actividades de cualquier tipo.	Profesores: Está triste en casa.	Profesores: Dice que los padres no lo/a aprecian.	Profesores: En el patio prefiere jugar solo/a.	Profesores: Le cuesta hacer amistades.	Profesores: Habla poco con sus profesores o compañeros/as.	Profesores: Dice que los compañeros/as no lo/a aprecian.	Profesores: Ante las provocaciones se calla y aguanta.	Profesores: Dice que no vale para nada.	Profesores: Llora sin motivo aparente.
1.	1,000	,468	,244	,441	,446	,386	,327	,050	,229	,273
2.		1,000	,290	,419	,472	,401	,453	,225	,368	,454
3.			1,000	,208	,321	,229	,543	,035	,482	,205
4.				1,000	,697	,529	,419	,247	,249	,215
5.					1,000	,636	,580	,259	,394	,277
6.						1,000	,443	,292	,359	,214
7.							1,000	,109	,636	,297
8.								1,000	,130	,077
9.									1,000	,335
10.										1,000

Tabla 94. Estadísticos de resumen de los elementos

	Medi a	Mínim o	Máxim o	Rang o	Máximo/mínim o	Varianz a	N de elemento s
Medias de los elemento s	,399	,154	,836	,682	5,420	,043	10
Varianza s de los elemento s	,447	,174	,794	,619	4,554	,044	10

Tabla 95. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Profesores: Se resiste a participar en actividades de cualquier tipo.	3,64	14,906	,490	,332	,816
Profesores: Está triste en casa.	3,60	14,314	,612	,435	,804
Profesores: Dice que los padres no lo/a aprecian.	3,84	16,073	,407	,335	,824
Profesores: En el patio prefiere jugar solo/a.	3,64	13,743	,630	,525	,801
Profesores: Le cuesta hacer amistades.	3,43	12,550	,745	,650	,786
Profesores: Habla poco con sus profesores o compañeros/as.	3,42	13,185	,634	,460	,800
Profesores: Dice que los compañeros/as no lo/a aprecian.	3,67	14,290	,637	,592	,802
Profesores: Ante las provocaciones se calla y aguanta.	3,16	15,062	,254	,140	,850

Profesores: Dice que no vale para nada.	3,79	15,442	,522	,466	,815
Profesores: Lloro sin motivo aparente.	3,76	15,787	,379	,244	,825

Al analizar los ítems para ver cuál de ellos aporta o resta fiabilidad al cuestionario podemos observar claramente como el ítem “Ante las provocaciones se calla y aguanta.” (0,850) que por ser superior al Alfa de Cronbach (0,829) resta fiabilidad a la escala. En el caso de sumar fiabilidad, tenemos: “Le cuesta hacer amistades” (0,786) es el que mayor fiabilidad aporta a la escala y próximo a él tenemos “Habla poco con sus profesores o compañeros/as”, que también aporta.

Tabla 96. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
3,99	17,610	4,196	10

De la valoración total podemos decir que es un rasgo que se muestra poco frecuente con los ítems que integran la escala pues obtiene una media de 3,99, es decir un 13% del total de 30 puntos.

Dimensión 5. Ansiedad-Profesores

En la dimensión de Ansiedad medida en los cuestionarios a profesores hemos obtenido una muestra válida de 310 sobre 334, lo que constituye el 92,8% del total.

Tabla 97. Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	310	92,8
Excluidos(a)	24	7,2
Total	334	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Sobre la fiabilidad de la escala podemos afirmar que se corresponde con un nivel alto para este tipo de variables (.756), aunque desciende en este cuestionario con respecto a la fiabilidad de otras dimensiones.

Tabla 98. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,756	,756	6

Al analizar las valoraciones realizadas por el profesorado podemos ver que la mayor parte se sitúan en torno a 0 (nunca o casi nunca). El ítem que obtiene mayor puntuación es “Habla agitada o entrecortadamente.” (0,58); y el de menor “Tiene mareos, náuseas o vómitos.”(0,09).

Tabla 99. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Profesores: Habla agitada o entrecortadamente.	,58	,827	
Profesores: Respira fuertemente.	,33	,615	
Profesores: Se muerde las uñas.	,30	,636	
Profesores: Le sudan las manos.	,27	,607	
Profesores: Tiene tics.	,17	,513	
Profesores: Tiene mareos, náuseas o vómitos.	,09	,403	

Entre los ítems que observamos con mayor correlación al medir la ansiedad están “Respira fuertemente” y “Habla agitada o entrecortadamente.” (0,606) y los que menos vinculación sería “Tiene mareos, náuseas o vómitos.”, y “Se muerde las uñas.” (0,193). Observamos que son todas positivas y mantienen una intensidad media-baja.

Tabla 100. Matriz de correlaciones inter-elementos

	Profesores: Se muerde las uñas.	Profesores: Tiene tics.	Profesores: Le sudan las manos.	Profesores: Habla agitada o entrecortadamente.	Profesores: Respira fuertemente.	Profesores: Tiene mareos, náuseas o vómitos.
1	1,000	,301	,465	,252	,282	,193
2		1,000	,434	,334	,439	,190

.					
3		1,000		,456	,475
.					
4				1,000	,606
.					
5					1,000
.					
6					1,000
.					

Tabla 101. Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	,291	,094	,581	,487	6,207	,028	6
Varianzas de los elementos	,377	,163	,684	,522	4,206	,031	6

Al estimar la fiabilidad de la escala vemos que aumentaría si eliminamos el ítem “Tiene mareos, náuseas o vómitos.” (0,764) el ítem que más aporta es “Le sudan las manos.” (0,683). Ver tabla 102.

Tabla 102. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Profesores: Se muerde las uñas.	1,45	4,559	,420	,234	,741
Profesores: Tiene tics.	1,58	4,736	,495	,269	,723
Profesores: Le sudan las manos.	1,47	4,172	,631	,411	,683
Profesores: Habla agitada o entrecortadamente.	1,17	3,674	,551	,404	,714
Profesores: Respira fuertemente.	1,42	4,140	,634	,457	,681
Profesores: Tiene mareos, náuseas o vómitos.	1,65	5,398	,290	,090	,764

En este caso, el coeficiente Alfa de Cronbach (0,756) nos indica que la fiabilidad es alta.

En conjunto esta dimensión se muestra como un rasgo poco frecuente, si bien, no es una característica que se dé siempre. Tal cual está medida con los ítems de la escala podemos decir que de 18 puntos que se pueden obtener en la escala y el promedio de 1,75 representa el 0,09 %.

Tabla 103. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
1,75	6,105	2,471	6

En resumen, el funcionamiento métrico de la escala puede considerarse poco adecuado para propósitos de diagnóstico.

Dimensión 6. Rendimiento Académico-Profesores

En la dimensión de Rendimiento Académico hemos tenido una participación de 334 profesores con 20 casos excluidos por defectos de forma, quedándonos 314 casos validos que hacen un porcentaje de 94%.

Tabla 104. Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	314	94,0
Excluidos(a)	20	6,0
Total	334	100,0

(a) Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La fiabilidad para esta dimensión es muy alta al tener un Alfa de Cronbach de 0,933.

Tabla 105. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,933	,932	12

En líneas generales vemos que la mayor parte de las valoraciones (Tablas 106 y 108), ordenadas por la media de mayor a menor puntuación, están próximas al 1 (pocas veces). Los ítems en los que se observa una mayor frecuencia según el profesorado son: “Su escritura es de mala calidad.” (1,34) y el de menor “Se expresa verbalmente con dificultad.” (0,75).

Tabla 106. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Profesores: Su escritura es de mala calidad.	1,34	1,120	314
Profesores: Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares.	1,28	1,090	314
Profesores: Tiene dificultades para expresarse por escrito.	1,26	1,120	314
Profesores: Sus cuadernos y libros escolares están sucios, desordenados,...	1,18	1,020	314
Profesores: Tiene bajo rendimiento escolar.	1,18	1,063	314
Profesores: Tiene dificultades para comprender lo que lee.	1,15	1,062	314
Profesores: Tiene dificultades con las matemáticas.	1,12	1,041	314
Profesores: Lee con lentitud.	1,14	1,114	314
Profesores: Se olvida de las tareas que le encargan los profesores.	1,06	,987	314
Profesores: Le cuesta comprender lo que le dicen.	,93	,994	314
Profesores: Se desanima ante las dificultades escolares.	,88	,933	314
Profesores: Se expresa verbalmente con dificultad.	,75	,978	314

En cuanto a la matriz de correlaciones, analizarla nos permite observar que los ítems que mayor correlación tienen son “Tiene dificultades para comprender lo que lee.” y “Le cuesta comprender lo que le dicen” (0,800); y las que menor puntuación alcanzan son: “Se olvida de las tareas que le encargan los profesores” y “Se expresa verbalmente con dificultad” (0,273). Destacar que todos los valores correlacionan de forma positiva y con una intensidad media-alta.

Tabla 107. Matriz de correlaciones inter-elementos

	Profesores: Se expresa verbalmente con dificultad	Profesores: Lee con lentitud.	Profesores: Tiene dificultades para expresarse por escrito.	Profesores: Le cuesta comprender lo que le dicen.	Profesores: Tiene dificultades para comprender lo que lee.	Profesores: Tiene dificultades con las matemáticas	Profesores: Tiene bajo rendimiento escolar.	Profesores: Se desanima ante las dificultades escolares.	Profesores: Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares.	Profesores: Su escritura es de mala calidad.	Profesores: Sus cuadernos y libros escolares están sucios, desordenados,..	Profesores: Se olvida de las tareas que le encargan los profesores.
1	1,000	,605	,629	,635	,635	,491	,538	,426	,412	,286	,291	,273
2		1,000	,774	,644	,730	,585	,672	,431	,493	,439	,403	,405
3			1,000	,758	,776	,682	,751	,525	,546	,572	,525	,486
4				1,000	,800	,700	,684	,490	,453	,404	,404	,372
5					1,000	,758	,761	,552	,466	,430	,380	,400
6						1,000	,740	,482	,406	,397	,290	,326
7							1,000	,594	,644	,548	,505	,542
8								1,000	,589	,375	,401	,500
9									1,000	,462	,539	,632
10										1,000	,730	,439
11											1,000	,641
12												1,000

Tabla 108. Estadísticos de resumen de los elementos

	Medi a	Mínim o	Máxim o	Rang o	Máximo/mínim o	Varianz a	N de elemento s
Medias de los elemento s	1,105	,748	1,344	,596	1,796	,031	12
Varianza s de los elemento s	1,092	,871	1,255	,384	1,441	,017	12

En cuanto al análisis de la fiabilidad ítem a ítem, podemos concluir que todos ellos aportan fiabilidad a la escala y que los ítems que mayor fiabilidad aportan son: “Tiene dificultades para expresarse por escrito.” y “Tiene bajo rendimiento escolar.” (0,921) respectivamente.

Tabla 109. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Profesores: Se expresa verbalmente con dificultad.	12,52	78,608	,621	,507	,930
Profesores: Lee con lentitud.	12,12	74,733	,745	,662	,925
Profesores: Tiene dificultades para expresarse por escrito.	12,00	72,706	,857	,783	,921
Profesores: Le cuesta comprender lo que le dicen.	12,34	76,065	,765	,715	,925
Profesores: Tiene dificultades para comprender lo que lee.	12,12	74,353	,810	,791	,923
Profesores: Tiene dificultades con las matemáticas.	12,14	76,455	,702	,674	,927
Profesores: Tiene bajo rendimiento	12,09	73,692	,850	,764	,921

escolar.						
Profesores:	Se desanima ante las dificultades escolares.	12,38	78,895	,637	,475	,929
Profesores:	Le cuesta ponerse a realizar tareas escolares.	11,98	76,370	,670	,585	,928
Profesores:	Su escritura es de mala calidad.	11,92	77,205	,603	,615	,931
Profesores:	Sus cuadernos y libros escolares están sucios, desordenados,...	12,09	78,318	,608	,678	,930
Profesores:	Se olvida de las tareas que le encargan los profesores.	12,21	78,938	,594	,566	,931

En esta dimensión, también encontramos que el Alfa de Cronbach es 0,933, lo que nos indica que la fiabilidad es muy alta.

La media global está en 13,26 de un total de 36 puntos que es la puntuación máxima que podría alcanzar lo que hace una media de 36,83%. Podemos afirmar que es un rasgo poco frecuente.

Tabla 110. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
13,26	90,323	9,504	12

En resumen, el funcionamiento métrico de la escala puede considerarse adecuado para propósitos de diagnóstico.

Tabla 111. Estadísticos descriptivos

Observador	Mínimo Estadístico	Máximo Estadístico	Media Estadístico	Desv. típ. Estadístico	Asimetría Estadístico	Erro r típico	Curtosis Estadístico	Erro r típico
Padres	0	10	6,82	2,470	-,912	,133	,147	,266
Hiperactividad Inatención	0	7	1,96	2,038	,907	,134	-,210	,266

	Agresividad	0	12	4,10	2,529	,775	,134	,660	,266
	Retraimiento	0	10	1,23	1,564	1,846	,134	4,447	,266
	Ansiedad	0	4	,72	,892	1,307	,134	1,534	,267
	Rendimiento	0	12	4,21	3,292	,304	,134	-,991	,267
Profesores	Hiperactividad	0	10	3,61	3,471	,609	,133	-1,070	,266
	Inatención	0	7	2,53	2,397	,515	,133	-1,046	,266
	Agresividad	0	13	1,51	2,556	2,214	,133	5,010	,266
	Retraimiento	0	9	,83	1,446	2,286	,133	6,034	,266
	Ansiedad	0	6	,45	,964	2,638	,134	7,472	,266
	Rendimiento	0	12	4,08	3,874	,493	,134	-1,090	,266

Tabla 112. Resumen PROFESORES

Profesores	Hiperactividad	Inatención	Agresividad	Retraimiento	Ansiedad	Bajo Rendimiento
Nº Profesores	325	328	329	324	310	314
(Total = 334)	97,3%	98,2%	98,5%	97%	92,8%	94%
Índice de fiabilidad	(0,936)	(0,896)	(0,936)	(0,829)	(0,756)	0,933.
Alfa de Crombach						
Puntuación media	En torno a 1, pocas veces	En torno a 1, pocas veces	En torno al 0 y 0,5 sin llegar al 1 nunca o casi nunca	En torno al 0 y 0,5 sin llegar al 1 nunca o casi nunca	En torno al 0 nunca o casi nunca	En torno a 1, pocas veces
Media más alta	(1,48) “Habla excesivamente.”	1,42 “Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares.”	(0,93) “Quiere hacer inmediatamente lo que desea.”	(0,84) “Ante las provocaciones se calla y aguanta.”	(0,58) “Habla agitada o entrecortadamente.”	(1,34) “Su escritura es de mala calidad.”
Media más baja	(0,68) “Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,..”	(0,92) “Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía.”	(0,16) “Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente.”	(0,15) “Dice que los padres no lo/a aprecian.”	(0,09) “Tiene mareos, náuseas o vómitos.”	(0,75) “Se expresa verbalmente con dificultad.”
Correlación inter elementos	Positivas y altas	Positivas intensidad media-alta	Positiva Intensidad media alta	Positivas Tendencia media alta	Positivas Tendencia media baja	Positivas Tendencia media alta
Correlación más alta	(0,862) “Cuando está sentado/a, se mueve mucho.” y “Está moviéndose de un lado para otro; no para quieto/a”	(0,829) “Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones” y “Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo.”	(0,775) “Cuando se enfada rompe cosas.” y “Rompe cosas”	(0,697) “Le cuesta hacer amistades.” Con “En el patio prefiere jugar solo/a.”	(0,606) “Respira fuertemente” y “Habla agitada o entrecortadamente.”	(0,800) “Tiene dificultades para comprender lo que lee.” y “Le cuesta comprender lo que le dicen”
Correlación más baja	(0,399) “Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo” y “Habla excesivamente.”	(0,415) “Cuando se le explica algo, tarda en comprenderlo” y “Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.”	(0,377) “Dice mentiras.” Y “Grita, cuando se enfada.”	(0,077) “Llora sin motivo aparente.” Y “Ante las provocaciones se calla y aguanta.”	(0,193) “Tiene mareos, náuseas o vómitos.” Y “Se muerde las uñas.”	(0,273) “Se olvida de las tareas que le encargan los profesores.” Y “Se expresa verbalmente con dificultad”

Ítem aporta mayor fiabilidad	(0,926) “Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo.” “Cuando quiere hacer algo es incapaz de esperar, tener paciencia.	(0,874) “Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o situaciones”	(0,928) “Se enfurece cuando no consigue lo que quiere”.	(0,786) “Le cuesta hacer amistades”	(0,683) “Le sudan las manos.”	(0,921) “Tiene dificultades para expresarse por escrito.” y “Tiene bajo rendimiento escolar.”
Ítem aporta menos fiabilidad	(0,939)” abandona lo que está haciendo sin terminarlo” Resta fiabilidad a la escala	(0,894) “Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas.”	(0,935) “Dice mentiras”	Resta fiabilidad (0,850) “Ante las provocaciones se calla y aguanta.”	Resta fiabilidad (0,764) “Tiene mareos, náuseas o vómitos.”	(0,931) “Su escritura es de mala calidad.”
Características	Alto índice de homogeneidad	Índice homogeneidad medio alto	Alto índice de homogeneidad	Rasgo poco frecuente	Rasgo poco frecuente	Rasgo poco frecuente
Funcionamiento métrico	11,40 38%	8,27 38%	6,22 15,94%	3,99 13%	1,75 0,09%	13,26 36,83%

En la tabla 112 podemos observar los estadísticos más representativos, que hemos analizado en los apartados anteriores, en este caso son valoraciones de los profesores. Esta tabla es igual a la realizada con las valoraciones de los padres. A continuación pasamos a comentar los datos de las dos tablas en conjunto. (Tabla 68 y Tabla 112).

Comentario tablas de padres y profesores

Al analizar en conjunto todas las dimensiones, podemos concluir que las que menor índice de fiabilidad arrojan atendiendo a su Alfa de Cronbach son: Agresividad y Retraimiento. Este hecho es confirmado tanto por los padres como por el profesorado; la puntuación media arrojada en estas dos dimensiones está en torno a 0 y 0,50, es decir valoran la frecuencia de los hechos con “nunca o casi nunca”.

La dimensión que han puntuado los padres como más frecuente es la Hiperactividad, en torno a 2 que equivale a “a menudo”. El profesorado también puntúa ésta como la más frecuente, aunque con una puntuación media en torno a 1 “pocas veces”.

Las dimensiones que presentan menor puntuación media obtienen tanto por padres como por profesores son Agresividad, Retraimiento y Ansiedad, obteniendo esta última los valores más bajos en torno a 0,25 y 0. Al valorar los datos detenidamente de las distintas dimensiones hemos observado que los padres puntúan como conductas menos emitidas la ansiedad y el retraimiento. Esto podríamos entenderlo como que estos factores son más difíciles de valorar por los padres al estar en un entorno familiar libre de presiones para el niño. En este aspecto coinciden con las puntuaciones del profesorado puntuando estos últimos por debajo de los padres.

Los ítems que han obtenido una puntuación media más alta, por parte de padres, son “Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata” (2,19) de la dimensión de Hiperactividad y “Quiere hacer inmediatamente lo que desea” (2,15) de Agresividad. De igual manera obtienen una media más alta para el profesorado: “Habla excesivamente” (1,48) y “Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas” (1,42). Como vemos no coinciden; además de puntuar con menor frecuencia, vemos también que el punto de mira de uno y otro difieren pero no se anulan y por lo tanto aportan información relevante. Los ítems que destacan tienen que ver con la “inmediatez”, con hablar excesivamente, ambos pertenecen a la dimensión de hiperactividad y con “lentitud” al realizar tareas, de la dimensión de Atención.

Al analizar los datos de los ítems que obtienen una puntuación media más baja podemos decir que: tanto padres como profesores coinciden en que puntúan más bajo en las dimensiones de Retraimiento y Ansiedad. Así, “Está triste en casa” (0,20) y “Tiene mareos, náuseas o vómitos” los ítems que menos puntuación alcanzan por parte de los padres y “Dice que los padres no lo/a aprecian” (0,15) y “Tiene mareos, náuseas o vómitos” (0,09) por parte del profesorado; coincidiendo en este ítem como el que menor puntuación media obtiene al valorar la ansiedad.

En la correlación inter-elementos los valores que se obtienen son positivos excepto en retraimiento y ansiedad que son altos y medio-alto, mientras que en padres-ansiedad son muy bajas o casi nulas y en profesores medio-bajo. Volviendo a coincidir en la dimensión de Ansiedad como la que menor correlación inter-elementos mantiene. Al analizar el ítem que mayor correlación alcanza vemos que coinciden en puntuar el mismo ítem excepto en agresividad, pero en ambos casos tiene que ver con romper cosas cuando se enfada. En cuanto a la correlación más baja tanto en padres como en profesores, las alcanzan los mismos ítems en las dimensiones de Retraimiento, Ansiedad y Bajo Rendimiento.

En cuanto a los ítems que más fiabilidad aporta a la escala padres y profesores coinciden en las dimensiones de Agresividad, Retraimiento y Bajo Rendimiento los ítems que más aportan respectivamente son: “Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.”, “Le cuesta hacer amistades” y “Tiene dificultades para expresarse por escrito.

Los ítems que restan fiabilidad a la escala y en los que coinciden padres y profesores son: en Hiperactividad “*Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo*”; y en Retraimiento “*Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo*”. Estos dos ítems restarían fiabilidad a la escala.

Según los datos obtenidos de la valoración de los padres, podemos concluir que únicamente consideran adecuada para diagnóstico la dimensión de Hiperactividad 62,83%, estando de acuerdo que tanto la inatención, como la agresividad y el bajo rendimiento tienen un índice de homogeneidad entre el 32 y el 38% “poco frecuente”.

Sin embargo, en profesores tenemos alto índice de homogeneidad en hiperactividad y en inatención el 38% y en bajo rendimiento 36%.

Esto nos permite concluir que padres y profesores coinciden en que las dimensiones que más aportan a la fiabilidad y homogeneidad de la escala son las dimensiones de: Hiperactividad, Inatención y Bajo rendimiento.

2.5.1.1.3 Totales de la Escala EMA-DDA aplicada en Cuenca y Provincia de Cuenca.

Puntuaciones totales de las escalas aplicadas a los Padres

Tabla 113. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típica	N
PAD-Hiper-tot	6,82	2,470	334
PAD-Inaten-tot	1,96	2,038	333
PAD-Agresiv-tot	4,10	2,529	333
PAD-Retraim-tot	1,23	1,564	333
PAD-Ansiedad-tot	,72	,892	332
PAD-Rendim-tot	4,21	3,292	332

Tabla 114. Matriz de correlaciones

		PAD Hiper- tot	PAD Inaten- tot	PAD Agresiv- tot	PAD Retraim- tot	PAD Ansiedad- tot	PAD Rendim- tot
1.	Correlación de Pearson	1	-,001	,338(**)	-,041	,158(**)	-,172(**)
	Sig. (bilateral)		,985	,000	,452	,004	,002
	N		333	333	333	332	332
2.	Correlación de Pearson		1	,183(**)	,477(**)	,244(**)	,381(**)
	Sig. (bilateral)			,001	,000	,000	,000
	N			333	333	332	332
3.	Correlación de Pearson			1	,299(**)	,226(**)	,125(*)
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,023
	N				333	332	332
4.	Correlación de Pearson				1	,235(**)	,311(**)
	Sig. (bilateral)					,000	,000
	N					332	332
5.	Correlación de Pearson					1	,155(**)
	Sig. (bilateral)						,005
	N						332
6.	Correlación de Pearson						1
	Sig. (bilateral)						
	N						

Nota* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,01 para los cuestionarios respondidos por los padres, se han encontrado correlaciones significativas y positivas entre las siguientes dimensiones: Hiperactividad – Agresividad (0,338), Hiperactividad – Ansiedad (0,158), Inatención- Agresividad (0,183), Inatención – retraimiento (0,477), Inatención – Ansiedad (0,244), Inatención – Rendimiento (0,381), Agresividad – Retraimiento (0,299), Agresividad – Ansiedad (0,226), Retraimiento – Ansiedad (0,235), Retraimiento – Rendimiento (0,311) y Ansiedad – Rendimiento (0,155)

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,01 para los cuestionarios respondidos por los padres, se han encontrado correlaciones significativas y negativas entre la dimensión Hiperactividad y rendimiento (-,172).

Tabla 115. Matriz de correlaciones

		PAD Hiper- tot	PAD Inaten- tot	PAD Agresiv- tot	PAD Retraim- tot	PAD Ansiedad- tot	PAD Rendim- tot
1.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1	-,001	,338(**)	-,041	,158(**)	-,172(**)
			,985	,000	,452	,004	,002
			333	333	333	332	332
2.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N		1	,183(**)	,477(**)	,244(**)	,381(**)
				,001	,000	,000	,000
				333	333	332	332
3.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N			1	,299(**)	,226(**)	,125(*)
					,000	,000	,023
					333	332	332
4.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N				1	,235(**)	,311(**)
						,000	,000
						332	332
5.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N					1	,155(**)
							,005
							332
6.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N						1

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,05 para los cuestionarios respondidos por los padres, se han encontrado correlaciones significativas y positivas entre las dimensiones Agresividad – Rendimiento (0,125).

Cuando la relación es negativa podemos decir que a mayor puntuación obtenida en una dimensión, menor será en la dimensión con la que correlaciona.

Cuando la relación es positiva podemos decir que a mayor puntuación obtenida en una dimensión, más alta será también en la dimensión con la que correlaciona.

Puntuaciones totales de las escalas EMA-DDA aplicadas a los Profesores

Tabla 116. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típica	N
PROF-Hiperac-tot	3,61	3,471	334
PROF-Inaten-tot	2,53	2,397	334
PROF-Agresiv-tot	1,51	2,556	334
PROF-Retraim-tot	,83	1,446	334
PROF-Ansiedad-tot	,45	,964	333
PROF-Rendimien-tot	4,08	3,874	333

Tabla 117. Matriz de correlaciones

		PROF Hiperac- tot	PROF Inaten-tot	PROF Agresiv-tot	PROF Retraim-tot	PROF Ansiedad- tot	PROF Rendimien- tot
1.	Correlación de Pearson	1	,280(**)	,568(**)	,118(*)	,243(**)	,334(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,032	,000	,000
	N		334	334	334	333	333
2.	Correlación de Pearson		1	,160(**)	,416(**)	,325(**)	,740(**)
	Sig. (bilateral)			,003	,000	,000	,000
	N			334	334	333	333
3.	Correlación de Pearson			1	,270(**)	,198(**)	,242(**)
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,000
	N				334	333	333
4.	Correlación de Pearson				1	,329(**)	,405(**)
	Sig. (bilateral)					,000	,000
	N					333	333
5.	Correlación de Pearson					1	,361(**)
	Sig. (bilateral)						,000
	N						333
6.	Correlación de Pearson						1
	Sig. (bilateral)						
	N						

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,01 para los cuestionarios respondidos por los profesores, se han encontrado correlaciones

significativas y positivas entre las siguientes dimensiones: Hiperactividad – Inatención (0,280), Hiperactividad – Agresividad (0,568), Hiperactividad – Ansiedad (0,243), Hiperactividad – Rendimiento (0,334), Inatención – Agresividad (0,160), Inatención – Retraimiento (0,416), Inatención – Ansiedad (0,325), Inatención – Rendimiento (0,740), Agresividad – Retraimiento (0,270), Agresividad – Ansiedad (0,198), Agresividad - Rendimiento (0,242), Retraimiento – Ansiedad (0,329), Retraimiento – Rendimiento (0,405) y Ansiedad – Rendimiento (0,361).

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,05 para los cuestionarios respondidos por los profesores, se han encontrado correlaciones significativas y positivas entre las dimensiones de Hiperactividad – Retraimiento (0,118).

Tabla 118. Matriz de correlaciones

		PROF Hiperac-tot	PROF Inaten-tot	PROF Agresiv-tot	PROF Retraim-tot	PROF Ansiedad-tot	PROF Rendimien-tot
1.	Correlación de Pearson	1	,280(**)	,568(**)	,118(*)	,243(**)	,334(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,032	,000	,000
	N		334	334	334	333	333
2.	Correlación de Pearson		1	,160(**)	,416(**)	,325(**)	,740(**)
	Sig. (bilateral)			,003	,000	,000	,000
	N			334	334	333	333
3.	Correlación de Pearson			1	,270(**)	,198(**)	,242(**)
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,000
	N				334	333	333
4.	Correlación de Pearson				1	,329(**)	,405(**)
	Sig. (bilateral)					,000	,000
	N					333	333
5.	Correlación de Pearson					1	,361(**)
	Sig. (bilateral)						,000
	N						333
6.	Correlación de Pearson						1
	Sig. (bilateral)						
	N						

Nota: *-nivel de significatividad es a 0.01

Nota: **-nivel de significatividad es a 0.05

Como ya hemos señalado anteriormente cuando la relación es positiva podemos decir que a mayor puntuación obtenida en una dimensión, mayor será en la dimensión con la que correlaciona.

Cuando la relación es negativa podemos decir que a mayor puntuación obtenida en una dimensión, más baja será en la dimensión con la que correlaciona.

Comparación de datos totales de la Escala EMA-DDA, aplicada a los Padres y Profesores

Tabla 119. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típica	N
PAD-Hiper-tot	6,82	2,470	334
PAD-Inaten-tot	1,96	2,038	333
PAD-Agresiv-tot	4,10	2,529	333
PAD-Retrain-tot	1,23	1,564	333
PAD-Ansiedad-tot	,72	,892	332
PAD-Rendim-tot	4,21	3,292	332
PROF-Hiperac-tot	3,61	3,471	334
PROF-Inaten-tot	2,53	2,397	334
PROF-Agresiv-tot	1,51	2,556	334
PROF-Retrain-tot	,83	1,446	334
PROF-Ansiedad-tot	,45	,964	333
PROF-Rendimien-tot	4,08	3,874	333

Tabla 120. Matriz de correlaciones

		PAD Hiper-tot	PAD Inaten- tot	PAD Agresiv- tot	PAD Retraim- tot	PAD Ansiedad - tot	PAD Rendim- tot	PROF Hiperac- tot	PROF Inaten-tot	PROF Agresiv- tot	PROF Retraim- tot	PROF Ansided ad -tot	PROF Rendimi en-tot
1	Correlación de Pearson	1	-,001	,338(**)	-,041	,158(**)	-,172(**)	,209(**)	-,121(*)	,141(**)	-,130(*)	,000	-,123(*)
	Sig. (bilateral)		,985	,000	,452	,004	,002	,000	,027	,010	,017	,995	,025
	N		333	333	333	332	332	334	334	334	334	333	333
2	Correlación de Pearson		1	,183(**)	,477(**)	,244(**)	,381(**)	-,053	,120(*)	-,072	,204(**)	,131(*)	,153(**)
	Sig. (bilateral)			,001	,000	,000	,000	,332	,029	,190	,000	,017	,005
	N			333	333	332	332	333	333	333	333	332	332
3	Correlación de Pearson			1	,299(**)	,226(**)	,125(*)	,204(**)	-,028	,140(*)	,061	-,006	,035
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,023	,000	,609	,010	,264	,917	,528
	N				333	332	332	333	333	333	333	332	332
4	Correlación de Pearson				1	,235(**)	,311(**)	-,001	,154(**)	-,009	,244(**)	,083	,175(**)
	Sig. (bilateral)					,000	,000	,992	,005	,869	,000	,131	,001
	N					332	332	333	333	333	333	332	332
5	Correlación de Pearson					1	,155(**)	,057	-,009	,011	-,039	,090	,024
	Sig. (bilateral)						,005	,302	,877	,840	,474	,102	,664
	N						332	332	332	332	332	331	331
6	Correlación de Pearson						1	,090	,397(**)	,112(*)	,289(**)	,255(**)	,548(**)
	Sig. (bilateral)							,103	,000	,042	,000	,000	,000
	N							332	332	332	332	331	331
7	Correlación de Pearson							1	,280(**)	,568(**)	,118(*)	,243(**)	,334(**)
	Sig. (bilateral)								,000	,000	,032	,000	,000
	N								334	334	334	333	333
8	Correlación de Pearson								1	,160(**)	,416(**)	,325(**)	,740(**)
	Sig. (bilateral)									,003	,000	,000	,000
	N									334	334	333	333
9	Correlación de Pearson									1	,270(**)	,198(**)	,242(**)
	Sig. (bilateral)										,000	,000	,000
	N										334	333	333

10	Correlación de Pearson	1	,329(**)	,405(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N		333	333
11	Correlación de Pearson		1	,361(**)
	Sig. (bilateral)			,000
	N			333
12	Correlación de Pearson			1
	Sig. (bilateral)			
	N			

Nota:* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,01 para los cuestionarios respondidos por los padres-profesores, se han encontrado correlaciones significativas y positivas entre las siguientes dimensiones: Hiperactividad – Hiperactividad (0,209), Hiperactividad - Agresividad (0,141), Inatención - Retraimiento (0,204), Inatención - Rendimiento (0,153), Agresividad – Hiperactividad (0,204), Retraimiento - Inatención (0,154), Retraimiento - Retraimiento (0,244), Retraimiento – Rendimiento (0,175), Rendimiento - Inatención (0,397), Rendimiento – Retraimiento (0,289), Rendimiento- Ansiedad (0,255) y Rendimiento - Rendimiento (0,548).

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,05 para los cuestionarios respondidos por los padres-profesores, se han encontrado correlaciones significativas y positivas entre las siguientes dimensiones: Inatención - Inatención (0,120), Inatención – Ansiedad (0,131), Agresividad – Agresividad (0,140) y Rendimiento - Agresividad (0,112).

Con el análisis del estadístico de correlación de Pearson y un nivel de confianza 0,05 para los cuestionarios respondidos por los padres y profesores, se han encontrado correlaciones significativas y negativas entre las siguientes dimensiones: Hiperactividad – Inatención (-0,121), Hiperactividad – Retraimiento (-0,130) e Hiperactividad – Rendimiento (-0,123).

Tabla 121. Matriz de correlaciones

		PAD Hiper-tot	PAD Inaten-tot	PAD Agresiv- tot	PAD Retraim- tot	PAD Ansiedad- tot	PAD Rendim- tot	PROF Hiperac- tot	PROF Inaten-tot	PROF Agresiv- tot	PROF Retraim- tot	PROF Ansieda- d-tot	PROF Rendimie n-tot
1	Correlación de Pearson	1	-,001	,338(**)	-,041	,158(**)	-,172(**)	,209(**)	-,121(*)	,141(**)	-,130(*)	,000	-,123(*)
	Sig. (bilateral)		,985	,000	,452	,004	,002	,000	,027	,010	,017	,995	,025
	N		333	333	333	332	332	334	334	334	334	333	333
2	Correlación de Pearson		1	,183(**)	,477(**)	,244(**)	,381(**)	-,053	,120(*)	-,072	,204(**)	,131(*)	,153(**)
	Sig. (bilateral)			,001	,000	,000	,000	,332	,029	,190	,000	,017	,005
	N			333	333	332	332	333	333	333	333	332	332
3	Correlación de Pearson			1	,299(**)	,226(**)	,125(*)	,204(**)	-,028	,140(*)	,061	-,006	,035
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,023	,000	,609	,010	,264	,917	,528
	N				333	332	332	333	333	333	333	332	332
4	Correlación de Pearson				1	,235(**)	,311(**)	-,001	,154(**)	-,009	,244(**)	,083	,175(**)
	Sig. (bilateral)					,000	,000	,992	,005	,869	,000	,131	,001
	N					332	332	333	333	333	333	332	332
5	Correlación de Pearson					1	,155(**)	,057	-,009	,011	-,039	,090	,024
	Sig. (bilateral)						,005	,302	,877	,840	,474	,102	,664
	N						332	332	332	332	332	331	331
6	Correlación de Pearson							1	,090	,397(**)	,112(*)	,289(**)	,255(**)
	Sig. (bilateral)								,103	,000	,042	,000	,000
	N								332	332	332	332	331
7	Correlación de Pearson								1	,280(**)	,568(**)	,118(*)	,243(**)
	Sig. (bilateral)									,000	,000	,032	,000
	N									334	334	334	333
8	Correlación de Pearson									1	,160(**)	,416(**)	,325(**)
	Sig. (bilateral)										,003	,000	,000
	N										334	334	333
9	Correlación de Pearson										1	,270(**)	,198(**)
	Sig. (bilateral)											,000	,000
	N											334	333
10	Correlación de Pearson											1	,329(**)
													,405(**)

	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	333	333
11	Correlación de Pearson	1	,361(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N		333
12	Correlación de Pearson		1
	Sig. (bilateral)		
	N		

Como ya señalamos anteriormente cuando la relación es positiva podemos decir que a mayor puntuación obtenida en una dimensión, mayor será en la dimensión con la que correlaciona.

Cuando la relación es negativa podemos decir que a mayor puntuación obtenida en una dimensión, más baja será en la dimensión con la que correlaciona.

2.5.2 - Análisis de datos obtenidos con EMA-DDA mediante la Teoría de Respuesta al Ítem

Previamente, hemos realizado el análisis de validez y fiabilidad de cada una de las sub-escalas de acuerdo con las premisas de la Teoría Clásica del Test.

En este caso, también vamos a estudiar la calidad de los ítems mediante el ajuste al Modelo Métrico Rasch (MMR) a través de observación de la relación entre un valor esperado y un valor real. Según MMR las características de ítems y de sujetos deben ajustarse a unos límites, reflejados a través de los estadísticos, los cuales podemos observar en las tablas desde TRI 1 hasta TRI 12.

Estas tablas reúnen estadísticos apropiados para observar el comportamiento de los ítems de las sub-escalas correspondientes. Los ítems están ordenados por su medida o puntuación de facilidad o dificultad del ítem valorada por los respondientes (segunda columna, de mayor a menor), e incluyen además: el error estándar de la medida anterior como una indicación de la precisión (3ª columna) y las columnas 4ª y 5ª incluyen los estadígrafos de ajuste interno INFIT (la media cuadrática y las puntuaciones Z estandarizadas). El INFIT es sensible a “anomalías” en los patrones de respuesta a reactivos cercanos al nivel de rasgo medida de los respondientes.

Las columnas 6ª y 7ª son los estadísticos de ajuste externo OUTFIT e incluyen los mismos indicadores que el INFIT y se interpretan con los mismos umbrales críticos. Estos criterios son sensibles a valores extremos en los datos. Captan “anomalías” en patrones de respuesta a los ítems lejanos al nivel de rasgo medida de los sujetos.

La última columna ofrece datos para la correlación punto-medida, y se interpreta como una correlación que mide el grado de asociación entre la puntuación observada para el ítem y la puntuación total observada en el examen para este ítem. Los valores altos de este estadístico son un indicativo de que el ítem trabaja para mejorar la fiabilidad de la escala.

Cabe señalar que las puntuaciones Z estandarizadas en algunos casos serán excesivos, debido a que estamos trabajando con grupos de sujetos focalizados, que ya tienen un problema de desarrollo detectado previamente, aunque la escala aplicada fue

diseñada para las poblaciones de alumnos y alumnas comunes de los centros educativos genéricos, no especiales, de educación obligatoria.

Todas las conclusiones se han basado en las recomendaciones e indicaciones del manual de González-Montesinos (2008).

2.5.2.1 Análisis TRI de la escala EMA-DDA aplicadas a Padres.

Dimensión 1. Hiperactividad-Padres

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Padres, se pueden observar en la Tabla TRI 1.

Tabla 122. Tabla TRI 1. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Hiperactividad aplicada a Padres.

ÍTEM	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT		OUTFIT		PT-MEA CORR.
			MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	
PA05R	2,59	,15	1,19	2,4	1,59	2,4	,48
PA06R	1,44	,14	,92	-1,5	,84	-1,4	,62
PA10R	,44	,14	1,00	,0	,92	-,8	,58
PA04R	-,10	,15	1,32	3,8	1,40	2,9	,43
PA02R	-,45	,16	,86	-1,7	,77	-1,6	,61
PA03R	-,56	,16	1,02	,2	1,26	1,5	,52
PA01R	-,73	,17	,84	-1,8	,72	-1,6	,61
PA07R	-,73	,17	,89	-1,2	,79	-1,2	,59
PA08R	-,81	,17	,84	-1,8	,70	-1,7	,61
PA09R	-1,08	,18	1,08	,8	1,21	1,0	,48

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Hiperactividad, aplicada a Padres, son las siguientes:

- El ítem más “fácil” o que más puntuación reúne es el 09, el más “difícil” es el 05.
- La mayoría de los ítems están en el rango productivo, excepto el ítem 05 “*Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes...*”, que despunta en su valor de ajuste externo, indicando una tendencia a “ruido” aleatorio en la formulación de la pregunta o afirmación.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste en su pertenencia a la escala. No obstante, los reactivos 04 “*Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo*”, 05 señalado arriba, y 09 “*Si desea algo, intenta conseguirlo de manera inmediata*”, son los que presentan los niveles más bajos.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan valores excesivos en los casos de los ítems 04 y 05, tanto en los patrones de respuesta cercanos como lejanos de rasgo que se pretende medir.
- En conjunto, los reactivos presentan buenos indicadores en general.

- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 10 ítems aplicados a Padres es de ,98 y el índice de fiabilidad aplicado a las personas es de ,59, calculado incluyendo los casos de puntuaciones extremas. En el caso de fiabilidad de ítems el nivel es excelente, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El nivel de fiabilidad por personas es medio-alto, por lo que podemos concluir que la sub-escala es suficientemente adecuada para una buena discriminación de las características que pretende medir, cuando es aplicada en un grupo con la dificultad de aprendizaje identificada.

Dimensión 2. Inatención-Padres

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Padres, se pueden observar en la Tabla TRI 2.

Tabla 123. Tabla TRI 2. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Inatención aplicada a Padres.

ÍTEM	MEASURE	MODEL	INFIT		OUTFIT		PT-MEA
		S.E.	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	CORR.
PA18R	1,27	,20	,95	-,4	,88	-,5	,63
PA17R	,98	,19	1,11	1,1	1,01	,1	,60
PA21R	,41	,18	,99	-,1	1,04	,4	,66
PA20R	-,05	,17	,97	-,4	,93	-,5	,69
PA16R	-,19	,17	,98	-,2	,98	-,2	,68
PA15R	-,55	,16	,98	-,3	,99	-,1	,70
PA19R	-1,87	,17	1,06	,8	,95	-,2	,70

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Inatención, aplicada a Padres, son las siguientes:

- El ítem que reúne mayor puntuación es el 19 “*Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares*”, y con menor puntuación es el 18 “*Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas*”.
- Todos los ítems están próximos al nivel óptimo de ajuste interno y externo.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste en su pertenencia a la escala.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores muy adecuados.
- En conjunto, los reactivos presentan buenos indicadores en general.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 7 ítems aplicados a Padres es de ,97 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de ,47 calculado incluyendo los casos de puntuaciones extremas. El nivel de fiabilidad por personas es medio-bajo, por lo que podemos concluir la sub-escala se puede utilizar para

discriminación de las características que pretende medir (Inatención), cuando es aplicada en un grupo con la dificultad de aprendizaje identificada.

Dimensión 3. Agresividad-Padres

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Padres, se pueden observar en la Tabla TRI 3.

Tabla 124. Tabla TRI 3. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Agresividad aplicada a Padres.

ÍTEM	MEASURE	MODEL	INFIT		OUTFIT		PT-MEA
		S.E.	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	CORR.
PA33R	2.89	.30	.86	-.6	.49	-1.0	.43
PA31R	2.23	.25	.69	-2.0	.28	-2.1	.54
PA23R	2.10	.24	.78	-1.4	.52	-1.1	.51
PA34R	1.58	.21	1.48	3.2	3.13	3.5	.27
PA32R	1.46	.20	.90	-.7	.84	-.3	.51
PA24R	1.20	.19	.83	-1.6	.52	-1.6	.56
PA30R	.20	.16	1.20	2.4	1.54	2.3	.45
PA29R	-.17	.15	.89	-1.5	.77	-1.3	.60
PA27R	-.19	.15	1.10	1.4	1.21	1.2	.52
PA28R	-2.13	.14	.83	-2.7	.82	-1.0	.65
PA26R	-2.28	.14	.86	-2.1	.87	-.6	.63
PA22R	-3.17	.16	1.16	1.9	1.36	1.4	.47
PA25R	-3.71	.17	1.05	.5	1.92	2.5	.47

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Agresividad, aplicada a Padres, son las siguientes:

- El ítem más popular o con más respuestas es el 25 “Pega a los/as compañeros”, el más complicado de responder es el 33 “Quita cosas a sus compañeros/as” con una diferencia de casi 7 puntos.
- Los ítems están en los límites correctos de ajuste interno, pero los ítems 25, 30 “Se pelea con los/as compañeros” y el 34 “Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente” presentan los índices demasiado altos en el ajuste externo, por lo que en la medición del rasgo Agresividad en los casos extremos no se presenta el ajuste al MMR, quizás por un “ruido” aleatorio en la formulación de estos ítems.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste en su pertenencia a la escala. El ítem 34 presenta un nivel medio-bajo, con un .27 de índice.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores muy adecuados en casi todos los casos, siendo las más altas en los ítems ya señalados (25, 30 y 34), lo que plantea la revisión o eliminación de éstos de la escala para una mejor fiabilidad.

- En conjunto, los reactivos presentan buenos indicadores en general, salvo alguno de ellos (25, 30 y 34). El ítem 34 sería un candidato a eliminación de la escala, para mejorar la validez de la prueba.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 12 ítems aplicados a Padres es de .99 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .71 calculado incluyendo los casos de puntuaciones extremas. El nivel de fiabilidad por personas es alto, por lo que podemos concluir la sub-escala es adecuada para medición del parámetro latente de la escala (agresividad), a través de las valoraciones de los Padres de alumnos.

Dimensión 4. Retraimiento-Padres

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Padres, se pueden observar en la Tabla TRI 4.

Tabla 125. Tabla TRI 4. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Retraimiento aplicada a Padres

ÍTEM	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT		OUTFIT		PT-MEA CORR.
			MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	
PA35R	1.80	.34	.78	-.7	.30	-2.1	.40
PA36R	.98	.25	1.00	.1	.77	-.8	.35
PA42R	.73	.23	.89	-.6	.67	-1.4	.43
PA37R	.25	.20	.94	-.4	.88	-.6	.43
PA38R	.01	.19	.80	-1.8	.67	-2.2	.54
PA40R	-.16	.18	.92	-.8	.84	-1.1	.48
PA43R	-.25	.17	1.07	.7	1.10	.8	.39
PA39R	-.55	.16	.99	-.1	1.00	.0	.46
PA41R	-1.13	.15	1.05	.7	1.04	.5	.48
PA44R	-1.67	.14	1.34	6.2	1.70	8.3	.32

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Retraimiento, aplicada a Padres, son las siguientes:

- El ítem más sencillo de escoger es el 44 “Llora sin motivo aparente”, el más “difícil” es el 35 “Se resiste a participar en actividades de cualquier tipo” con una diferencia de 3.5 puntos aproximadamente.
- Todos los ítems están en los límites correctos de ajuste interno y externo, excepto el ítem 44 con 1.7 de límite superior de ajuste externo, lo que indica la tendencia a contener algún “ruido” aleatorio en la formulación de ítem.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores adecuados en casi todos los casos, siendo las más altas en los ítems 35, 38 “En el patio prefiere jugar solo/a” y 44. El ítem 44 presenta un valor de D.T. estandarizada excesivo con un 8.3.

- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste en su pertenencia a la escala.
- En conjunto, los reactivos presentan buenos indicadores en general, salvo alguno de ellos (44).
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 10 ítems aplicados a Padres es de ,95 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .00, aunque el coeficiente Alpha (KR-20) calculado a partir de los aciertos es de .97. El índice es nulo por personas quizás debido a la gran cantidad de casos mínimos extremos (86) lo que dificulta el cálculo del coeficiente.

Para poder observar el ajuste de ítems con distribución de las respuestas de las personas, introducimos el gráfico mapa de Wright (Gráfico TRI 1).

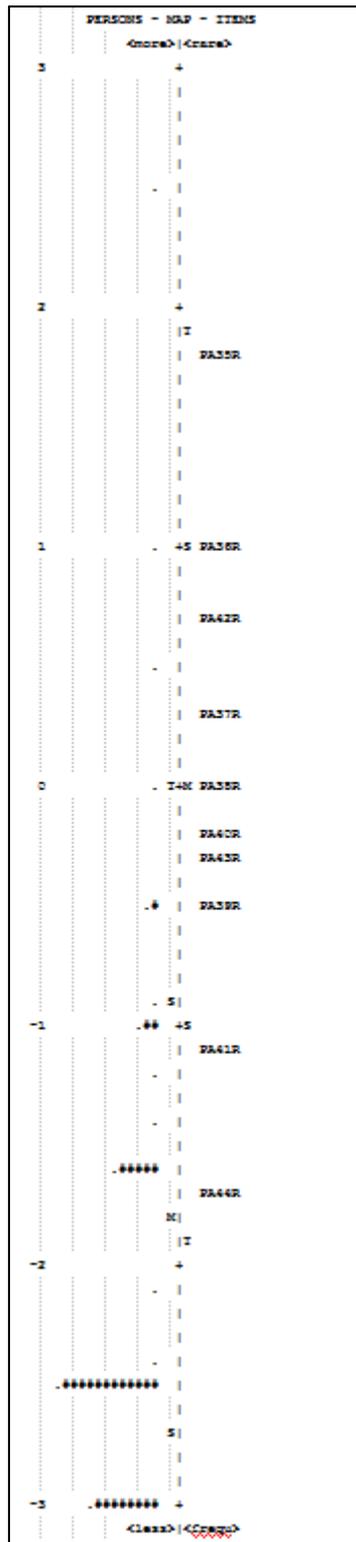


Figura 21. Gráfico TRI 1. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Retraitement, aplicada a Padres.

En el gráfico TRI 1 vemos claramente la distribución, demostrada con los indicadores anteriormente mencionados. La mayoría de las personas se concentran en su rasgo latente entre las opciones mínimas de respuestas (entre -2 y -3), cuando la

distribución de los ítems está en los niveles altos y llega hasta -1.67 en el caso del ítem 44.

Dimensión 5. Ansiedad-Padres

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Padres, se pueden observar en la Tabla TRI 5.

Tabla 126. Tabla TRI 5. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Ansiedad aplicada a Padres.

ÍTEM	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT		OUTFIT		PT-MEA CORR.
			MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	
PA49R	1.37	.37	1.07	.3	1.59	1.4	.26
PA46R	.34	.27	1.07	.5	1.01	.1	.45
PA45R	.31	.27	1.06	.4	1.02	.2	.46
PA48R	.08	.25	.85	-1.1	.83	-1.0	.57
PA50R	-.76	.22	1.10	1.2	1.10	1.0	.58
PA47R	-1.34	.21	.86	-2.2	.83	-2.0	.75

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Ansiedad, aplicada a Padres, son las siguientes:

- El ítem más fácil de acertar es el 47 “Le sudan las manos”, el más difícil o complicado es el 49 “Respira fuertemente”.
- Todos los ítems están en los límites correctos de ajuste interno y externo, excepto al ítem 49, con la media cuadrática que indica la tendencia superar el límite alto de ajuste externo, lo que puede indicar que hay algunos respondientes que exceden la expectativa del MMR o el ítem está formulado de manera poco concreta para los respondientes.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores adecuados, excepto en el caso de la variable 47, con la tendencia a exceder del límite permitido por MMR para resultar productivo para la escala.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste, salvo el ítem 49, que está en .26.
- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general, salvo alguno de ellos – ítem 49.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 6 ítems aplicados a Padres es de .90 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .00, aunque el coeficiente Alpha (KR-20) calculado a partir de los aciertos es de .99. El índice es nulo por personas podría resultar de la gran cantidad de personas que han puntuado como casos mínimos extremos (229 personas), dificultando el cálculo de acuerdo en las puntuaciones. En todo caso, la fiabilidad de las puntuaciones

positivas es de .34, calculado a partir de las puntuaciones de todo el grupo (incluyendo casos extremos).

El caso de fiabilidad nula para la consistencia inter-personas es semejante al caso de la escala anterior, y acudimos de nuevo a una representación gráfica para demostrar la incoherencia de las distribuciones entre ítem-personas en el caso de esta sub-escala de Ansiedad, aplicada a Padres (Gráfico TRI 2).

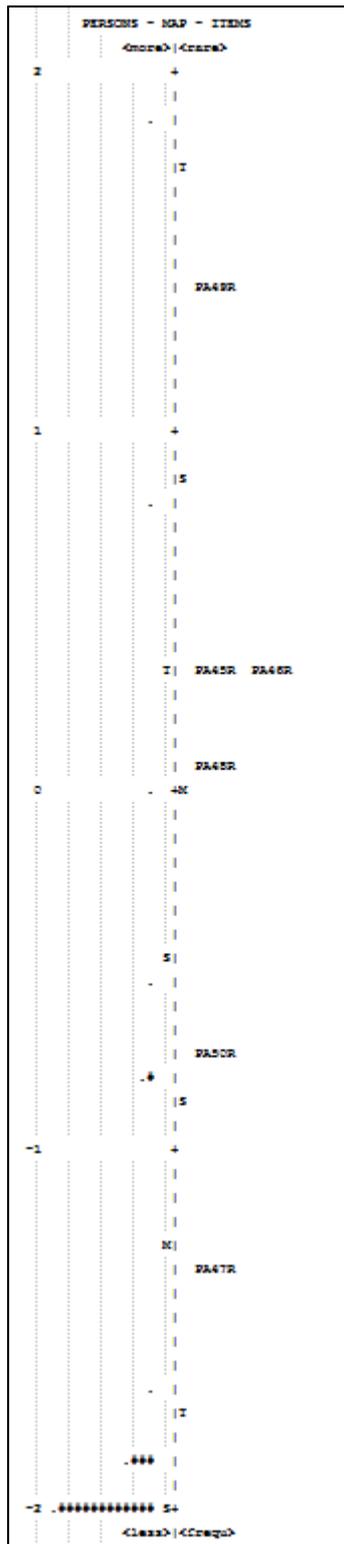


Figura 22. Gráfico TRI 2. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Ansiedad, aplicada a Padres.

La distribución que observamos en el gráfico TRI 2 señala lo que ya nos han mostrado los datos de la tabla de estadísticos, y tiene el paralelismo con la situación de distribución de los datos en la sub-escala anterior, llevadas al extremo. Vemos que el

rasgo latente que se pretende medir se distribuye en la puntuación mínima de respuesta, cuando los ítems están distribuidos de manera totalmente diferente, con concentración en las puntuaciones medias de la escala, ajustando al MMR. Aquí se observa, desde el gráfico, el desajuste entre el grupo de estudio y la dificultad o probabilidad de respuestas de la escala que se aplica al grupo.

Dimensión 6. Rendimiento-Padres

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Padres, se pueden observar en la Tabla TRI 6.

Tabla 127. Tabla TRI 6. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Rendimiento aplicada a Padres.

ÍTEM	MEASURE	MODEL	INFIT		OUTFIT		PT-MEA
		S.E.	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	CORR.
PA51R	1.93	.19	1.09	.8	1.25	.9	.37
PA54R	1.07	.16	1.03	.4	.97	-.1	.48
PA57R	.14	.15	.78	-3.7	.67	-3.2	.66
PA62R	.12	.15	1.05	.8	.94	-.5	.57
PA58R	.08	.15	1.03	.5	1.02	.2	.57
PA55R	.06	.14	.80	-3.4	.67	-3.3	.66
PA61R	-.02	.14	1.27	4.2	1.45	3.7	.47
PA56R	-.13	.14	1.03	.6	1.10	.9	.58
PA52R	-.22	.14	.88	-2.1	.95	-.5	.64
PA53R	-.57	.14	.87	-2.2	.79	-2.1	.68
PA60R	-.85	.15	1.12	1.8	1.12	1.1	.60
PA59R	-1.63	.16	1.08	1.0	1.19	1.2	.65

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Rendimiento, aplicada a Padres, son las siguientes:

- El ítem más sencillo de acertar es el 59 “Le cuesta ponerse realizar tareas escolares”, el más “difícil” es el 51 “Se expresa verbalmente con dificultad”, con una diferencia de 3.5 puntos entre ellos, aproximadamente.
- Todos los ítems están en los límites productivos de ajuste interno y externo.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores dispares, y en el caso de las variables 53 “Tiene dificultades para expresarse por escrito”, 55 “Tiene dificultades para comprender lo que lee” y 57 “Tiene bajo rendimiento escolar” podemos observar el despunte hacia abajo, es decir, unas desviaciones estándar que indican la dispersión hacia puntuaciones más bajas en el caso de estas variables. En el caso de la variable 61 “Sus cuadernos y libros escolares están sucios, desordenados,...” tenemos indicios de un despunte por arriba, indicando los valores más altos de la sub-escala.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste, salvo el ítem 51, que está en .37.

- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general y queda demostrada su adecuación para medir el rasgo latente Rendimiento en este grupo.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 12 ítems aplicados a Padres es de .97 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .67, lo que podemos cualificar como medio-alto.

2.5.2.2 Análisis TRI de la escala EMA-DDA aplicadas a Profesores.

Dimensión 1. Hiperactividad-Profesores

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Profesores, se pueden observar en la Tabla TRI 7.

Tabla 128. Tabla TRI 7. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Hiperactividad aplicada a Profesores.

ÍTEM	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT		OUTFIT		PT-MEA CORR.
			MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	
PR05R	1,96	,22	1,26	2,0	1,82	2,0	,63
PR06R	,66	,18	,99	,0	1,31	1,7	,72
PR07R	,28	,18	,75	-2,9	,58	-3,3	,79
PR09R	,19	,17	,85	-1,6	,76	-1,8	,77
PR08R	,10	,17	,76	-2,9	,64	-2,9	,79
PR10R	,06	,17	,96	-,4	,98	-,1	,74
PR04R	-,56	,17	1,51	5,5	1,89	5,1	,61
PR01R	-,62	,17	,85	-1,9	,86	-1,0	,76
PR02R	-,65	,17	,85	-1,9	,82	-1,3	,77
PR03R	-1,42	,17	1,14	1,9	1,33	1,6	,69

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Hiperactividad, aplicada a Profesores, son las siguientes:

- El ítem más “fácil” de aceptar por los profesores es el 03 “*Habla excesivamente*”, el más “difícil” es el 05 “*Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,...*”
- La mayoría de los ítems están en los límites productivos de ajuste interno y externo, salvo al ítem 05 anteriormente señalado, que despunta en el ajuste externo con 1.82 de media cuadrática, y el ítem 04 “*Abandona lo que está haciendo, sin terminarlo*”, que excede del límite de ajuste al MMR con 1.51 de ajuste interno y el 1.89 de ajuste externo. Las puntuaciones altas indican un ruido aleatorio en las formulaciones de ítems.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores dispares, y en el caso de las dos variables señaladas 04 y 05, podemos hablar de descartarlas en la utilización en la escala, si queremos encontrar el ajuste al modelo.

- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste.
- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general, salvo alguno de ellos – ítems 04 y 05, y debería considerarse su pertenencia a la escala.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 10 ítems aplicados a Profesores es de .95 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .70, lo que podemos cualificar como medio-alto.

Dimensión 2. Inatención-Profesores

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Profesores, se pueden observar en la Tabla TRI 8.

Tabla 129. Tabla TRI 8. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Inatención aplicada a Profesores.

ÍTEM	MEASURE	MODEL	INFIT		OUTFIT		PT-MEA CORR.
		S.E.	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	
PR17R	,89	,18	,97	-,4	,85	-1,0	,70
PR18R	,87	,18	1,06	,8	1,23	1,5	,67
PR16R	,04	,17	,91	-1,2	,87	-1,4	,74
PR20R	-,07	,16	1,02	,3	,98	-,1	,72
PR21R	-,10	,17	,96	-,6	,88	-1,2	,73
PR15R	-,47	,16	,96	-,6	,97	-,3	,74
PR19R	-1,17	,17	1,17	2,1	1,14	1,0	,71

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Inatención, aplicada a Profesores, son las siguientes:

- El ítem más sencillo de escoger es el 19 “*Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares*”, el más “difícil” es el 17 “*Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía*”.
- Todos los ítems están en los límites productivos de ajuste interno y externo.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores correctos, con alguna excepción (ítem 19) que comparado con otros estadísticos de este ítem no hace tomar decisiones sobre su productividad para la sub-escala.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste.
- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 7 ítems aplicados a Profesores es de .93 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .56, lo que podemos calificar como medio, al considerar que existen 106 sujetos que valoran

la escala con las puntuaciones máximas, revelando el acuerdo muy alto en las valoraciones.

Dimensión 3. Agresividad-Profesores

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Profesores, se pueden observar en la Tabla TRI 9.

Tabla 130. Tabla TRI 9. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Agresividad aplicada a Profesores.

ÍTEM	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT		OUTFIT		PT-MEA CORR.
			MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	
PR34R	2,89	,56	1,05	,3	1,45	,7	,46
PR32R	1,83	,39	,79	-,7	,26	-1,2	,56
PR24R	1,68	,37	,78	-,8	1,26	,6	,55
PR33R	1,42	,35	1,16	,7	1,25	,6	,49
PR22R	1,20	,33	,98	,0	,61	-,7	,56
PR25R	-,11	,24	1,06	,5	,83	-,6	,63
PR28R	-,50	,23	,87	-1,0	,70	-1,4	,69
PR27R	-,70	,22	,74	-2,3	,63	-2,0	,73
PR23R	-1,03	,21	1,02	,2	,94	-,3	,69
PR30R	-1,08	,21	1,03	,3	1,18	1,0	,68
PR29R	-1,47	,20	,70	-3,3	,60	-2,7	,78
PR31R	-1,50	,20	1,56	4,8	1,78	3,9	,57
PR26R	-2,62	,20	1,15	1,8	1,06	,4	,71

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Agresividad, aplicada a Profesores, son las siguientes:

- El ítem que reúne mayor número de aciertos es el 26 “*Quiere hacer inmediatamente lo que desea*”, y menos popular es el 34 “*Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente*”.
- Todos los ítems están en los límites productivos de ajuste interno y externo, salvo el ítem 31 que excede en el límite de ajuste externo. Este ítem no aporta al proceso de medición.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores correctos, con alguna excepción (ítem 31 “*Dice mentiras*”)
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un buen nivel de ajuste. El ítem 34 tiene el indicador más bajo con .46.
- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general, salvo el ítem 31, que debería ser revisado para su pertenencia a la escala.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 13 ítems aplicados a Profesores es de .96 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .30, lo que

podemos cualificar como bajo, pero al considerar que existen 184 sujetos que valoran la escala con las puntuaciones mínimas y estimadas como valoraciones extremas, y tomar en cuenta que el índice de fiabilidad de las puntuaciones positivas es de .98 podemos admitir que la escala discrimina bien. Hay que tener en cuenta el factor ya nombrado, que las valoraciones las hacen las personas que ya tienen una dificultad de aprendizaje determinada anteriormente.

Para observar de manera gráfica la distribución de ítems-personas en comparación relativa a la media y D.T. insertamos el Grafico Mapa de Wright (Gráfico TRI 3).

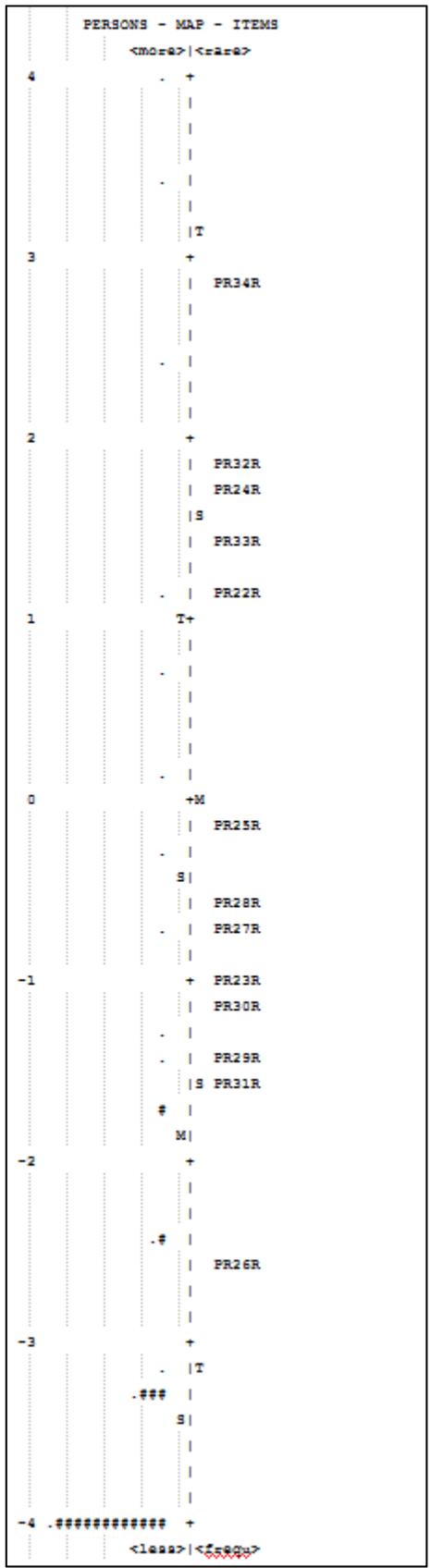


Figura 23. Gráfico TRI 3. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Agresividad, aplicada a Profesores.

En el Gráfico TRI 3 podemos observar que la concentración de las respuestas de la personas se sitúa en los niveles muy bajos de habilidad, hasta -4 desviaciones más bajo de la media. La distribución de ítems es bastante amplia, concentrándose en la media y entre los niveles 2 y -2 desviaciones.

Dimensión 4. Retraimiento-Profesores

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Profesores, se pueden observar en la Tabla TRI 710.

Tabla 131. Tabla TRI 10. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Retraimiento aplicada a Profesores.

ÍTEM	MEASURE	MODEL	INFIT		OUTFIT		PT-MEA
		S.E.	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	CORR.
PR37R	1,90	,49	1,19	,6	1,35	,7	,32
PR43R	1,55	,43	1,05	,3	,67	-,4	,35
PR44R	1,18	,37	1,00	,1	1,32	,8	,40
PR36R	,27	,28	,97	-,1	1,05	,3	,50
PR35R	,19	,27	,98	-,1	1,02	,2	,51
PR41R	,10	,27	,93	-,4	,75	-,9	,55
PR38R	-,16	,25	,86	-1,0	,75	-1,1	,57
PR39R	-1,33	,21	,67	-3,9	,61	-3,6	,77
PR40R	-1,54	,20	,88	-1,4	,85	-1,3	,71
PR42R	-2,15	,20	1,50	5,8	1,74	4,6	,56

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Retraimiento, aplicada a Profesores, son las siguientes:

- El ítem más “fácil” es el 42 “*Ante las provocaciones se calla y aguanta*”, el más “difícil” es el 37 “*Dice que los profesores no lo/a aprecian*”, con la diferencia de 4 puntos aproximadamente.
- Todos los ítems están en los límites productivos de ajuste interno y externo, salvo el ítem 42 que excede en el límite de ajuste externo y en el ajuste interno tiene tendencia a superar el límite superior. Este ítem no aporta al proceso de medición, pero tampoco degrada el proceso.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores correctos, con alguna excepción (ítem 42) que hace tomar decisión sobre la pertenencia de este ítem a la escala.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-baja, lo que muestra un nivel de ajuste aceptable. El ítem 37 tiene el indicador más bajo con .32.
- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general, salvo el ítem 42, que debería ser revisado para su pertenencia a la escala.

- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 10 ítems aplicados a Profesores es de .94 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .00, señalando la situación similar a la de escala analizada anteriormente (Agresividad).

Para observar de manera gráfica la distribución de ítems-personas en comparación relativa a la media y D.T. insertamos el Grafico Mapa de Wright (Gráfico TRI 4).

La distribución de ítems-personas en relación a la media y D.T. es muy similar a los casos anteriormente señalados en los casos de escalas Agresividad, etc., y es que el nivel de rasgo medido por la sub-escala es fuera del alcance del rasgo que es capaz de medir la sub-escala, por lo que la distribución de datos lo confirme en el Mapa de Wright, tanto como en la tabla de estadísticos.

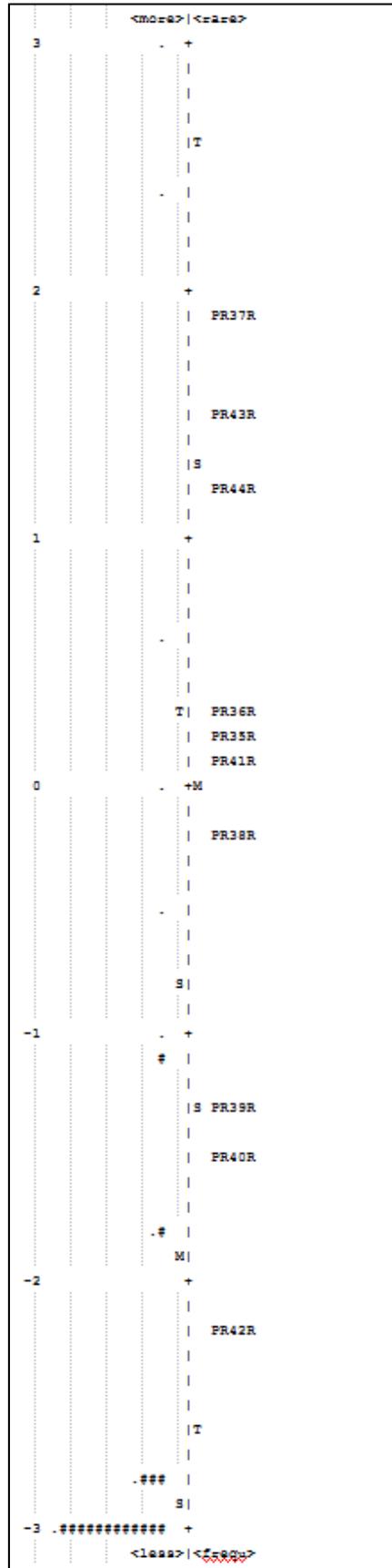


Figura 24. Gráfico TRI 4. Mapa de Wright de distribución ítems-personas en sub-escala Retraitamiento, aplicada a Profesores.

En el Gráfico TRI 3 podemos observar que la concentración de las respuestas de la personas se sitúa en los niveles muy bajos de habilidad, hasta -3 desviaciones más bajo de la media. La distribución de ítems es bastante amplia, concentrándose en la media y entre los niveles 1.9 y -2,15 desviaciones.

Dimensión 5. Ansiedad-Profesores

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Profesores, se pueden observar en la Tabla TRI 11.

Tabla 132. Tabla TRI 11. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Ansiedad aplicada a Profesores.

ÍTEM	MEASURE	MODEL	INFIT		OUTFIT		PT-MEA
		S.E.	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	CORR.
PR50R	2,25	,50	1,20	,7	,86	,1	,39
PR46R	,57	,33	1,00	,1	1,00	,1	,57
PR49R	-,14	,29	,78	-1,5	,71	-1,5	,72
PR47R	-,21	,28	,88	-,8	,84	-,8	,70
PR45R	-,26	,29	1,17	1,1	1,22	1,1	,59
PR48R	-2,21	,26	1,06	,8	1,18	,8	,77

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Ansiedad, aplicada a Profesores, son siguientes:

- El ítem con más puntuación (el más difícil) es el 50 “Tiene mareos, náuseas o vómitos”, y con menos puntuación es el 48 “Habla agitada o entrecortadamente”, con la diferencia de 4,5 puntos aproximadamente.
- Todos los ítems están próximos a la situación óptima para productividad de la escala.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores normales.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida media o medio-alta, lo que muestra un nivel de ajuste bueno. El ítem 50 tiene el indicador más bajo con .39.
- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general, lo que avala el uso de la sub-escala para los propósitos de la investigación.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 6 ítems aplicados a Profesores es de .93 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .00, lo que podemos cualificar como bajo, pero al considerar que existen 251 sujetos que valoran la escala con las puntuaciones mínimas y estimadas como valoraciones extremas, y tomar en cuenta que el índice de fiabilidad de las puntuaciones positivas es de .98 podemos admitir que la escala discrimina bien. Hay que

subrayar que el factor de respuestas extremas hace que las valoraciones las hacen las personas que ya tienen una dificultad de aprendizaje diagnosticada previamente.

Dimensión 6. Rendimiento-Profesores

Los estadísticos de análisis de la sub-escala aplicada al colectivo de Profesores, se pueden observar en la Tabla TRI 12.

Tabla 133. Tabla TRI 12. Análisis de propiedades métricas de la Escala de Rendimiento aplicada a Profesores.

ÍTEM	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT		OUTFIT		PT-MEA CORR.
			MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	
PR51R	1,08	,17	1,00	,0	1,10	,6	,61
PR58R	,86	,17	1,05	,6	1,04	,3	,61
PR54R	,67	,17	,91	-1,2	,76	-1,7	,67
PR62R	,25	,16	1,22	2,8	1,31	2,3	,61
PR56R	,11	,16	1,01	,2	,98	-,1	,67
PR55R	-,09	,16	,76	-3,7	,64	-3,6	,75
PR61R	-,19	,16	1,26	3,3	1,28	2,3	,62
PR57R	-,23	,16	,70	-4,6	,58	-4,3	,77
PR52R	-,32	,16	,93	-,9	,94	-,5	,71
PR53R	-,48	,16	,67	-4,9	,59	-4,1	,79
PR59R	-,69	,16	1,20	2,4	1,19	1,5	,67
PR60R	-,97	,17	1,36	4,1	1,46	2,9	,64

Las conclusiones que obtenemos después de la aplicación del análisis de acuerdo al ajuste al Modelo Métrico de Rasch de la sub-escala Rendimiento, aplicada a Profesores, son las siguientes:

- El ítem con más puntuación es el 51 “Se expresa verbalmente con dificultad”, y con menos puntuación es el 60 “Su escritura es de mala calidad” y con el rango de unos 2 puntos aproximadamente.
- Todos los ítems están en los límites de situación productiva para la sub-escala.
- Las puntuaciones Z estandarizadas presentan unos valores diversos, aunque al tener la media cuadrática ajustada al MMR no tienen influencia en la decisión sobre el destino del ítem.
- Todos los ítems tienen niveles de correlación punto-medida medio-alta, lo que muestra un nivel de ajuste correcto.
- En conjunto, los reactivos presentan unos indicadores correctos en general, lo que avala el uso de la sub-escala para los propósitos de la investigación.
- Finalmente, el índice de fiabilidad para la sub-escala de estos 12 ítems aplicados a Profesores es de .92 y en el caso de fiabilidad de ítems el nivel es muy alto, lo que avala el uso de este instrumento para los propósitos previstos en el modelo de evaluación. El índice de fiabilidad aplicado a las personas es de .68, lo que podemos calificar como medio.

2.5.3 Evidencias de validación de la escala.

2.5.3.1 *Análisis diferencial entre las valoraciones emitidas por padres y profesores*

Antes de informar acerca del funcionamiento diferencial de las Escalas entre padres y profesorado, pasamos a comentar brevemente los coeficientes de consistencia interna obtenidos con la muestra de estudio. Los niveles de fiabilidad estimados mediante KR-20 (tabla 134) son ampliamente satisfactorios, por lo que puede asumirse como una garantía para el análisis posterior realizado.

Tabla 134. Valores de KR-20 para todas las sub-escalas de la EMA-D.D.A, para padres y profesorado, obtenidos con la muestra de estudio.

Dimensiones	Colectivos de respondientes	
	Padres	Profesorado
Hiperactividad	0,98	0,95
Inatención	0,97	0,93
Agresividad	0,99	0,96
Retraimiento	0,95	0,94
Ansiedad	0,90	0,93
Rendimiento	0,97	0,92

En relación al análisis diferencial (tabla 135), de correlaciones entre totales de dimensiones, en general las correlaciones entre el patrón de valoración de padres y profesores, son bajas o incluso en algunos casos negativas, aunque bajas también y estadísticamente significativas.

En términos generales, sin embargo, como puede observarse en la tabla 3 las correlaciones obtenidas son bajas o medio bajas, si bien significativas, a excepción de la correspondiente a la dimensión de Ansiedad. La única dimensión en la que se produce una correlación de mayor intensidad es Rendimiento. Obviamente, se trata de un aspecto más objetivable y que se valora en sí mismo, con independencia del contexto en el que se produzca el comportamiento,- ver tabla 4-.

Tabla 135. Correlaciones entre las valoraciones de las dimensiones emitidas por Padres y Profesores.

	PAD/PROF Hiperactividad	PAD/PROF Inatención	PAD/PROF Agresividad	PAD/PROF Retraimiento	PAD/PROF Ansiedad	PAD/PROF Rendimiento
Rxy Pearson	,209	-.120	,140	,244	,090	,548
Sig.	,000	,029	,010	,000	,102	,000
N	334	333	333	333	331	331

Tabla 136. Síntesis de análisis diferencial mediante prueba t de Student entre valoraciones emitidas por padres y profesores en las diferentes dimensiones.

	Observador	Media	Desviación típ.	Error típico de la media		¿Hay diferencia de varianzas entre padres y profesorado? (Prueba de Levene)	¿Hay diferencia entre padres y profesorado? (t de Student)	¿Hay diferencia de entre padres y profesorado? (Prueba U)
Hiperactividad	Padres	6,82	2,470	,135		Si ***	Si ***	Si ***
	Profesores	3,61	3,471	,190				
Inatención	Padres	1,96	2,038	,112		Si ***	Si ***	Si ***
	Profesores	2,53	2,397	,131				
Agresividad	Padres	4,10	2,529	,139		No	Si ***	Si ***
	Profesores	1,51	2,556	,140				
Retraimiento	Padres	1,23	1,564	,086		No	Si ***	Si ***
	Profesores	,83	1,446	,079				
Ansiedad	Padres	,72	,892	,049		No	Si ***	Si ***
	Profesores	,45	,964	,053				
Rendimiento	Padres	4,21	3,292	,181		No	No	No
	Profesores	4,08	3,874	,212				

*** $p \leq 0,000$

Por otra parte, en cuanto a las pruebas *t* de Student entre las medias de las valoraciones que en cada dimensión realizan padres y profesores, se puede observar que en todas las dimensiones, salvo en la de Rendimiento, se observan diferencias estadísticamente significativas.

Normalmente son los padres los que ofrecen valoraciones más elevadas en la mayor parte de las dimensiones, salvo en la de Inatención (figura 25) donde la media de valoración que ofrecen los padres es de 1,96, mientras que la de los profesores es de 2,53.

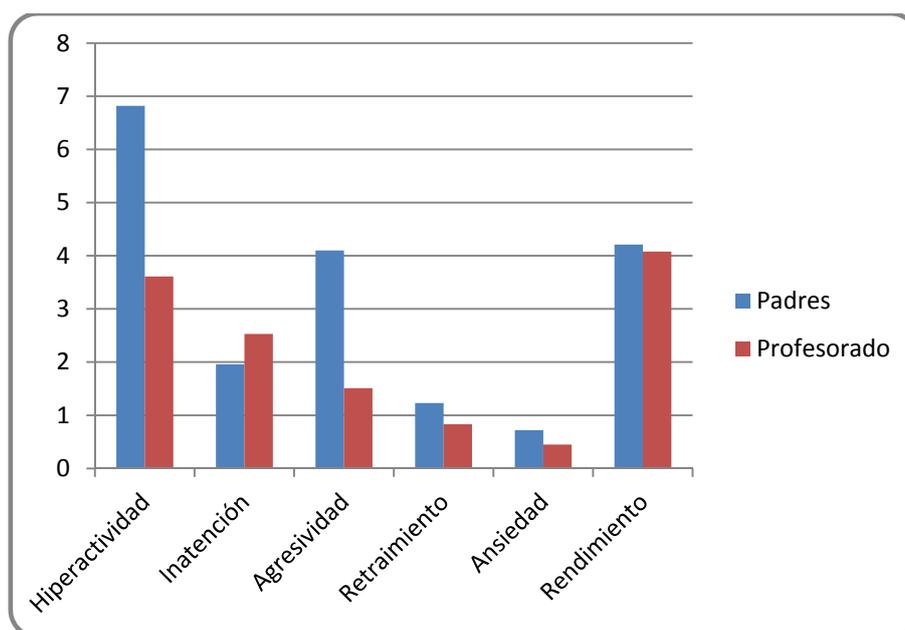


Figura 25. Valoraciones medias de padres y profesorado en todas las sub-escalas

En las restantes dimensiones, en la que se da más distancia bruta entre la media de valoraciones de profesores y padres es en la de Hiperactividad. En este caso, el promedio que ofrecen los padres es de 6,82, mientras el que dan los profesores es de 3,61.

A continuación, destacar que también se observa una distancia considerable entre las valoraciones medias de los dos grupos en la dimensión de Agresividad, en la que el promedio de valoraciones de los padres es 4,10 y de profesores es 1,51.

En las que menos distancia se observa es en la de Ansiedad (Media de profesorado 0,72; padres: 0,45); y en la de Retraimiento, en la que la media de valoraciones del profesorado es de 0,83 y la de los padres es de 1,25.

En el caso de la dimensión de Rendimiento, la diferencia entre las medias que ofrecen ambos grupos no es estadísticamente significativa, tal como hemos señalado anteriormente. La media del profesorado es 4,21 y la de padres es de 4,08.

Finalmente, destacar, que realizada la prueba de Levene de contraste de varianzas, se puede observar que normalmente no se dan diferencias significativas entre la variación de ambos grupos. Tan sólo en el caso de las dimensiones de Hiperactividad e Inatención presentan diferencias estadísticamente significativas. En ambos casos es el grupo de profesorado el que presenta mayor heterogeneidad en sus valoraciones.

Respecto al contraste analizado mediante la prueba U de Mann-Whitney se observan los mismos resultados que los obtenidos con la prueba t. En este sentido, se confirman las tendencias comentadas –ver tablas 135, 136 y 137.

Tabla 137. Resultados del análisis de contraste no-paramétrico (prueba de U de Mann-Whitney).

	Hiperactividad	Inatención	Agresividad	Retraimiento	Ansiedad	Rendimiento
U de Mann-Whitney	27536,000	49119,000	20600,500	44178,000	42602,000	52426,500
W de Wilcoxon	83481,000	104730,000	76545,500	100123,000	98213,000	108037,500
Z	-11,387	-2,666	-14,312	-5,002	-5,963	-1,162
Sig. Asintóta. (bilateral)	,000	,008	,000	,000	,000	,245

2.5.3.2 -Análisis de Perfiles de valoración de profesorado y padres a partir del EMA-DDA

En este apartado presentamos el estudio de perfiles realizado a partir de las valoraciones emitidas por el profesorado y los padres a partir de la EMA-DDA

Tal como se comentó en el apartado de metodología, se ha realizado una exploración de perfiles a partir del Análisis de Conglomerados de K-Medias. Para ello se ha utilizado el Paquete Estadístico SPSS (versión 19) bajo licencia de la Universitat de València.

La estrategia de exploración se ha basado en los siguientes puntos:

1. Se han analizado los perfiles de valoración que se dan a partir de las evaluaciones que realiza el profesorado en la EMA-DDA a partir de las puntuaciones totales que recibe cada estudiante en cada una de las seis dimensiones.
2. Del mismo modo, se ha procedido a partir de las valoraciones que emiten los padres.
3. En ambos casos, se han explorado estrategias de conglomeración o formación de grupos, desde 2 a 6 grupos.
4. Como criterios para seleccionar la solución más pertinente se han tenido en cuenta los siguientes:
 - a. Se considera una agrupación de calidad siempre y cuando los perfiles resultantes presenten en la mayor parte de dimensiones, diferencias estadísticamente significativas a partir de análisis de varianza entre los grupos resultantes de cada análisis.
 - b. De igual modo, como un criterio adicional, se entiende que la agrupación es adecuada siempre y cuando no ofrezca como resultado, grupos residuales, es decir, grupos en los que el número de casos sea igual o inferior al 10% del

total de casos estudiados en cada análisis.

- c. Es preferible, aunque no necesario, que los perfiles sean escalares, es decir que los perfiles de los grupos correspondan a niveles de gravedad diagnóstica o nominación por dimensiones.
- d. Asimismo, en caso de que se cumplan de igual manera en las soluciones analizadas, los criterios anteriores, se asume como preferible la solución más parsimónica, es decir, la que incluya menor número de grupos.
- e. Considerando que el objetivo del estudio de validación, en este caso, es comprobar si las agrupaciones de estudiantes evaluados por padres y profesores son similares a nivel multivariado (de sus perfiles de grupo), el criterio adicional en caso en que los dos anteriores se cumplan, nos orientará a seleccionar para el profesorado y los padres, la solución que contenga el mismo número de grupos.

Los resultados obtenidos en las exploraciones de conglomeración obtenidos con las valoraciones de padres y profesores las comentamos a continuación.

2.5.3.2.1 Exploración mediante Análisis de Conglomerados de K-Medias a partir de las valoraciones de los padres.

Las soluciones obtenidas en los análisis por conglomerados del colectivo de padres se pueden observar de forma visual en los gráficos de 1 al 5.

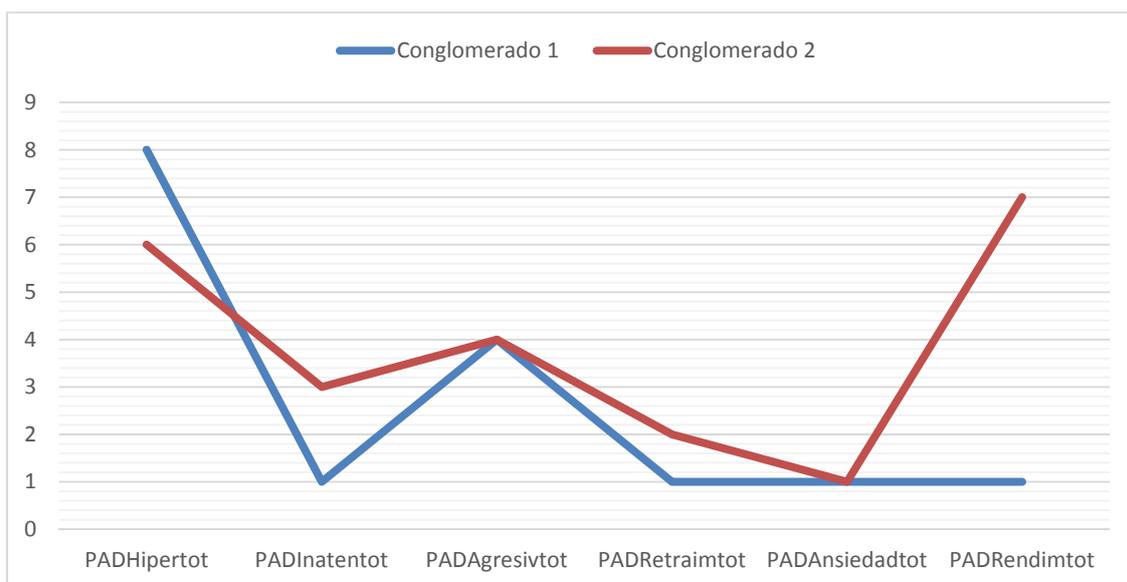


Figura 26. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de dos grupos.

La figura 26, nos muestra la distribución de las puntuaciones para la solución de dos grupos. Vemos que casi en todos los casos las puntuaciones del conglomerado 1 son más bajas que del conglomerado 2, salvo la puntuación total de Hiperactividad. El Rendimiento es la variable que muestra mayor diferencia entre las puntuaciones de dos conglomerados, en el cual destaca el segundo grupo, diferenciándose en 6 puntos por encima del primer grupo. La Agresividad y Ansiedad presentan puntuaciones idénticas.

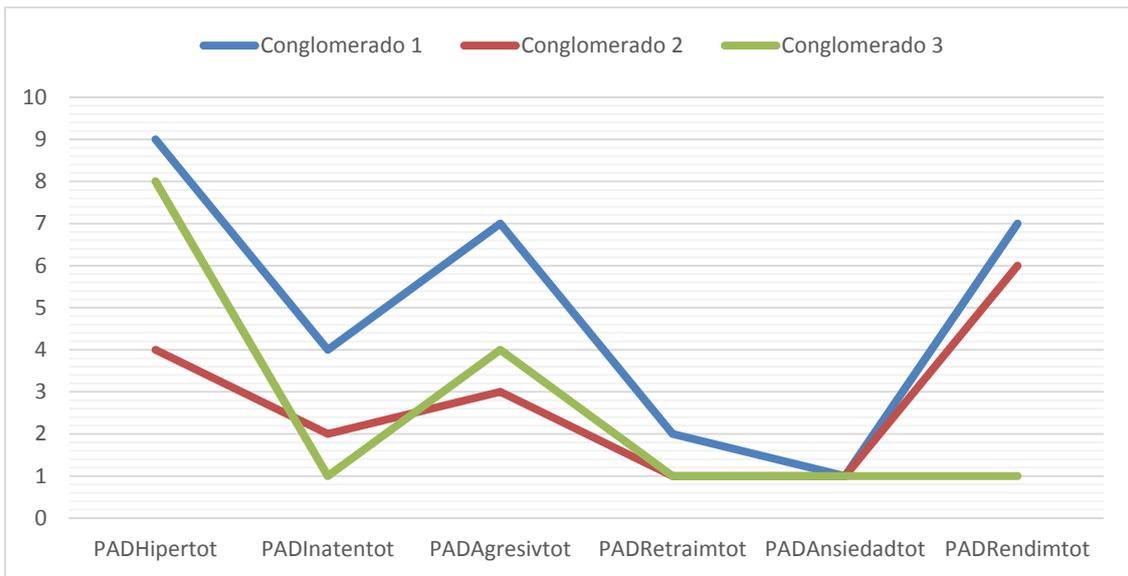


Figura 27. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de tres grupos.

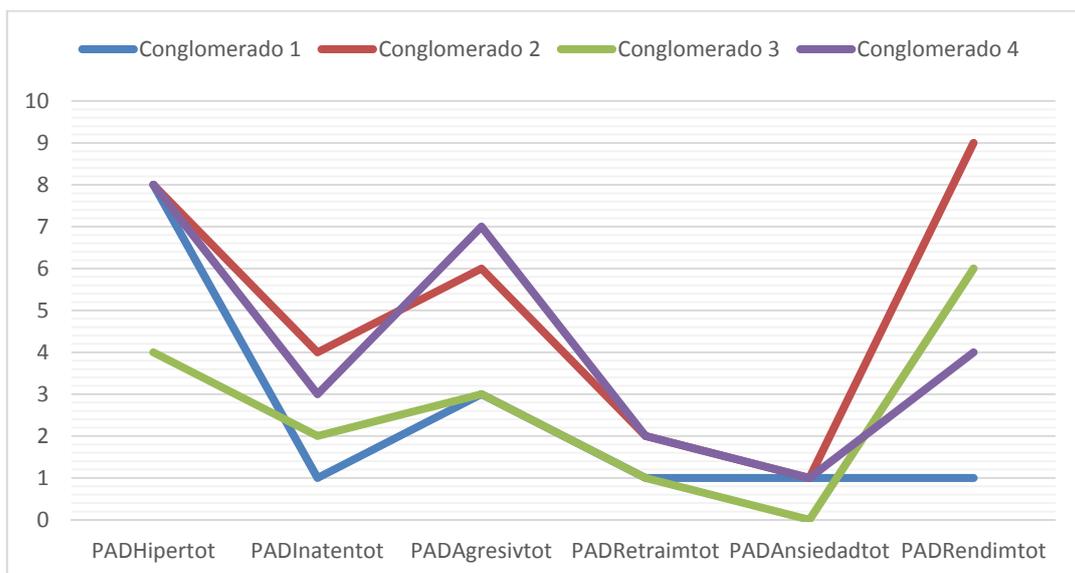


Figura 28. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de cuatro grupos.

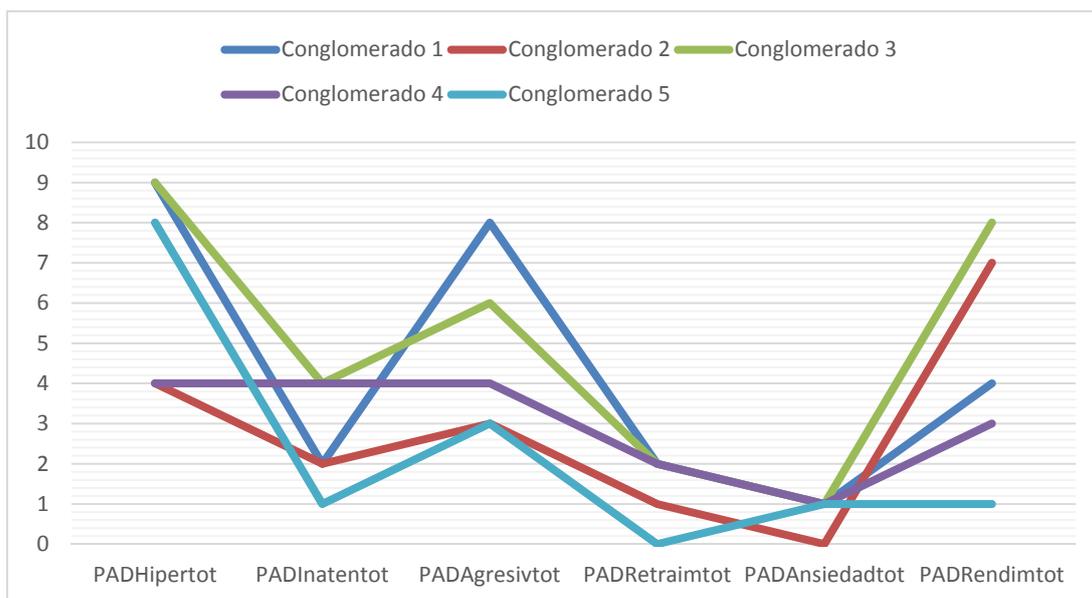


Figura 29. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de cinco grupos.

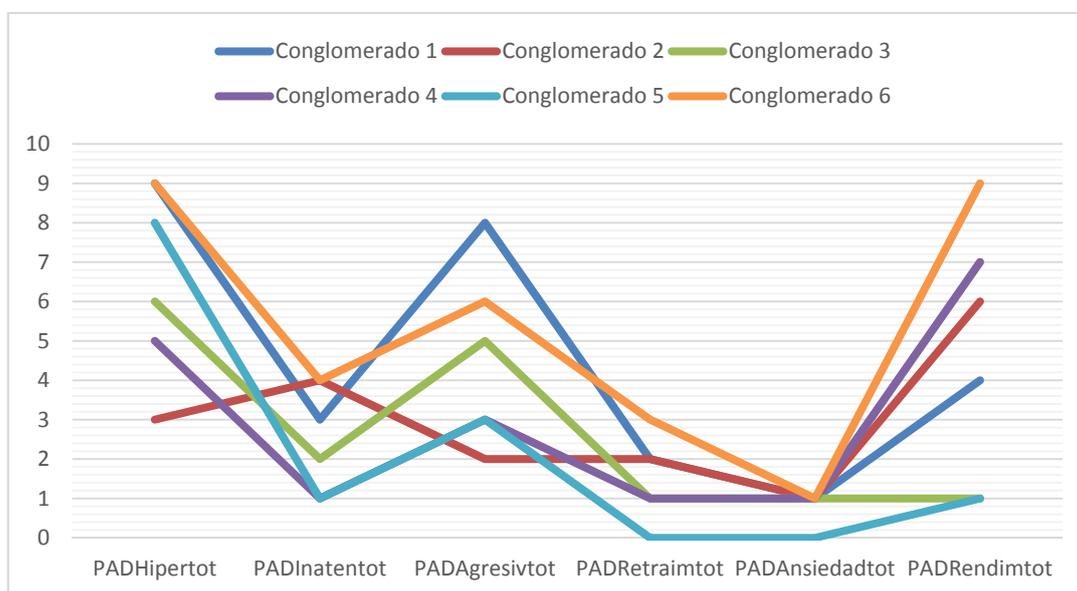


Figura 30. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones de padres. Solución de seis grupos.

La tabla 138, nos muestra una síntesis de las soluciones obtenidas para el análisis de conglomerados, del colectivo de padres.

Tabla 138. Síntesis de indicadores de las soluciones obtenidas mediante conglomerados de k-medias a partir de las valoraciones de los padres.

Solución Según nº de grupos	Nº Iteraciones necesarias para convergencia del modelo	Nº de diferencias significativas entre dimensiones de los perfiles	Nº de casos en cada grupo
2	13	5	G1: 166; G2: 166
3	15	6	G1: 74; G2: 105; G3: 152
4	17	6	G1: 141; G2: 49; G3: 96; G4: 46
5	14	6	G1: 32 ; G3: 80; G4: 53; G5: 134
6	15	6	G1: 38; G2: 35; G3: 29; G4: 69; G5: 121; G6: 40

Finalmente, en el caso del colectivo de padres, de entre las soluciones obtenidas en los análisis realizados desde 2 a 6 grupos, se pueden realizar las siguientes consideraciones:

- A excepción de la solución de dos grupos, todas ellas presentan diferencias significativas en las seis dimensiones analizadas.
- A partir de la solución de 5 grupos se identifican grupos residuales, por lo que inicialmente se debe optar entre las soluciones de 3 y 4 grupos.
- Aunque en ambos casos las soluciones presentan interacciones entre los perfiles, en el caso de la de 4 grupos el número de dimensiones en que se dan es mayor.
- Asumiendo dicho criterio, así como el de parsimonia, asumiríamos en este caso, como solución más adecuada la de 3 grupos.

2.5.3.2.2 Exploración mediante Análisis de Conglomerados de K-Medias a partir de las valoraciones de los profesores.

En cuanto al grupo de profesores, las soluciones de conglomerados de k medias para 2 a 6 grupos podemos observar desde los gráficos 6 a 10.

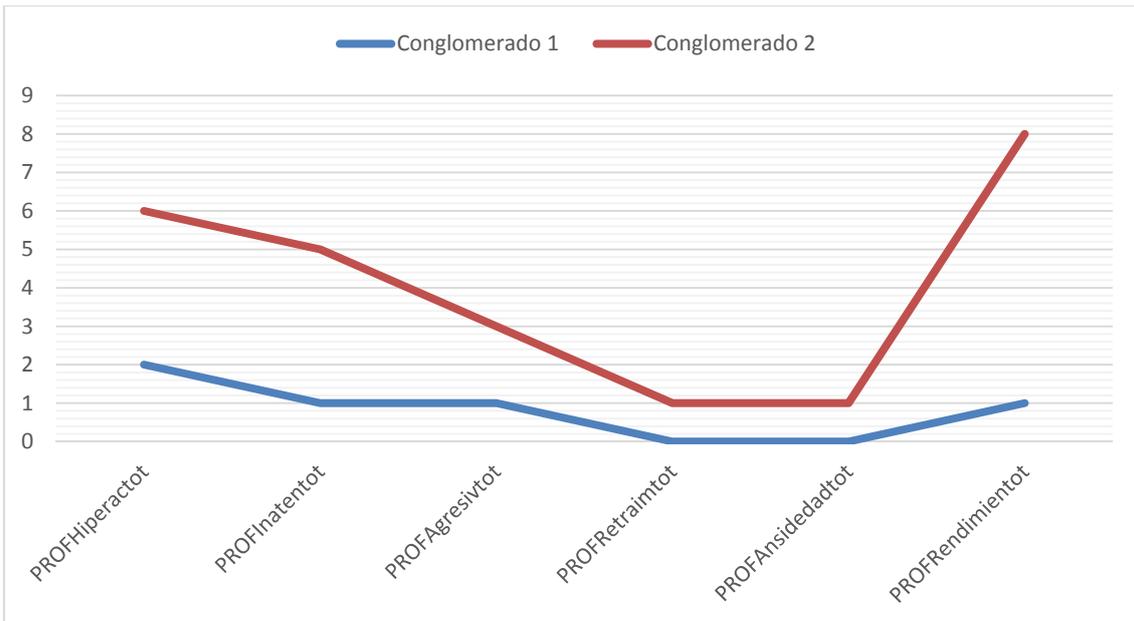


Figura 31. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de dos grupos.

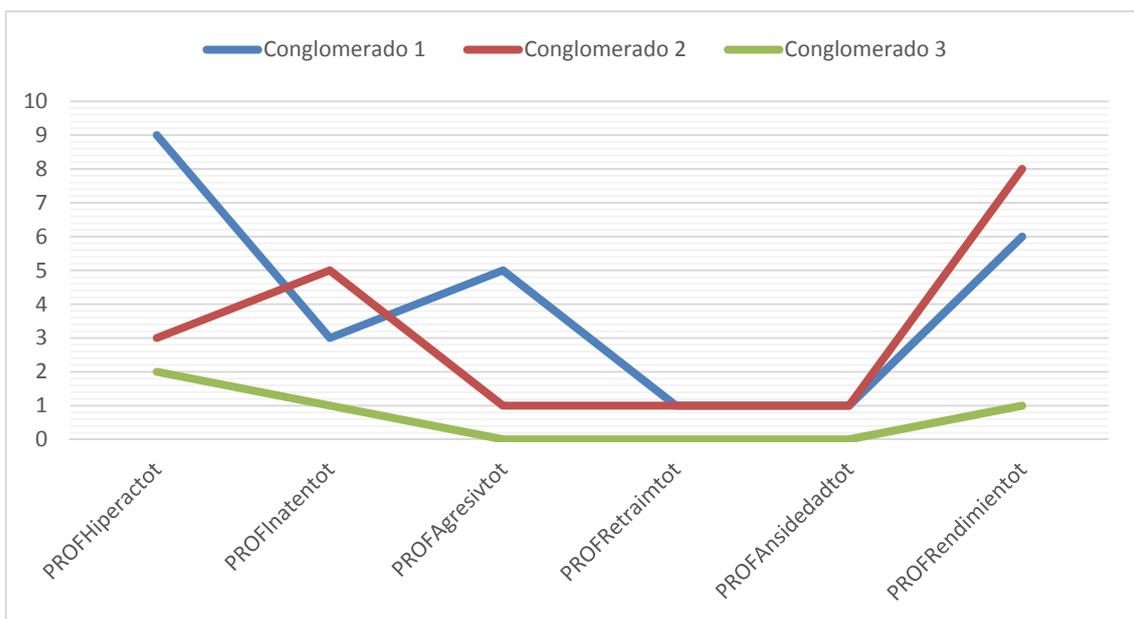


Figura 32. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de tres grupos.

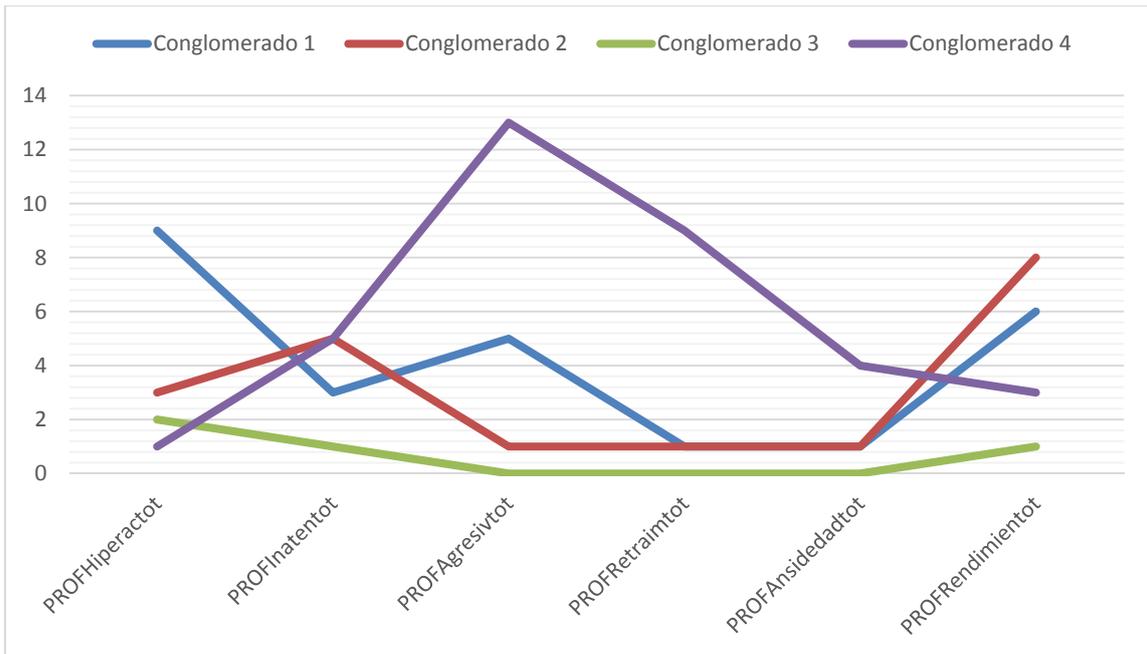


Figura 33. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de cuatro grupos.

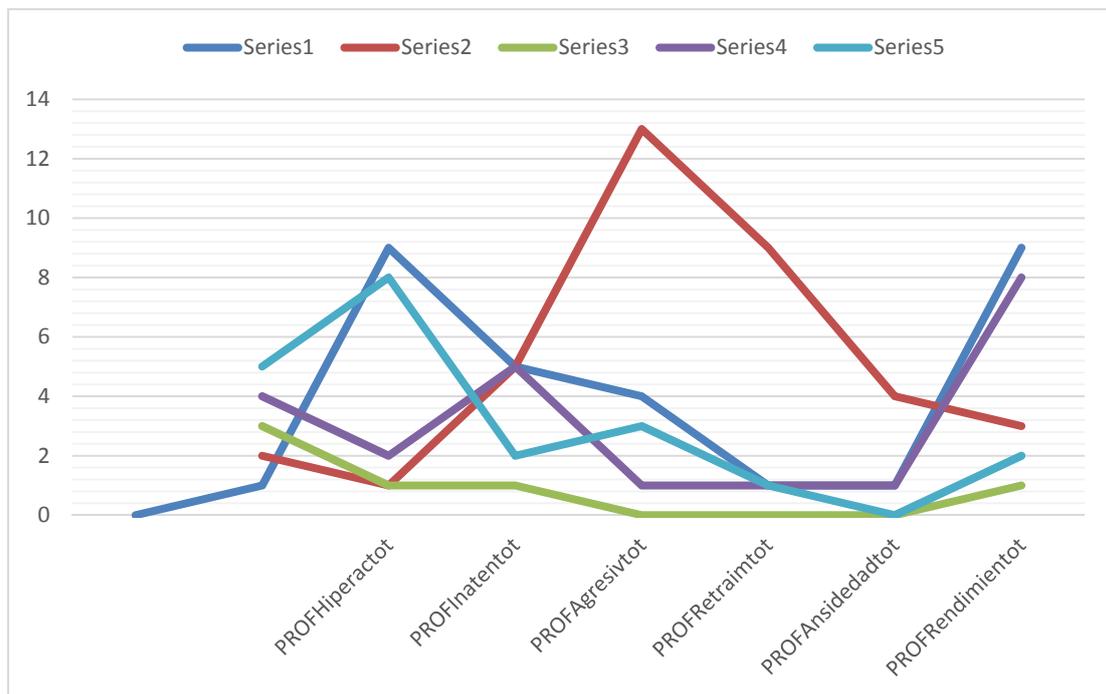


Figura 34. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de cinco grupos.

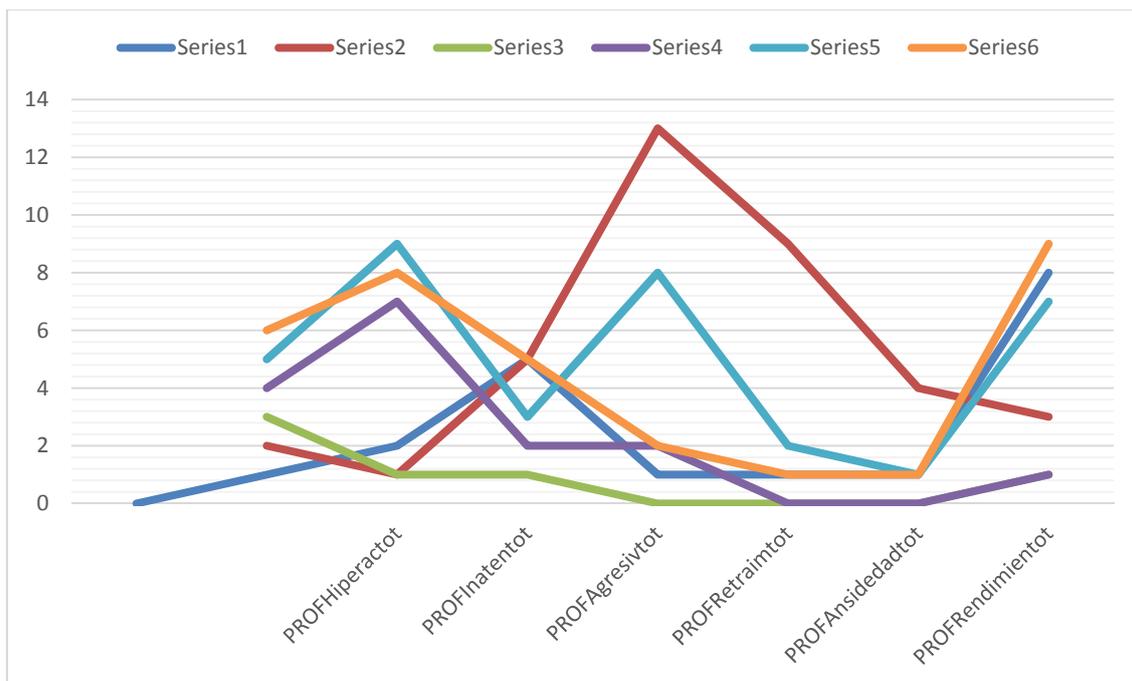


Figura 35. Representación de los perfiles obtenidos para el análisis de conglomerados realizado a partir de las valoraciones del profesorado. Solución de seis grupos.

En la Tabla 139, podemos ver la síntesis de indicadores de las soluciones obtenidas mediante conglomerados de k-medias a partir del grupo de profesores.

Tabla 139. Síntesis de indicadores de las soluciones obtenidas mediante conglomerados de k-medias a partir de las valoraciones del profesorado

Solución Según nº de grupos	Nº Iteraciones necesarias para convergencia del modelo	Nº de diferencias significativas entre dimensiones de los perfiles	Nº de casos en cada grupo
2	8	6	G1: 196 ; G2: 137
3	7	6	G1: 75; G2: 89; G3:167
4	9	6	G1: 76; G2: 90; G3: 166; G4:1
5	18	6	G1: 53; G2: 1; G3; 146; G4: 80; G5: 53
6	9	6	G1: 76; G2: 1; G3: 136; G4: 56; G5: 21; G6: 43

Como resultados de la exploración mediante Análisis de Conglomerados de K-Medias a partir de las valoraciones del profesorado podemos destacar los siguientes:

- En todas las soluciones analizadas se observan diferencias significativas en las seis dimensiones analizadas.
- En este caso, a partir de la solución de 4 grupos se identifican grupos residuales, por lo que inicialmente se debe optar entre las soluciones de 2 y 3 grupos.
- En el caso de las valoraciones realizadas por el profesorado, se identifica que la

solución de dos grupos no presenta interacciones entre los perfiles, si bien la de 3 grupos presenta ligeras interacciones.

- Si asumiéramos el criterio de parsimonia, tomaríamos en este caso, como solución más adecuada la de 2 grupos. No obstante, entendemos que es preferible la solución de 3 grupos dado que ello permite comparar mejor los perfiles resultantes de las valoraciones padres y profesorado, por lo que la tomamos como solución final a efectos de este estudio.

Análisis comparativo de los resultados de análisis de Conglomerados de K-Medias a partir de las valoraciones de padres y profesores

Las características de los grupos que se obtienen en ambas soluciones (observadas a partir de las valoraciones de padres y profesorado), las comentamos a continuación, vinculadas a dicho análisis comparativo.

Comparando entre las soluciones de tres grupos obtenidas en ambos grupos (padres y profesorado) llevamos a cabo el siguiente proceso:

1. En las soluciones de 3 grupos obtenidas mediante el análisis de conglomerados de k-medias, se ha procedido a guardar como variable de identificación de cada sujeto su pertenencia a grupo, tanto respecto a los grupos resultantes a partir de las valoraciones de los padres como del profesorado. En este sentido, se dispone de la identificación de cada sujeto a dos grupos, el conformado a partir del análisis realizado a partir de padres y del resultante a partir del profesorado.
2. Dado que disponemos de la clasificación de los sujetos, a partir de sus perfiles según ambos colectivos, como criterio de validación interna de los perfiles, y con objeto de conocer mejor las características funcionales del instrumento, se analiza mediante la prueba ji-cuadrado si existe asociación entre las clasificaciones que provienen de ambos colectivos.
3. De este modo, entendemos que una evidencia de validación –en este caso de carácter multivariado- se dará en el caso en que exista asociación significativa entre ambas clasificaciones (las que provienen de padres y las de profesorado).
4. Recuérdese que, a nivel univariado, existían diferencias estadísticamente significativas entre los niveles medios que se daban en las valoraciones de padres y profesorado en todas las dimensiones, a excepción de la de Rendimiento.
5. No obstante, en el uso diagnóstico de esta escala, se valora el perfil de conjunto que ofrece a partir de las valoraciones de ambos colectivos.

Los resultados obtenidos a partir de la prueba ji-cuadrado resultan estadísticamente significativas ($p \leq 0,000$), de forma que puede entenderse que las clasificaciones que pueden producirse según perfiles multivariados son en gran medida coincidentes, y en ese

sentido avala la forma de interpretación basada en perfiles propia de la escala (ver tablas 140 y 141).

Tabla 140. Tabla de contingencia entre las agrupaciones producidas a partir de opiniones del profesorado y de los padres.

		Número inicial de casos			Total	
		Profesores				
		1	2	3		
Número inicial de casos Padres	1	Recuento	21	20	33	74
		% dentro de Número inicial de casos Padres	28,4%	27,0%	44,6%	100,0%
		% dentro de Número inicial de casos Profesores	28,0%	22,5%	19,8%	22,4%
	2	Recuento	19	54	32	105
		% dentro de Número inicial de casos Padres	18,1%	51,4%	30,5%	100,0%
		% dentro de Número inicial de casos Profesores	25,3%	60,7%	19,2%	31,7%
	3	Recuento	35	15	102	152
		% dentro de Número inicial de casos Padres	23,0%	9,9%	67,1%	100,0%
		% dentro de Número inicial de casos Profesores	46,7%	16,9%	61,1%	45,9%
Total	Recuento	75	89	167		
	% dentro de Número inicial de casos Padres	22,7%	26,9%	50,5%		
	% dentro de Número inicial de casos Profesores	100,0%	100,0%	100,0%		

De este modo, como puede observarse en la tabla 141, tanto la prueba ji-cuadrado como la Razón de Verosimilitud ofrecen resultados altamente significativos.

Tabla 141. Resultados de la prueba ji-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,099	4	,000
Razón de verosimilitudes	59,984	4	,000
Asociación lineal por lineal	8,154	1	,004
N de casos válidos	331		

Las características de los grupos que ofrece el análisis de conglomerados de k-medias (solución de tres grupos) para ambos colectivos es el siguiente:

- Los grupos obtenidos en el análisis realizado a partir de las opiniones de los padres, como señalamos anteriormente, presentan diferencias estadísticamente significativas en las seis dimensiones de la escala. La composición de los tres grupos y sus perfiles son:
 - El grupo 1 incluye un total de 74 casos, y podríamos señalar que reúne a

los sujetos que tienen un mayor grado de afectación en todas las áreas, si bien, las específicamente problemáticas y que tienen mayor valor diagnóstico serían la de Hiperactividad, Agresividad y bajo Rendimiento.

- El grupo 2 se compone de 105 sujetos, y que tienen un nivel muy elevado en la dimensión de Hiperactividad y en la de Agresividad, siendo menor su afección en las restantes dimensiones.
 - El grupo 3 está compuesto por 152 casos, que presentan menor nivel de afección en Hiperactividad y Agresividad que los sujetos de los otros dos grupos, si bien presentan bajo Rendimiento. Comparativamente con el grupo anterior, su nivel de Inatención es mayor.
- Por otra parte, los grupos obtenidos en el análisis que hemos llevado a cabo a partir de las opiniones del profesorado, también como señalamos anteriormente, así como en el caso de los observados para el colectivo de padres, presentan diferencias estadísticamente significativas en las seis dimensiones de la escala. La composición de los tres grupos y sus perfiles son:
- El grupo 1 incluye un total de 75 casos, y podríamos señalar que reúne a los sujetos que tienen un mayor grado de afectación en Hiperactividad, bajo Rendimiento, y Agresividad.
 - El grupo 2 se compone de 89 sujetos, y que tienen un nivel menor en la dimensión de hiperactividad y bajo Rendimiento, si bien tiene un nivel mayor de Inatención.
 - El grupo 3 está compuesto por 167 casos, que presentan menor nivel de afección en Hiperactividad y, en general en todas las dimensiones evaluadas.

En síntesis, si bien se advierte que, sin duda, se dará asignaciones de sujetos a grupos que difieran entre las clasificaciones producidas por ambos colectivos, en términos generales se da una gran coincidencia en los resultados. Lo que, en conjunto, y asumiendo las salvedades que pueden realizarse a partir de las diferencias univariadas comentadas anteriormente, entendemos que puede considerarse una evidencia que avala en gran medida la forma de interpretación de la escala, basada en los perfiles que proceden de las valoraciones de profesorado y de padres.

2.5.4 Estudio longitudinal: seguimiento de casos diagnosticados con condición TDAH

Durante el curso escolar 2009-2010 realizamos un estudio sobre la prevalencia del TDAH en Cuenca y provincia, que contó con el visto bueno y el apoyo de la Delegación de Cultura y Deporte de Castilla la Mancha, en Cuenca. Como parte del estudio, la pretensión era volver a aplicar para valorar a los mismos sujetos cuestionarios y hacer un seguimiento de los casos que en su día fueron detectados con condición TDAH para confirmar si posteriormente fueron diagnosticados. Con dicho estudio, y pasados dos años de la detección de alumnos que presentaban condición TDA-H, quisimos corroborar así la importancia de la detección y la validez de la prueba aplicada así como las implicaciones que ha podido tener esa condición a nivel socio-escolar y posibles dificultades de aprendizaje.

Para ello se diseñó un cuestionario ad hoc, el cual fue validado previamente por una comisión de jueces expertos. Los destinatarios de dicho cuestionario serían los padres y profesores de aquellos alumnos que estudiamos y valoramos en el primer estudio con condición TDAH.

La investigación contó con la aprobación para envío y recogida de los cuestionarios por parte del Coordinador de Servicios Periféricos de Cuenca. El anexo 5 ofrece la carta de autorización y solicitud y toda la documentación relativa al proceso.

Una vez obtenido el visto bueno por parte de la Delegación, citamos al grupo de expertos para que validase el protocolo que íbamos a enviar a los profesores y padres. Después de una jornada de trabajo se dio el visto bueno al cuestionario de seguimiento.

El siguiente paso fue establecer unas rutas de entrega personalizada de cuestionario, echo que consideramos importante para detectar y descartar posibles reticencias a un proyecto iniciado en algunas ocasiones por otros profesores. Además al hacer la entrega física del protocolo implicábamos al profesorado más directamente en el proyecto, esperando que fuese más participativa la respuesta obtenida tanto por parte de padres como de profesores.

El único inconveniente encontrado en esta fase de la investigación fue que algunos de los sujetos habían cambiado su lugar de residencia, y algún profesor consideró que no podía emitir informe al no haber tenido contacto anterior con los niños que se valoraban, perdiéndose así algunos casos de los que estaban valorados con condición TDAH.

2.5.4.1 *Diseño del cuestionario de seguimiento Socio-Escolar*

El cuestionario utilizado en este estudio, es de elaboración propia. Fue desarrollado a partir del proceso de un análisis teórico de la literatura científica.

Consta de cuatro grandes bloques:

El primero contiene los datos de identificación del sujeto y está compuesto por los nueve primeros ítems, que recogen la información sobre la edad, sexo, curso escolar, nacionalidad, etc.

El segundo apartado se compone de dos bloques de preguntas, correspondientes a las áreas de Adaptación Social (ítems 6-15) y Adaptación Escolar (ítems 16-27).

Las escalas utilizadas en el segundo apartado del instrumento, son de percepción, basadas en la escala de calificación tipo Likert, con las opciones de respuestas que varían de 1 (nunca) al 5 (siempre). Esta opción nos permite conocer los distintos niveles de opinión y poder comprobar la visión del grado de afectación que tienen tanto padres como profesores de la condición TDAH de los niños valorados.

El tercer apartado corresponde al Área de Diagnóstico. Este apartado combina la respuesta dicotómica Sí/No para los ítems 28-32 y la respuesta cerrada de múltiples opciones para los ítems 33 y 34. Además, se incluye un apartado abierto para añadir una respuesta o comentario abierto en el caso de que las respuestas no cubran las expectativas del respondiente.

Por último medimos el Rendimiento Escolar, con respuesta dicotómica para los ítems 35, (31.1; 35.2; 35.3; 35.4; 35.5; 35.6; 35.7) y 36, cerrando este apartado con el ítem 37 como resumen de los puntos anteriores valorándolo con una respuesta múltiple cerrada.

El instrumento completo puede ser consultado en el Anexo 10, así como los Centros participantes en el cuestionario de seguimiento, Anexo 13.

2.5.4.2 Validez, mediante comité de expertos, del cuestionario de seguimiento Socio-Escolar

En este apartado realizamos un análisis de la validez del constructo, en el que se basa el instrumento Escala de Seguimiento.

Grupo de Jueces

Al someter el Cuestionario de Seguimiento Socio-escolar de sujetos con condición TDAH y TDA al proceso de validación por el Comité de Jueces Expertos y el posterior análisis de los datos arrojados por la rejilla de Valoración, sobre la pertinencia y la relevancia de las distintas dimensiones, se han obtenido las valoraciones que ofrecemos a continuación.

El grupo de jueces expertos fue un grupo de 18 personas con una larga trayectoria profesional en el sistema educativo español y estaba formado por 2 inspectores, 4

orientadores, 6 maestros tutores, 2 psicopedagogos, 2 Doctores en pedagogía terapéutica (PT) y 2 expertos en medición y evaluación.

Como anotación, la primera dimensión no fue evaluada por jueces, por estar conformada por datos de referencia personal del alumno. Esos datos se reúnen con el fin de describir el grupo de estudio.

Las siguientes cuatro dimensiones del instrumento están descritas a continuación:

- Adaptación social (Dimensión 2).
- Adaptación escolar (Dimensión 3).
- Diagnóstico (Dimensión 4).
- Rendimiento Académico (Dimensión 5).

Escala del cuestionario de seguimiento Socio-Escolar

Dimensión 2. Adaptación Social. Pertinencia y Relevancia

El Análisis de fiabilidad sobre la pertinencia arroja un nivel alto tanto en el estadístico de Alfa de Cronbach como en el coeficiente de correlación intraclase (0,734), (lo que es un valor bastante alto). En cuanto a la relevancia de esta misma dimensión los índices de fiabilidad para los dos estadísticos anteriores es aún mayor (0,754) (ver tablas Seguimiento Dimensión de 2 a 5).

Al estadístico de la W de Kendal para la pertinencia de esta dimensión, se observa un nivel de significación $p \leq 0,001$, luego existe concordancia entre las valoraciones de los jueces, como sucede con la relevancia ($p \leq 0,000$).

En cuanto al nivel de esa concordancia entre las valoraciones de los jueces, sobre la pertinencia de los ítems de esta dimensión, tienen un nivel de acuerdo de 0,271 que es discreto al igual que en la pertinencia aunque en esta es algo mayor (0,372).

Tabla 142. Tabla Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).

Alfa de Cronbach	N de elementos
,734	11

Tabla 143. Seguimiento Dimensión 2. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,201 ^b	,062	,497	3,760	10
Medidas promedio	,734 ^c	,420	,916	3,760	10

Tabla 144. Seguimiento Dimensión 2. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	100	,000
Medidas promedio	100	,000

Tabla 145. Seguimiento Dimensión 2. W- Kendall (pertinencia).

	Rango promedio
Juez 1	7,27
Juez 2	6,18
Juez 3	6,59
Juez 4	5,00
Juez 5	7,27
Juez 6	2,86
Juez 7	6,18
Juez 8	4,41
Juez 9	6,32
Juez 10	7,45
Juez 11	6,45

Tabla 146. Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de contraste (pertinencia).

N	11
W de Kendall ^a	,271
Chi-cuadrado	29,785
Gl	10
Sig. asintót.	,001

Tabla 147. Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de fiabilidad (relevancia)

Alfa de Cronbach	N de elementos
,754	11

Tabla 148. Seguimiento Dimensión 2. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia)

	Correlación intraclase	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,218	,073	,518	4,073	10
Medidas promedio	,754 ^c	,465	,922	4,073	10

Tabla 149. Seguimiento Dimensión 2. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia)

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	100	,000
Medidas promedio	100	,000

Tabla 150. Seguimiento Dimensión 2. W- Kendall (relevancia)

	Rango promedio
Juez 1	7,77
Juez 2	7,27
Juez 3	4,77
Juez 4	4,77
Juez 5	7,73
Juez 6	2,55
Juez 7	6,23
Juez 8	3,86
Juez 9	7,00
Juez 10	7,45
Juez 11	6,59

Tabla 151. Seguimiento Dimensión 2. Estadísticos de contraste (relevancia)

N	11
W de Kendall ^a	,372
Chi-cuadrado	40,873
Gl	10
Sig. asintót.	,000

Dimensión 3. Adaptación Escolar. Pertinencia y Relevancia

El Análisis de fiabilidad sobre la pertinencia arroja un nivel alto tanto en el estadístico de Alfa de Cronbach como en el coeficiente de correlación intraclase (0,689), lo que es un valor bastante alto. En cuanto a la Relevancia de esta misma dimensión los índices de fiabilidad para los dos estadísticos anteriores es aún mayor (0,773) -Ver tablas 152 y157-

En el estadístico de la W de Kendal para la pertinencia de esta dimensión, se observa un nivel de significación $p \leq 0,002$, luego existe concordancia entre las valoraciones de los jueces, como sucede con la relevancia ($p \leq 0,004$).

En cuanto al nivel de esa concordancia entre las valoraciones de los jueces, sobre la pertinencia de los ítems de esta dimensión, tienen un nivel de acuerdo de (0,259) que es discreto al igual que en la pertinencia aunque en esta es algo menor (0,225).

Tabla 152. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).

Alfa de Cronbach	N de elementos
,689	11

Tabla 153. Seguimiento Dimensión 3. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,168 ^b	,037	,476	3,220	9
Medidas promedio	,689 ^c	,299	,909	3,220	9

Tabla 154. Seguimiento Dimensión 3. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	90	,002
Medidas promedio	90	,002

Tabla 155. Seguimiento Dimensión 3. W- Kendall (pertinencia).

	Rango promedio
Juez 1	6,75
Juez 2	6,30
Juez 3	6,20
Juez 4	4,80
Juez 5	5,90
Juez 6	4,50
Juez 7	4,20
Juez 8	7,85
Juez 9	4,90
Juez 10	7,85
Juez 11	6,75

Tabla 156. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de contraste (pertinencia).

N	10
W de Kendall ^a	,259
Chi-cuadrado	25,896
Gl	10
Sig. asintót.	,004

Tabla 157. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de fiabilidad (relevancia)

Alfa de Cronbach	N de elementos
,773	11

Tabla 158. Seguimiento Dimensión 3. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia)

	Correlación intraclase	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,236	,079	,560	4,403	9
Medidas promedio	,773 ^c	,487	,933	4,403	9

Tabla 159. Seguimiento Dimensión 3. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia)

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	90	,000
Medidas promedio	90	,000

Tabla 160. Seguimiento Dimensión 3. W- Kendall (relevancia)

	Rango promedio
Juez 1	6,70
Juez 2	6,35

Juez 3	6,30
Juez 4	4,20
Juez 5	7,00
Juez 6	4,65
Juez 7	4,80
Juez 8	6,45
Juez 9	4,85
Juez 10	7,85
Juez 11	6,85

Tabla 161. Seguimiento Dimensión 3. Estadísticos de contraste (relevancia)

N	10
W de Kendall ^a	,225
Chi-cuadrado	22,543
Gl	10
Sig. asintót.	,013

Dimensión 4. Seguimiennto y diagnóstico. Pertinencia y Relevancia

El Análisis de fiabilidad sobre la pertinencia arroja un nivel alto tanto en el estadístico de Alfa de Cronbach como en el coeficiente de correlación intraclase (0,658), lo que es un valor bastante alto. En cuanto a la Relevancia de esta misma dimensión los índices de fiabilidad para los dos estadísticos anteriores es aún mayor (0,722) -Ver tablas 162 y 167-

En el estadístico de la W de Kendal para la pertinencia de esta dimensión, se observa un nivel de significación $p \leq 0,123$ y $p \leq 0,107$ para la relevancia, luego no existe acuerdo interjueces en cuanto a la pertinencia y relevancia de los ítems de esta dimensión.

Tabla 162. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).

Alfa de Cronbach	N de elementos
,658	11

Tabla 163. Seguimiento Dimensión 4. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,149 ^b	,016	,509	2,923	7
Medidas promedio	,658 ^c	,154	,919	2,923	7

Tabla 164. Seguimiento Dimensión 4. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	70	,010
Medidas promedio	70	,010

Tabla 165. Seguimiento Dimensión 4. W- Kendall (pertinencia).

	Rango promedio
Juez 1	7,00
Juez 2	7,00
Juez 3	7,00
Juez 4	5,50
Juez 5	4,63
Juez 6	5,50
Juez 7	5,25
Juez 8	7,00
Juez 9	6,31
Juez 10	5,75
Juez 11	5,06

Tabla 166. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de contraste (pertinencia).

N	8
W de Kendall ^a	,191
Chi-cuadrado	15,246
Gl	10
Sig. asintót.	,123

Tabla 167. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de fiabilidad (relevancia)

Alfa de Cronbach	N de elementos
,722	11

Tabla 168. Seguimiento Dimensión 4. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia)

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,191 ^b	,040	,565	3,601	7
Medidas promedio	,722 ^c	,313	,934	3,601	7

Tabla 169. Seguimiento Dimensión 4. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia)

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	70	,002
Medidas promedio	70	,002

Tabla 170. Seguimiento Dimensión 4. W- Kendall (relevancia)

	Rango promedio
Juez 1	7,19
Juez 2	7,19
Juez 3	7,19
Juez 4	5,94
Juez 5	4,75
Juez 6	5,63
Juez 7	5,19
Juez 8	5,88
Juez 9	6,56
Juez 10	5,94

Juez 11	4,56
---------	------

Tabla 171. Seguimiento Dimensión 4. Estadísticos de contraste (relevancia)

N	8
W de Kendall ^a	,197
Chi-cuadrado	15,759
Gl	10
Sig. asintót.	,107

Dimensión 5. Rendimiento. Pertinencia y Relevancia

El Análisis de fiabilidad sobre la pertinencia arroja un nivel moderado tanto en el estadístico de Alfa de Cronbach como en el coeficiente de correlación intraclase (0,275), lo que es un valor discreto. En cuanto a la Relevancia de esta misma dimensión los índices de fiabilidad para los dos estadísticos anteriores es bastante mayor (0,695) -Ver tablas 172 y 177-. Cabe señalar que en esta quinta dimensión que la escala presenta elemento con varianza cero tanto en la pertinencia como en la relevancia, debido que hay un grado de acuerdo muy alto y no aparecen discrepancias.

En el estadístico de la W de Kendal para la pertinencia de esta dimensión, se observa un nivel de significación $p \leq 0,007$, luego existe concordancia entre las valoraciones de los jueces, como sucede con la relevancia ($p \leq 0,014$).

En cuanto al nivel de esa concordancia entre las valoraciones de los jueces, sobre la pertinencia de los ítems de esta dimensión, tienen un nivel de acuerdo de (0,813) que es muy elevado al igual que en la pertinencia aunque en esta es algo menor (0,744).

Tabla 172. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de fiabilidad (pertinencia).

Alfa de Cronbach	N de elementos
,275	11

Tabla 173. Seguimiento Dimensión 5. Matriz de correlaciones intraclase (pertinencia).

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,033 ^b	-,067	,829	1,379	2
Medidas promedio	,275 ^c	-2,234	,982	1,379	2

Tabla 174. Seguimiento Dimensión 5. Coeficiente de correlación intraclase (pertinencia).

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	20	,275
Medidas promedio	20	,275

Tabla 175. Seguimiento Dimensión 5. W- Kendall (pertinencia).

	Rango promedio
Juez 1	7,83
Juez 2	7,83
Juez 3	7,83
Juez 4	1,67
Juez 5	2,50
Juez 6	5,50
Juez 7	3,00
Juez 8	7,83
Juez 9	6,33
Juez 10	7,83
Juez 11	7,83

Tabla 176. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de contraste (pertinencia).

N	3
W de Kendall ^a	,813
Chi-cuadrado	24,385
gl	10
Sig. asintót.	,007

Tabla 177. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de fiabilidad (relevancia)

Alfa de Cronbach	N de elementos
,695	11

Tabla 178. Seguimiento Dimensión 5. Matriz de correlaciones intraclase (relevancia)

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,171 ^b	-,025	,921	3,276	2
Medidas promedio	,695 ^c	-,362	,992	3,276	2

Tabla 179. Seguimiento Dimensión 5. Coeficiente de correlación intraclase (relevancia).

	Prueba F	
	gl2	Sig.
Medidas individuales	20	,059
Medidas promedio	20	,059

Tabla 180. Seguimiento Dimensión 5. W- Kendall (relevancia)

	Rango promedio
Juez 1	7,50
Juez 2	7,50
Juez 3	7,50
Juez 4	1,17
Juez 5	6,00
Juez 6	3,50
Juez 7	4,33
Juez 8	7,50

Juez 9	6,00
Juez 10	7,50
Juez 11	7,50

Tabla 181. Seguimiento Dimensión 5. Estadísticos de contraste (relevancia)

N	3
W de Kendall ^a	,744
Chi-cuadrado	22,324
G1	10
Sig. asintót.	,014

Resumen de los resultados de las valoraciones de los jueces

En la segunda dimensión (Adaptación social) el grupo de expertos valoró la pertinencia y la relevancia de los 11 ítems que la componen. Al respecto, destacamos la concordancia en las valoraciones de los jueces aunque es discreta en cuanto a la pertinencia y algo mayor en cuanto a la relevancia.

El análisis de fiabilidad sobre la tercera dimensión (Adaptación escolar) el juicio emitido por los expertos se realiza sobre 10 ítem y se resume en que obtiene un valor alto en su fiabilidad y que existe concordancia entre las valoraciones de los jueces, aunque el nivel de acuerdo sigue siendo discreto.

Las puntuaciones emitidas sobre la dimensión cuatro (Diagnóstico) en la que se evalúa la pertinencia y la relevancia de la variable Diagnóstico nos arrojan que no existe acuerdo interjueces para esta dimensión; aunque la puntuación obtenida en el análisis de fiabilidad da un valor bastante alto.

En la quinta dimensión (Rendimiento Académico) al realizar el análisis sobre la fiabilidad obtenemos un valor discreto, aunque es de destacar que la escala presenta un elemento con varianza cero tanto en pertinencia como en relevancia, lo que denota un grado de acuerdo muy alto y sin discrepancias. Por tanto existe concordancia destacada entre las valoraciones de los jueces.

En resumen, la fiabilidad obtenida para la pertinencia y relevancia para los ítems de cada dimensión tiene valores altos o muy altos (0,658 y 0,773) en todas ellas excepto en la pertinencia de la dimensión cinco (Rendimiento académico) presenta 0,275 que es más discreta pero sigue indicando un valor de fiabilidad aceptable.

Además como hemos observado, existe acuerdo interjueces en todas las dimensiones excepto en la cuatro (Diagnóstico).

Tanto para la dimensión dos (Adaptación social) como para la tres (Adaptación escolar) el grado de acuerdo referido a la pertinencia y relevancia de los ítems es discreto.

Mientras que en la dimensión cinco (Rendimiento académico) nos encontramos con resultados muy positivos que indican un alto consenso en las valoraciones de los expertos.

Características del Grupo de Estudio

La muestra de centros con la que contamos al iniciar el seguimiento estaba formada por 31 colegios, de los cuales 6 son de Cuenca capital y el resto de la Provincia, esto supuso un total de 96 sujetos, puesto que de ellos la condición para realizar el seguimiento fue que tuvieran condición TDAH en el primer estudio y para el seguimiento se requería que el cuestionario fuese cumplimentado por padres y profesores.

Como resultado de esta muestra inicial, para el estudio longitudinal finalmente contamos con un total de 17 centros que aportan información de 36 sujetos con pre y post-test –ver Tabla 182-.

Tabla 182: Centros Cuenca y Provincia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alberca del Záncara, C.R.A. Jorge Manrique	1	2,8	2,8	2,8
Alto Cabril, Cañete	4	11,1	11,1	13,9
C.I.P "Maria Jouer" Iniesta	6	16,7	16,7	30,6
C.P. San Fernando (Cuenca)	5	13,9	13,9	44,4
Camino Real de Levante. Graja de Iniesta	2	5,6	5,6	50,0
Casablanca, Cuenca	1	2,8	2,8	52,8
Colegio Rural Agrupado Hanchuela. Villalpardo	1	2,8	2,8	55,6
CRA Segobriga - Saelices	1	2,8	2,8	58,3
Fray Luis de León, Belmonte	3	8,3	8,3	66,7
José Montalvo Horcajo de Santiago	1	2,8	2,8	69,4
Los Girasoles	1	2,8	2,8	72,2
Mira centro "Antón Marín"	1	2,8	2,8	75,0
Ntra Sra de los Remedios - San Clemente	1	2,8	2,8	77,8
Nuestra señora de las M1	2	5,6	5,6	83,3
Nuestra señora de las M2	2	5,6	5,6	88,9
Santa María de la Expectación (Cuenca)	2	5,6	5,6	94,4
Santa María de la Expectación(Cuenca)	2	5,6	5,6	100,0
Total	36	100,0	100,0	

De los sujetos con condición TDAH un 6% tienen diez años, un 56% tienen once años y un 39% tienen doce años. Mayoritariamente se encuentran cursando 6º de primaria (58%), seguido de 5º (31%) y de 4º (11%).

Tabla 183. Edad/Post

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	2	5,6	5,6	5,6
	11	20	55,6	55,6	61,1
	12	14	38,9	38,9	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

Tabla 184. Curso/Post

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	4	11,1	11,1	11,1
	5	11	30,6	30,6	41,7
	6	21	58,3	58,3	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

En cuanto al número de hermanos, mayoritariamente se trata de familias con más de dos hijos/as ya que el 72% tiene dos hermanos y el 8% tiene tres hermanos. Tan sólo un 6% es familia de hijo único y el 11% tiene un hermano. Aproximadamente en la mitad de los casos ocupa el segundo lugar (51%) y el otro 46% indica que el mayor de los hermanos, siendo en un 3% los casos que es el pequeño de tres hermanos.

Tabla 185. Nº de Hermanos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	5,6	5,7	5,7
	1	4	11,1	11,4	17,1
	2	26	72,2	74,3	91,4
	3	3	8,3	8,6	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,8		
Total		36	100,0		

Tabla 186. Orden entre Hermanos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	16	44,4	45,7	45,7
	2	18	50,0	51,4	97,1
	3	1	2,8	2,9	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,8		
Total		36	100,0		

2.5.4.3 Diagnóstico de los casos del estudio longitudinal mediante la Escala EMA-D.D.A.

En cuanto al diagnóstico, disponemos de la información por dimensiones, aportada tanto por parte de los padres como de los profesores.

Dimensión 1. Hiperactividad

En la dimensión hiperactividad, los alumnos fueron puntuados por padres y profesores. En el perfil de resultados, que va del cero al diez, han de puntuar con valores del siete al diez para dar positivo en esa dimensión.

En la tabla 187 que recoge estos datos emitidos por los padres, observamos que el porcentaje que ha sido puntuado en este intervalo de positivo en hiperactividad es el 66,7%. En la tabla que recoge los datos del profesorado vemos que el porcentaje que está en ese mismo intervalo corresponde también al 66,7%. No obstante si observamos más detalladamente la tabla podemos ver que esta correspondencia es a nivel global de dimensión no de ítems ni de puntuación por individuo.

Tabla 187. Diagnostico EMA-DDA 1. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Hiperactividad.

Hiperactividad	frecuencia	Padres	Profesores
		% Acumulado	
	1		2,8
	2		5,6
	3		8,3
	4	2,8	
	5	5,6	11,1
	6	13,9	19,4
	7	33,3	33,3
	8	58,3	47,2
	9	86,1	72,2
	10	100,0	100,0

Dimensión 2. Inatención

En cuanto a la Inatención, los alumnos fueron valorados igualmente por padres y profesores y su puntuación en el perfil de resultados tiene que estar comprendida entre los valores del cuatro al siete, siendo cero el mínimo y siete el máximo para dar positivo.

En la tabla que recoge estos datos emitidos por los padres, observamos que el porcentaje que ha sido puntuado en este intervalo de positivo en inatención corresponde al 13,9%. Mientras que en los datos recogidos del profesorado vemos que el porcentaje que está en ese mismo intervalo corresponde también al 41,7%. Esto nos lleva a pensar que esto pueda deberse a que los profesores puntúan más la atención porque crean más situaciones donde los alumnos requieren de este proceso cognitivo y es más fácil evaluarlo.

Tabla 188. Diagnostico EMA-DDA 2. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Inatención.

Inatención	frecuencia	Padres	Profesores
		% Acumulado	
	0	27,8	8,3
	1	41,7	13,9
	2	58,3	25,0
	3	75,0	36,1
	4	86,1	58,3
	5	91,7	72,2
	6		80,6
	7	100,0	100,0

Dimensión 3. Agresividad

Al observar las tablas que recogen los datos de la dimensión de agresividad, los alumnos han de puntuar en una escala del cero al doce en el perfil de resultados. Para dar positivo tienen que estar por encima del punto cuatro.

Los datos emitidos por los padres, arrojan un porcentaje en agresividad que corresponde al 36,1%, mientras que en los datos recogidos del profesorado vemos que el porcentaje es menor y corresponde al 25%. Esto nos lleva a pensar en este caso que los profesores puntúan menos la agresividad porque en el centro se crean menos situaciones donde los alumnos puedan manifestar esa actitud, al estar las situaciones mucho más controladas a nivel de comportamiento debido a las normas implícitas y explícitas del centro y del aula. Por el contrario las situaciones que el alumno vive con los padres y los hermanos son mucho más propicias para que se den situaciones de descontrol a nivel de comportamiento y es más fácil evaluarlo

Tabla 189. Diagnostico EMA-DDA 3. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Agresividad.

Agresividad	frecuencia	Padres	Profesores
		% Acumulado	
	0	2,8	13,9
	1	13,9	27,8
	2	25,0	36,1
	3	33,3	55,6
	4	50,0	63,9
	5	63,9	75,0
	6	77,8	
	7	91,7	
	8		86,1
	9	97,2	100,0
	10		
	11		
	12	100,0	

Dimensión 4. Retraimiento

En cuanto a la dimensión “retraimiento”, podemos ver en la tabla 190 de datos que los resultados son muy parecidos en ambos colectivos, padres y profesores, siendo los porcentajes muy bajos en ambos casos. En el caso de los padres es de un 2,8 % como

es lógico mientras que con los profesores es del 5,8 %. Para obtener positivo en esta dimensión tenían que puntuar cinco o más en el perfil de resultados que para esta prueba iba del cero al diez.

Tabla 190. Diagnostico EMA-DDA 4. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Retraimiento.

Retraimiento	frecuencia	Padres	Profesores
		% Acumulado	
	0	36,1	50,0
	1	66,7	69,4
	2	77,8	77,8
	3	88,9	80,6
	4	94,4	88,9
	5	97,2	94,4
	6		97,2
	7	100,0	
	8		100,0

Dimensión 5. Ansiedad

El perfil de resultados para medir el grado de ansiedad va del cero al seis. En la Tabla 191 vemos que es la dimensión en la que menores porcentajes se alcanzan. Para puntuar como positivo tienen que tener tres o más ítem marcados. Así, vemos que los datos de la tabla nos dejan ver que los padres no detectan ansiedad en sus hijos, al obtener un valor del 0% y los profesores obtienen un porcentaje del 5,6%. Esto es normal ya que el profesorado tiene ocasión de valorar a los alumnos en algunas situaciones en las que se puedan manifestar su ansiedad (hablar ante compañeros, preguntas sobre aprendizajes escolares, salidas, excursiones).

Tabla 191. Diagnostico EMA-DDA 5. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Ansiedad.

Ansiedad	frecuencia	Padres	Profesores
		% Acumulado	
	0	38,9	47,2
	1	69,4	75,0
	2	91,7	83,3
	3	100,0	94,4
	4		100,0

Dimensión 6. Rendimiento

El rendimiento viene medido por doce ítems, y en el perfil de resultados han de puntuar de cinco en adelante para que sea positivo. A partir de los datos obtenidos, vemos que el 44,4 % de los padres manifiestan que sus hijos presentan dificultades de aprendizaje. Por otro lado el profesorado alcanza unos niveles del 63,9% en estimación de dificultades de aprendizaje; es decir casi un 19,5 % más que los padres. Por otro lado algo que podemos considerar normal ya que los profesores tienden a analizar inevitablemente no sólo el momento sino también las repercusiones futuras que pueda presentar el niño para poder continuar su aprendizaje de forma normalizada.

Tabla 192. Diagnostico EMA-DDA 6. Valoraciones comparadas entre Padres y Profesores. Rendimiento.

Rendimiento	frecuencia	Padres	Profesores
		% Acumulado	
	0	8,3	2,8
	1	11,1	13,9
	2	16,7	16,7
	3	27,8	19,4
	4	38,9	27,8
	5	55,6	36,1
	6	69,4	41,7
	7	75,0	52,8
	8	80,6	61,1
	9	91,7	69,4
	10	94,4	80,6
	11	100,0	91,7
	12		100,0

A continuación presentamos los resultados obtenidos a partir del Cuestionario de Seguimiento Socio Escolar aplicado tanto a las familias como al profesorado de aquellos alumnos que habían sido considerados con condición TDAH.

2.5.4.4 Diagnostico mediante el Cuestionario de Seguimiento Socio-Escolar

Dimensión 2. Adaptación Social

En primer lugar, en cuanto a la Adaptación Social, las valoraciones más destacadas se pueden resumir en siguientes puntos (para observar los datos ver tablas Diagnóstico Escala Seguimiento de 1 a 10):

- Los padres y los profesores de los alumnos coinciden en que éstos no tienen dificultades en hacer amigos, aunque los profesores presentan unas valoraciones más moderadas en esta variable, ya que el mayor porcentaje de respuestas de padres está en la categoría “*Siempre*”, cuando el de los profesores está en la categoría “*A veces*”.
- En la variable “*Se lleva bien con sus amigos*”, los padres vuelven a ser muy optimistas en sus valoraciones, ya que la categoría “*Siempre*” se lleva el primer puesto, cuando los profesores se quedan con “*Casi siempre*”, que en general refleja una valoración muy positiva por los dos grupos de observadores.
- En cuanto a la preferencia a jugar solo, los profesores y los padres muestran las valoraciones muy buenas, ya que las categorías de “*Nunca*” y “*Casi nunca*” se llevan casi un 50% de las valoraciones. En este caso los padres observan más casos de “*Casi siempre*” que los profesores.
- En cuanto a la frecuencia de hacer amigos durante las vacaciones, los profesores muestran un alto grado de desconocimiento (más de un 58%),

cuando un 61,1% coincide en “*Casi siempre*” y “*Siempre*”, y un 19,4% opina que “*A veces*”.

- En cuanto a la variable “*Suelen invitarle los amigos para que juegue con ellos*”, las valoraciones son buenas, ya que los padres presentan unos porcentajes altos en las categorías “*Casi siempre*” y “*Siempre*” (con un 41,6% en conjunto) y con un 30,6% en la categoría “*A veces*”, y los profesores presentan una mayoría de respuestas pertenecientes a las categorías “*A veces*” y “*Casi siempre*” y como segunda opción más elegida es “no sabe, no contesta”, debido al menor tiempo dedicado a la observación de la vida social del niño/a fuera del colegio.
- En cuanto al comportamiento de casa y fuera de ella, los profesores, como es lógico, presentan un gran desconocimiento de este asunto, lo que se muestra por un 50% de respuestas “*No sabe, no contesta*”, los padres sin embargo presentan un mayor porcentaje en la respuesta “*A veces*”, seguida de “*Nunca*”, lo que muestra la coherencia entre el comportamiento del centro como fuera de éste.
- En cuanto a las relaciones del alumno o alumna con los mayores y con los iguales, los padres coinciden en su mayoría en las valoraciones positivas, con un 72,2% de acuerdos en las categorías “*A veces*”, “*Casi siempre*” y “*Siempre*”, en cuanto al profesorado, presenta un mayor porcentaje de desconocimiento (25%), y las respuestas en su mayoría se concentran en las categorías medianas, con un 63,9% de respuestas en las categorías “*Casi nunca*”, “*A veces*” y “*Casi siempre*”.
- En cuanto a la valoración del condicionamiento de la imagen ante los demás, los padres y los profesores coinciden en que suele suceder “*A veces*” como primera opción de respuesta (cercana a un tercio de respuestas). La opción “*Siempre*” es más valorada por padres que por profesores, en este caso la segunda más elegida por profesores es de “*Casi siempre*”.
- En cuanto a los problemas por acatar las normas por parte de los niños, las valoraciones afirman que en pocos casos se presentan las ocasiones, aunque en el caso de los padres hay una valoración “*Siempre*”. La mayor parte de las valoraciones coincide en “*A veces*” en los dos grupos de observadores.
- Los padres y los profesores coinciden en que no destaca ningún cambio comportamental, aunque los padres suelen valorar de forma moderada esta afirmación, con un 22,2% de respuestas “*No sabe, no contesta*”, en el caso de los profesores la respuesta negativa es de 58,3%, formando la mayoría de respuestas, los padres sin embargo tienen un equilibrio entre las respuestas positivas y negativas.

En general, podemos afirmar que los padres ven a sus hijos e hijas muy positivamente, pero también con mayor atención que los profesores. En conjunto podemos afirmar que los padres ven a sus hijos como sociables, con facilidad para hacer amigos y mantenerlos, pero sin la dependencia del grupo para jugar. Se detecta una leve falta de comunicación entre padres y profesores en cuanto al desarrollo general social del

alumno. Tanto padres como profesores no ven cambios dignos de destacar en el comportamiento del alumno.

Tabla 193. Diagnóstico Escala Seguimiento 1.- Tiene facilidad para hacer amigos

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	2	5,6	5	13,9
A veces	7	19,4	13	36,1
Casi siempre	10	27,8	10	27,8
Siempre	11	30,6	3	8,3
Total	30	83,3	31	86,1
NS/NC	6	16,7	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 194. Diagnóstico Escala Seguimiento 2.- Se lleva bien con sus amigos

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca			3	8,3
A veces	11	30,6	10	27,8
Casi siempre	7	19,4	16	44,4
Siempre	12	33,3	2	5,6
Total	30	83,3	31	86,1
NS/NC	6	16,7	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 195. Diagnóstico Escala Seguimiento 3.- Prefiere jugar solo

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	36,1	7	19,4
Casi nunca	7	19,4	14	38,9
A veces	8	22,2	9	25,0
Casi siempre	2	5,6	1	2,8
Total	30	83,3	31	86,1
NS/NC	6	16,7	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 196. Diagnóstico Escala Seguimiento 4.- Hace muchos amigos durante las vacaciones

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	1	2,8	2	5,6
A veces	7	19,4	8	22,2
Casi siempre	12	33,3	4	11,1
Siempre	10	27,8	1	2,8
Total	30	83,3	15	41,7
NS/NC	6	16,7	21	58,3
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 197. Diagnóstico Escala Seguimiento 5.- Suelen invitarle los amigos para que juegue con ellos

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5,6		
Casi nunca	2	5,6	3	8,3
A veces	11	30,6	10	27,8
Casi siempre	8	22,2	9	25,0
Siempre	7	19,4	1	2,8
Total	30	83,3	23	63,9
NS/NC	6	16,7	13	36,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 198. Diagnóstico Escala Seguimiento 6.- Tiene mejor comportamiento en casa que fuera de casa

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	22,2	4	11,1
Casi nunca	3	8,3	2	5,6
A veces	13	36,1	8	22,2
Casi siempre	4	11,1	3	8,3
Siempre	2	5,6	1	2,8
Total	30	83,3	18	50,0
NS/NC	6	16,7	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 199. Diagnóstico Escala Seguimiento 7.- Se relaciona mejor con sus iguales que con los adultos

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5,6	2	5,6
Casi nunca	1	2,8	5	13,9
A veces	12	33,3	8	22,2
Casi siempre	8	22,2	10	27,8
Siempre	6	16,7	2	5,6
Total	29	80,6	27	75,0
NS/NC	7	19,4	9	25,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 200. Diagnóstico Escala Seguimiento 8.- Su comportamiento condiciona su imagen ante los demás

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5,6		
Casi nunca	4	11,1	3	8,3
A veces	13	36,1	11	30,6
Casi siempre	3	8,3	9	25,0
Siempre	6	16,7	4	11,1
Total	28	77,8	27	75,0
NS/NC	8	22,2	9	25,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 201. Diagnóstico Escala Seguimiento 9.- Presenta algún problema con respecto a acatar las normas familiares, reglas sociales o pautas en los juegos

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	22,2	5	13,9
Casi nunca	3	8,3	8	22,2
A veces	15	41,7	11	30,6
Casi siempre	3	8,3	5	13,9
Siempre	1	2,8		
Total	30	83,3	29	80,6
NS/NC	6	16,7	7	19,4
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 202. Diagnóstico Escala Seguimiento 10.- Destaca algún cambio comportamental

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	14	38,9	21	58,3
Sí	14	38,9	10	27,8
Total	28	77,8	31	86,1
NS/NC	8	22,2	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Dimensión 3. Adaptación Escolar

En segundo lugar, en cuanto a la Adaptación Escolar podemos nombrar los siguientes resultados de valor (para observar los resultados estadísticos, ver tablas Diagnóstico Escala Seguimiento de 11 a 22):

- Un gran porcentaje de padres y profesores afirman que a sus hijos y/o alumnos gusta ir al colegio, aunque los profesores son más moderados en sus valoraciones, y presentan 4 respuestas (11,1%) en la categoría “*Casi nunca*”.
- Los padres opinan que a sus hijos les gustan más los profesores que tienen, cuando los profesores no comparten es visión positiva de sus observaciones, los padres en este caso no presentan ninguna valoración negativa, y los profesores sí (2,8%, 1 respuesta), aunque el resto son valoraciones positivas.
- En cuanto a la valoración de la presencia de los niños en clase como elemento que puede dificultar su desarrollo, los padres son muy optimistas y sólo presentan un 11,1% en “*Casi siempre*”, y el resto es de “*Casi nunca*” o “*Nunca*”, sin embargo, los profesores opinan en un 11,1% que dificultan “*Siempre*” o “*Casi siempre*”. El porcentaje de respuestas es idéntico en ambos grupos de observadores, aunque la gravedad de afirmaciones es diferente, más severa en el caso de los profesores.
- En cuanto a los controles sobre los alumnos, los padres y los profesores coinciden en una valoración moderada de esta variable, coincidiendo en alrededor de un 40-50% en que solo pasa “*Casi nunca*” o “*A veces*”.

- Una persona de los padres afirma que su hijo o hija no se encuentra nunca feliz cuando este en el colegio, en el resto los dos grupos de observadores coinciden en que eso pasa “*A veces*”, “*Casi siempre*” o “*Siempre*”. En este caso el desconocimiento por parte de los padres es mayor que por parte de los profesores, con un 16,7% sobre el 11,1% de los profesores.
- La valoración del interés por estudios o el gusto por los estudios muestra que los padres tienen la opinión más dispersa en todas las categorías, pero la más valorada es de “*A veces*”. En cuanto a los profesores, la categoría más valorada también es de “*A veces*”, pero destaca la ausencia de respuestas en la categoría “*Siempre*”, aunque los padres presentan un 16,7% en esta categoría.
- Los padres tienen un mayor desconocimiento en cuanto a si su hijo termina las tareas de clase, y la categoría “*Nunca*” está vacía, pero la mayor parte de respuestas se concentra en “*Casi siempre*” y “*A veces*”. Los profesores, sin embargo afirman, en un 22,2% de los casos que los alumnos “*Nunca*” o “*Casi nunca*” terminan las tareas de clase.
- La mayoría de los padres opinan que la imagen social ante los demás ha cambiado “*Nunca*” (41,7%) o “*A veces*” (22,2%), pero los profesores no están de acuerdo, y en su mayoría opinan que no ha cambiado “*Nunca*” o “*Casi nunca*” (en total, 41,6%), la opción “*A veces*” tiene un 16,7% de respuestas.
- Los padres opinan que su hijo es “*Siempre*” enviado a participar en trabajos de grupo en un 41,7%, cuando los profesores sólo afirman esto en un “*A veces*” (38,9%).
- Tres padres opinan que su hijo nunca o casi nunca controla su conducta en clase, aunque la mayoría solo afirma que “*A veces*” o “*Casi siempre*” (con un 55,5%); los profesores, coinciden con las valoraciones mayoritarias con el grupo de los padres con un 63,9% de respuestas en estas categorías.
- Un 27,8 % de los profesores afirma que sus alumnos nunca respetan las normas de trabajo en clase, frente a un padre/madre (2,8%). Sin embargo, en la categoría “*Siempre*” se observa lo contrario, con un 19,4% de los padres a favor de esta opción y con un 11,1% de profesores. La mayoría de las respuestas se lleva la opción “*A veces*” (alrededor de un 30% en ambos casos).

En general, podemos afirmar que los alumnos se sienten felices en el colegio, les gusta asistir y participar en actividades grupales, y sus profesores. Los profesores opinan que estos alumnos dificultan en algo el desarrollo de sus clases, aunque los padres no comparten esta opinión. En cuanto al cambio de imagen social, y comportamental, los profesores opinan que no hay un gran cambio, y los padres opinan que sí.

Tabla 203. Diagnóstico Escala Seguimiento 11.- Le gusta ir al colegio

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5,6		
Casi nunca	2	5,6	4	11,1
A veces	3	8,3	7	19,4
Casi siempre	9	25,0	16	44,4

Siempre	14	38,9	4	11,1
Total	30	83,3	31	86,1
NS/NC	6	16,7	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 204. Diagnóstico Escala Seguimiento 12.- Le gustan los profesores que tiene

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca				
Casi nunca			1	2,8
A veces	6	16,7	11	30,6
Casi siempre	7	19,4	15	41,7
Siempre	17	47,2	3	8,3
Total	30	83,3	30	83,3
NS/NC	6	16,7	6	16,7
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 205. Diagnóstico Escala Seguimiento 13.- Sus profesores consideran que dificulta el desarrollo de las clases

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	25,0	12	33,3
Casi nunca	4	11,1	8	22,2
A veces	11	30,6	8	22,2
Casi siempre	4	11,1	2	5,6
Siempre			2	5,6
Total	28	77,8	32	88,9
NS/NC	8	22,2	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 206. Diagnóstico Escala Seguimiento 14.- Se pone muy nervioso cuando tiene controles, hay signos evidentes de ansiedad

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	27,8	5	13,9
Casi nunca	6	16,7	11	30,6
A veces	7	19,4	10	27,8
Casi siempre	4	11,1	3	8,3
Siempre	3	8,3	2	5,6
Total	30	83,3	31	86,1
NS/NC	6	16,7	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 207. Diagnóstico Escala Seguimiento 15.- En el colegio se encuentra feliz y contento

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2,8		
Casi nunca				
A veces	11	30,6	13	36,1
Casi siempre	8	22,2	16	44,4
Siempre	10	27,8	3	8,3

Total	30	83,3	32	88,9
NS/NC	6	16,7	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 208. Diagnóstico Escala Seguimiento 16.- Le gusta estudiar/ muestra interés por aprender

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5,6	4	11,1
Casi nunca	5	13,9	9	25,0
A veces	11	30,6	13	36,1
Casi siempre	6	16,7	6	16,7
Siempre	6	16,7		
Total	30	83,3	32	88,9
NS/NC	6	16,7	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 209. Diagnóstico Escala Seguimiento 17.- Termina las tareas de clase

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca			1	2,8
Casi nunca	4	11,1	7	19,4
A veces	7	19,4	15	41,7
Casi siempre	13	36,1	7	19,4
Siempre	6	16,7	2	5,6
Total	30	83,3	32	88,9
NS/NC	6	16,7	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 210. Diagnóstico Escala Seguimiento 18.- Ha cambiado su imagen social ante los demás

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	15	41,7	7	19,4
Casi nunca	2	5,6	8	22,2
A veces	8	22,2	6	16,7
Casi siempre	2	5,6	4	11,1
Siempre	2	5,6		
Total	29	80,6	25	69,4
NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 211. Diagnóstico Escala Seguimiento 19.- Participa o es invitado a participar en trabajos de grupo

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca			1	2,8
Casi nunca	2	5,6	4	11,1
A veces	7	19,4	14	38,9
Casi siempre	6	16,7	9	25,0
Siempre	15	41,7	4	11,1
Total	30	83,3	32	88,9
NS/NC	6	16,7	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 212. Diagnóstico Escala Seguimiento 20.- Controla su conducta en clase

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2,8		
Casi nunca	2	5,6	2	5,6
A veces	12	33,3	10	27,8
Casi siempre	8	22,2	13	36,1
Siempre	6	16,7	7	19,4
Total	29	80,6	32	88,9
NS/NC	7	19,4	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 213. Diagnóstico Escala Seguimiento 21.- Respetar las normas de trabajo en clase

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2,8	10	27,8
Casi nunca			6	16,7
A veces	11	30,6	12	33,3
Casi siempre	6	16,7	3	8,3
Siempre	11	30,6	1	2,8
Total	29	80,6	32	88,9
NS/NC	7	19,4	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 214. Diagnóstico Escala Seguimiento 22.- Su conducta interfiere en el trabajo de sus compañeros

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	25,0	10	27,8
Casi nunca	3	8,3	6	16,7
A veces	17	47,2	12	33,3
Casi siempre			3	8,3
Siempre			1	2,8
Total	29	80,6	32	88,9
NS/NC	7	19,4	4	11,1
Total	36	100,0	36	100,0

Dimensión 4. Seguimiento y Diagnóstico

Respecto al seguimiento y diagnóstico, podemos comentar los siguientes resultados (para observar los resultados estadísticos, ver tablas Diagnóstico Escala Seguimiento de 23 a 34):

- Sobre el seguimiento del estado del niño las valoraciones son en general equilibradas, afirmando un porcentaje cercano al 40-45% de casos afirmativos, un 19,4% desconoce este aspecto.
- Los padres afirman que en un 36,1% de los casos fue realizada la evaluación

psicopedagógica, frente a un 44,4% de los profesores.

- Los porcentajes de profesores son menores en general, y también en el caso de afirmación de presentar el diagnóstico médico, lo mismo con el desconocimiento, es más alto en el caso de los profesores, lo que es de esperar, ya que los padres tienen mayor responsabilidad en el caso de educación y atención al niño o la niña.
- Un 27,8% de padres afirman que el niño ha sido medicado, frente a un 25% de profesores, igual que en el caso anterior. El porcentaje de los profesores que desconocen el caso es menor, sólo de 22,2%, aunque mayor que el de los padres (un 16,7%).
- En el caso de seguimiento de terapia o apoyo, los profesores presentan mayor número de respuestas afirmativas, con un 38,9%, en el caso de los padres el desconocimiento es menor que en el caso de observadores profesores, con un 19,4% de “No sabe, no contesta”.
- En cuanto al equipo de orientación, los profesores lo afirman en un 38,9%, cuando los padres sólo en el 33,3%, pero un 50% de profesores eligen “No sabe, no contesta”, frente a un 47,2% de las respuestas paternas.
- En el caso de A y L, los padres lo afirman en un 11,1%, y solo 2 profesores (5,6%) hacen lo mismo, pero un 50% de profesores lo desconocen, frente a un 47,2% de los padres.
- En cuanto a asistencia a PT, sólo 3 padres (8,3%) lo afirman, pero doble de profesores (16,7%) están de acuerdo, en cuanto a negativo no presenta respuestas de los profesores, y sí un 50% de desconocimiento en su caso. En el caso de los padres, afirmación negativa lo presentan un 44,4% de ellos, un lo desconocen un 47,2%.
- Un padre o madre afirman la asistencia al pediatra, cuando en el caso de profesores el número es de tres (8,3% del grupo). El desconocimiento en el caso de los padres es de 47,2%, frente a un 50% de profesores.
- La asistencia al neurólogo lo confirman un 25% de los padres, pero sólo 4 de los profesores, el desconocimiento es mayor por parte de los profesores, con una persona de diferencia.
- La asistencia al psicólogo, es de siete casos según las respuestas de los padres, pero sólo 5 según profesores de los niños. El desconocimiento es similar a las dos anteriores variables.
- En cuanto a la valoración médica o psicopedagógica, tres adultos padres afirman TDA (8,3%) y 8 padres afirman TDA-H (22,2%). En el caso de los profesores, dos de ellos afirman TDA (5,6%) y cinco de ellos confirman TDA-H (13,9%). El desconocimiento es mayor en el caso de los profesores (80,6% frente a un 69,7% de las respuestas paternas).

En general, podemos afirmar una gran similitud de respuestas entre los padres y profesores, destacando siempre un mayor porcentaje de desconocimiento (“*No sabe, no contesta*”) por parte de los profesores. Esto puede hablar de que el aspecto tratado el área de mayor responsabilidad de padres de los niños y niñas, o de una mayor sinceridad a la

hora de valoración, por no atribuir a los padres el desconocimiento de la salud de su/s hijo/s. En el caso de profesores también se observa una tendencia a menor número de respuestas afirmativas, como podría ser síntoma de mayor sinceridad, o de una menor atención a los aspectos estudiados. Una quinta parte de los dos grupos desconoce el estado de los alumnos respecto al diagnóstico y si hay o no seguimiento. Hay que destacar de nuevo la falta de intercambio de información entre los dos grupos de respondientes. Los profesores declaran que ofrecen más apoyo del que es percibido por los padres de los alumnos, corroborando esa falta de intercambio de información.

Tabla 215. Diagnóstico Escala Seguimiento 23- ¿Ha habido seguimiento en estos dos años?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	14	38,9	13	36,1
Sí	15	41,7	16	44,4
Total	29	80,6	29	80,6
NS/NC	7	19,4	7	19,4
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 216. Diagnóstico Escala Seguimiento 24.- ¿Le han hecho evaluación psicopedagógica?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	16	44,4	12	33,3
Sí	13	36,1	16	44,4
Total	29	80,6	28	77,8
NS/NC	7	19,4	8	22,2
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 217. Diagnóstico Escala Seguimiento 25.- ¿Tiene diagnóstico médico?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	20	55,6	19	52,8
Sí	10	27,8	9	25,0
Total	30	83,3	28	77,8
NS/NC	6	16,7	8	22,2
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 218. Diagnóstico Escala Seguimiento 26.- ¿Ha sido medicado?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	20	55,6	19	52,8
Sí	10	27,8	9	25,0
Total	30	83,3	28	77,8
NS/NC	6	16,7	8	22,2
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 219. Diagnóstico Escala Seguimiento 27.- ¿Ha seguido algún tipo de terapia o apoyo?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	16	44,4	13	36,1
Sí	13	36,1	14	38,9
Total	29	80,6	27	75,0
NS/NC	7	19,4	9	25,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 220. Diagnóstico Escala Seguimiento 28.- Equipo de Orientación

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	7	19,4	4	11,1
Sí	12	33,3	14	38,9
Total	19	52,8	18	50,0
NS/NC	17	47,2	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 221. Diagnóstico Escala Seguimiento 29.- A y L

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	15	41,7	16	44,4
Sí	4	11,1	2	5,6
Total	19	52,8	18	50,0
NS/NC	17	47,2	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 222. Diagnóstico Escala Seguimiento 30.- PT

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	16	44,4		33,3
Sí	3	8,3	6	16,7
Total	19	52,8	12	50,0
NS/NC	17	47,2	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 223. Diagnóstico Escala Seguimiento 31.- Pediatra

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	18	50,0	15	41,7
Sí	1	2,8	3	8,3
Total	19	52,8	18	50,0
NS/NC	17	47,2	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 224. Diagnóstico Escala Seguimiento 32.- Neurólogo

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	10	27,8	14	38,9
Sí	9	25,0	4	11,1

Total	19	52,8	18	50,0
NS/NC	17	47,2	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 225. Diagnóstico Escala Seguimiento 33.- Psicólogo

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	12	33,3	13	36,1
Sí	7	19,4	5	13,9
Total	19	52,8	18	50,0
NS/NC	17	47,2	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 226. Diagnóstico Escala Seguimiento 34.- ¿Cuál ha sido la valoración médica o psicopedagógica?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
TDA	3	8,3	2	5,6
TDA-H	8	22,2	5	13,9
Total	11	30,6	7	19,4
NS/NC	25	69,4	29	80,6
Total	36	100,0	36	100,0

Dimensión 5. Rendimiento

Por último, del rendimiento podemos comentar los siguientes datos, que presentan mayor interés (para observar los resultados estadísticos, ver tablas Diagnóstico Escala Seguimiento de 35 a 43):

- 69,4% de los padres afirman que su hijo presenta dificultades de aprendizaje, cuando sólo 61,1% de los profesores afirman lo mismo.
- El 36,1% de padres afirman que su hijo presenta problemas en Matemáticas, frente a un 47,2% de los profesores.
- En Lengua, un 55,6% de los padres están convencidos de que su hijo tiene problemas, frente a un 52,8% de los profesores.
- En cuanto a Conocimiento del Medio, 17 o un 47,2% de padres de alumnos están afirmando que su hijo tiene dificultades, cuando sólo 14 profesores (38,9%) afirman lo mismo.
- En Inglés, 16 padres (44,4%) afirman que su hijo tiene dificultades, pero 18 profesores (50%) afirman eso.
- En Educación Física el panorama es mucho mejor que en otras materias anteriormente nombradas, sólo 4 padres afirman que su hijo tiene dificultades, y sólo 2 profesores dicen lo mismo de sus alumnos.
- En Música, los padres en un 22,2% afirman que sus hijos tienen dificultades, y los profesores tienen una respuesta similar, en un 19,4% afirmando lo

mismo.

- En Educación Artística, los padres presentan mayor número de respuestas afirmativas, con un 19,4%, frente a un 13,9% de los profesores.
- A la hora de comparar el proceso de aprendizaje con los compañeros del alumno los padres tienen una visión ligeramente más optimista que los profesores, afirmando en un 38,9% que su hijo tiene problemas en ese aspecto. En cuanto a los profesores, un 41,7% afirman que a su alumno le cuesta aprender en comparación con sus compañeros.
- En cuanto al rendimiento escolar, casi la totalidad de padres y profesores que han respondido han elegido las opciones “Bajo” (33,3% padres y 47,2% profesores) y “Medio” (47,2% padres, 33,3% profesores), y con el rendimiento alto sólo hay un caso. Hay seis respuestas “No sabe, no contesta” en ambos grupos de observadores.

En general, observando todos los resultados de esta escala, podemos realizar algunas conclusiones. Destacar de nuevo la falta de intercambio de información entre los dos grupos de respondientes. Hay coincidencia en valoraciones del rendimiento académico, en este caso coincidiendo en los niveles medio y bajo, con mejores expectativas por parte de los padres. En cuanto a la proyección, al comparar el proceso de aprendizaje, los padres emiten una valoración más optimista en cuanto a sus hijos. La mayor dificultad se detecta en Lengua, seguida de Matemáticas.

Tabla 227. Diagnóstico Escala Seguimiento 35.- ¿Presenta dificultades de aprendizaje?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	5	13,9	9	25,0
Sí	25	69,4	22	61,1
Total	30	83,3	31	86,1
NS/NC	6	16,7	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 228. Diagnóstico Escala Seguimiento 36.- Dificultades en Matemáticas

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	16	44,4	8	22,2
Sí	13	36,1	17	47,2
Total	29	80,6	25	69,4
NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 229. Diagnóstico Escala Seguimiento 37.- Dificultades en Lengua

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	9	25,0	6	16,7
Sí	20	55,6	19	52,8
Total	29	80,6	25	69,4

NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 230. Diagnóstico Escala Seguimiento 37.- Dificultades en Conocimiento del Medio

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	12	33,3	11	30,6
Sí	17	47,2	14	38,9
Total	29	80,6	25	69,4
NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 231. Diagnóstico Escala Seguimiento 38.- Dificultades en Inglés

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	13	36,1	7	19,4
Sí	16	44,4	18	50,0
Total	29	80,6	25	69,4
NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 232. Diagnóstico Escala Seguimiento 39.- Dificultades en Educación Física

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	25	69,4	23	63,9
Sí	4	11,1	2	5,6
Total	29	80,6	25	69,4
NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 233. Diagnóstico Escala Seguimiento 40.- Dificultades en Música

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	21	58,3	18	50,0
Sí	8	22,2	7	19,4
Total	29	80,6	25	69,4
NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 234. Diagnóstico Escala Seguimiento 41.- Dificultades en Educación Artística

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	22	61,1	20	55,6
Sí	7	19,4	5	13,9
Total	29	80,6	25	69,4
NS/NC	7	19,4	11	30,6
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 235. Diagnóstico Escala Seguimiento 42.- ¿Considera que le cuesta aprender en comparación con sus compañeros?

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	14	38,9	13	36,1
Sí	14	38,9	15	41,7
Total	28	77,8	28	77,8
NS/NC	8	22,2	8	22,2
Total	36	100,0	36	100,0

Tabla 236. Diagnóstico Escala Seguimiento 43.- Rendimiento escolar

	Padres		Profesores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	33,3	17	47,2
Medio	17	47,2	12	33,3
Alto	1	2,8	1	2,8
Total	30	83,3	30	83,3
NS/NC	6	16,7	6	16,7
Total	36	100,0	36	100,0



3 Capítulo III. Conclusiones generales.



Las conclusiones del presente trabajo las organizaremos en función de los distintos objetivos específicos presentando asimismo una síntesis de cada apartado, e intentando recoger lo más relevante de los datos obtenidos en cada uno de ellos.

Para ello, estructuraremos esta presentación en los siguientes subapartados:

3.1-Revisión de las aportaciones que se realizan en la fundamentación teórica acerca de este trabajo.

3.2-Discusión y análisis de los principales resultados obtenidos en el estudio, y sus relaciones con otros estudios similares.

Limitaciones del estudio y líneas de investigación futura.

3.1 Revisión de las aportaciones que se realizan en la fundamentación teórica acerca de este trabajo.

Síntesis del concepto evaluación y diagnóstico del TDAH- Avances que ha habido.

A lo largo del apartado 1, hemos analizado lo concerniente al trastorno desde una perspectiva teórica, analizando y valorando las primeras categorizaciones conductuales sobre la hiperactividad pasando por las distintas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, hasta llegar a la quinta versión que recoge los últimos datos por los que hemos de regirnos a la hora de detectar y evaluar el TDAH.

En este primer apartado, hemos recorrido la diversidad que, a lo largo de la historia, se ha dado en la conceptualización del trastorno y en la terminología con la que se ha identificado hasta llegar a la primera definición formal, recogida en el DSM-II. A través de los diversos apartados que componen el capítulo y que recogen su evolución terminológica, hemos revisado las tendencias actuales en cuanto a la definición, etiología, prevalencia, comorbilidad, criterios diagnósticos y evaluación. Al mismo tiempo hemos revisado los diferentes modelos científico-descriptivos, que abordan esta patología, desde sus orígenes hasta el actual DSM-5.

En nuestro estudio hemos trabajado con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, ya que era el instrumento vigente en el momento que comenzó la investigación y que se utilizó para baremar los datos obtenidos en los cuestionarios de la primera recogida de datos. El análisis de los cuestionarios nos permitió determinar qué alumnos presentaban condición TDAH y cuáles no. No obstante, se ha analizado la conceptualización de manera comparativa entre el manual DSM-IV-TR y el DSM-5, publicado en el 2014, mientras se finalizaba el presente trabajo de investigación por entender que son de interés las consideraciones que se han realizado y de qué manera pueden condicionar los nuevos parámetros los protocolos de evaluación, para clasificar o determinar el tipo de trastorno en su diagnóstico.

El DSM-5 ha supuesto un avance pues, según se ha conformado, posibilita la tipificación diagnóstica de los pacientes con TDAH o TDAH-R así como los pacientes

que no cumplen criterios de hiperactividad, los TDA; aspectos que no eran tenidos en cuenta en el anterior manual y que no han interferido en nuestra investigación porque no estaban incluidos en nuestros objetivos.

La nueva clasificación supone un avance, si bien nos enfrentamos de nuevo al mismo problema existente en versiones anteriores, ya que los datos empíricos de los que se disponen para definir estos subtipos son escasos. Por ello, desde la perspectiva clínica critican su utilidad si no se modifican los criterios clínicos o se añaden otros más específicos para poder diagnosticar tanto a los TDAH-R como a los TDA. Probablemente se necesite una reconsideración de los criterios de exclusión o los puntos de corte para su diagnóstico (Fernández-Perrone, Martín Fernández-Mayoralas y Fernández-Jaén, 2013). Habrá que seguir trabajando e investigando sobre la pertinencia de los criterios y protocolos utilizados para el diagnóstico.

Desde una perspectiva psicopedagógica se entiende que la nueva clasificación puede ayudarnos a la hora de la prevención o en el trabajo diario con estos alumnos, pero poco más. Esta nueva clasificación viene a dar la razón respecto a la importancia del diagnóstico precoz y de la estructuración del trabajo, de estimulación e intervención, que hay que llevar a cabo debido a la especificidad de cada caso.

El recorrido teórico, permite acercarnos a las dificultades que pueden surgir cuando no existe consenso para catalogar una patología. El llegar a un acuerdo en los síntomas que determinan una u otra patología permite iniciar investigaciones, contrastar resultados y utilizar un mismo baremo o referente a la hora de diagnosticar, hechos que posibilitan avances y control sobre las mismas.

De ahí el deseo de comprobar si la escala EMA-DDA podría servir de *screening* en la escuela para una primera detección de la condición TDAH y poder agilizar el protocolo de diagnóstico. En los siguientes puntos, vamos a comentar los resultados obtenidos con nuestro estudio y las conclusiones a las que hemos llegado, así como las limitaciones que hemos detectado a lo largo de la investigación.

Como ya hemos determinado, el TDAH conlleva una deficiencia significativa en la capacidad atencional, así como en el control de los impulsos y de conducta según las normas establecidas; además de otras alteraciones comórbidas que afectan notablemente al desarrollo emocional y social del sujeto principalmente, así como al entorno en el que se desarrolla.

La variedad de síntomas oscila entre la “casi normalidad” hasta desórdenes muy importantes que dificultan su diagnóstico precoz. En la mayoría de casos el diagnóstico de TDAH llega tras varios años desde el inicio de los síntomas, cuando aparecen problemas conductuales manifiestos y dificultades de aprendizaje, entre otros. A este diagnóstico se llega tras interminables pruebas que implican a padres, profesores y niños, como ya hemos visto anteriormente. El objetivo de que analicemos la escala EMA-DDA, persigue comprobar su fiabilidad o validez como prueba *screening* en los primeros cursos y detectar el riesgo de padecer TDAH usando criterios recogidos en el DSM-IV-TR y DSM-5.

Poder utilizar la escala para detección de síntomas evitaría retraso en el diagnóstico y el posible impacto en la calidad de vida de los alumnos que presenten la patología. Mientras que si no se confirma la condición TDAH, por ambos colectivos padres-profesores, el protocolo nos puede estar alertando de conductas o desajustes que perfectamente pueden trabajarse desde la escuela y procurar que no constituyan patología.

Por otra parte, si el protocolo fuese indicador de condición TDAH, esta serie de dificultades pueden agravarse, por lo que necesitan de una detección precoz para llevar a cabo una intervención temprana que permita mejorar los síntomas que se derivan del trastorno. Además de aportar na información valiosa e imprescindible para la evaluación clínica de los sujetos y su posterior tratamiento psicopedagógico. Como han demostrado diversos autores (Soutullo, 2004; Torres, Beltrán, Beltrán, Velázquez y García, 2004; Barkley, 2008; González, 2008; Moreno, 2008; Sherman, Rasmussen y Baydala, 2008, Orjales, 2009) existen diversas estrategias para abordar el TDAH en el contexto escolar que pueden ayudarnos a conseguirlo. La mayoría de ellas podemos encontrarlas recogidas en protocolos de intervención publicados por Ministerio de Educación o como la publicada por la Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Región de Murcia (2012), guías que facilitan el llevar a cabo el trabajo inclusivo y lo más normalizado posible con niños que presentan TDAH (Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y López-Oruño, 2014b).

3.2 Discusión y análisis de los principales resultados obtenidos en el estudio, y sus relaciones con otros estudios similares.

En cuanto a la discusión y análisis de resultados, para facilitar su lectura como ya hemos comentado, vamos a tomar como elemento de estructuración los objetivos de la investigación. De este modo, recuérdese que su objetivo principal era analizar las características de la Escala EMA-DDA. La muestra que se ha utilizado para el estudio se ha estimado sobre la población total en niños escolarizados en primero y segundo de primaria, con edades comprendidas entre 6 y 9 años, asistentes a centros escolares (públicos y concertados) de Cuenca y su provincia.

Dadas las características del estudio, la estimación muestral se ha diversificado en diferentes enfoques, manteniendo siempre como referencia la población total. De este modo, se ha trabajado con una muestra máxima que representa el 59,05% de los sujetos y que se distribuyen en el 58,33% de los centros. No obstante, debido a la estrategia de recogida de información, existe una mayor presencia de centros rurales que urbanos (prácticamente el doble, tanto en primero como en segundo de primaria) y preferentemente, son centros públicos. Los centros privados, de carácter concertado, son ligeramente superiores al 10%.

Las causas de este tipo de muestras son debidas a que Cuenca es una provincia condicionada y caracterizada por su vasto territorio, hecho que se refleja en la distribución de centros de enseñanza de la provincia. La distribución poblacional está muy dispersa y la mayoría de sus pueblos o municipios son pequeños, con una densidad de población extremadamente baja en la mayor parte de la provincia. Debido al bajo índice de

población infantil existente en muchos municipios, los servicios periféricos de educación tienen que agrupar a los alumnos en los denominados “CRA” o Centros Rurales Agrupados, para facilitar su educación. La mayoría de los colegios son públicos como demuestra la estadística. Solo existen centros privados y concertados en Cuenca capital y en algunos centros urbanos de esta provincia. Hay centros privados o concertados en aquellos núcleos donde mayor número de población se concentra y en los que mayor desarrollo socioeconómico existe, así como en pueblos en los que permanecen abiertos colegios regentados por órdenes religiosas que mantienen su centro educativo. Listado de centros en el Anexo 2. En cualquier caso, para cualquier detalle acerca de la estructuración de la muestra y de los diferentes estratos y casos que se tuvieron en cuenta, puede consultarse el apartado 4.1 de esta tesis.

Analizar la incidencia de conductas identificables como TDAH en edades comprendidas entre los 6 y los 9 años.

De la casuística con la que trabajamos en el primer cuestionario fueron detectados 97 casos como alumnos con condición TDAH de los que podemos hacer el siguiente análisis: en Cuenca capital se detectan 23 casos; 11 alumnos en 4 colegios públicos frente a 12 en 2 colegios concertados. En los centros públicos, se detectan más alumnos en primero (7 alumnos) que en segundo (4) mientras que en los colegios concertados hay más alumnos en segundo (7) que en primero (5). En cuanto al sexo hay mayor prevalencia en chicos que en chicas en ambos tipos de centros. En colegios públicos, tenemos 7 chicos en primero y 3 en segundo y tan sólo 1 chica en segundo. En centros concertados hay 4 chicos, 2 en primero y 2 en segundo y mientras que en la pública 1 chica pero está en primero (Anexo 14: Resumen general de datos sobre los Centros que participaron en el cuestionario de seguimiento.)

En cuanto a la provincia tenemos 74 casos. Participan 23 colegios públicos y 2 concertados. Los casos se distribuyen de la siguiente manera: 66 alumnos con condición TDAH en centros públicos y 8 alumnos en concertados. En los centros públicos, 21 alumnos son de primer curso y 45 de segundo, mientras que en el colegio concertado tenemos 3 alumnos en primero y 5 en segundo. En ambos tipos de centros, hay más casos en segundo curso. En cuanto a la distribución de la muestra por sexo tenemos 38 chicos en colegios públicos de los cuales 11 son de primero y 27 de segundo, frente a 21 chicas de las que 7 son de primero y 14 de segundo. En centro concertado tenemos 4 chicos cuya es proporción 2 en primero y 2 en segundo y otras 4 chicas, 1 en primero y 3 en segundo. Para futuros trabajos, sería positivo comprobar la relación existente entre el mayor número de casos detectados y su relación con la permisibilidad del profesorado y padres ante tales conductas.

Por otra parte y para dar respuesta al tercer objetivo (3.1.) realizamos el análisis comparativo de la percepción de los padres y profesores sobre los ítems de la escala y se aprecia una gran mortalidad experimental, de forma que tan sólo 331 casos cumplen los requisitos de haber cumplimentado los cuestionarios ambos colectivos.

Otro de los aspectos relevantes sobre el que más tarde insistiremos es el relativo a la muestra de seguimiento. Como se recordará, se intentó realizar un seguimiento de los alumnos que obtuvieron la calificación de condición TDAH mediante la Escala EMA-DDA, antes de concluir la educación primaria. Los estudios longitudinales se pueden ver afectados por un alto grado de mortalidad experimental. Factores como el cambio de centro, el cambio de profesorado, el cambio de localidad o bien de equipo de orientación y apoyo, pueden hacer que muchos de los casos inicialmente detectados posteriormente no se hayan localizado y por esta razón no se puedan valorar de nuevo si se mantiene o no la condición TDAH. Esto supone una limitación en el estudio que asumimos y sobre la que, como ya hemos comentado, volveremos en estas conclusiones.

En este objetivo hemos visto que los datos que nos aporta nuestro estudio se reflejan con los que vienen determinados en el DSM-5. Aunque la prevalencia no se ha podido determinar debido a la mortalidad de la muestra, si que se ha podido observar un mayor número de chicos que de chicas, así como un número de detecciones más elevado en 2º curso, lo que confirma otro aspecto al que se hace referencia en el último DSM.

Parece que los datos obtenidos apuntan en la dirección de que la valoración de alumnos de primaria se detectarían más casos de déficit de atención, no obstante este es un aspecto que se podría comprobar en sucesivas investigaciones.

Por otra parte se observa que la detección de los alumnos de primaria se apoya más en el bajo rendimiento de los alumnos.

Debido al escaso número de colegios concertados no podemos valorar la incidencia de un tipo u otro de centro (asumiendo que la titularidad del centro en alguna medida refleja diferencias entre los niveles socioeconómicos y culturales de las familias de los alumnos). Sería conveniente para otros estudios comprobar la relación existente entre el grupo sociocultural de las familias informantes, con la detección y diagnóstico de TDAH en la primera edad.

Comprobar las propiedades métricas de la escala Magallanes EMA-D.D.A. en niños entre los 6 y los 9 años de edad como indicador de TDAH en el ámbito escolar.

Tal como hemos señalado con anterioridad, se han analizado las propiedades métricas de las Escalas a partir de dos modelos de media TCT y TRI-Rasch. En el caso de la TCT se informa de la fiabilidad como consistencia interna, si bien los autores de la escala original incluyeron también una aproximación test-retest, que en nuestro caso no se ha podido considerar. Se incluyen todos los indicadores de cada subescala, así como de los ítems, correspondientes a los parámetros de dificultad (en este caso coincidencia) y discriminación, incluyendo el estudio de la consistencia mediante el modelo Alfa de Cronbach, para el caso donde se eliminen ítems. En esta revisión mencionamos en cada dimensión en primer lugar los valores obtenidos en el estudio original y posteriormente los observados en nuestra investigación.

En cuanto a la primera dimensión Déficit de Atención e Hiperactividad, se obtienen niveles de fiabilidad tanto en Test-Retest como en Alfa de Cronbach que oscilan entre .84 y .93. Normalmente son más fiables las respuestas del profesorado y en cuanto a la de los padres únicamente en la edad de 6-7 años. Mediante la utilización del procedimiento Test-Retest las fiabilidades son similares (padres .85 y profesores= .84).

En el caso de nuestro estudio, como ya se indicó, se utilizó como coeficiente de fiabilidad únicamente el Alfa de Cronbach, obteniéndose como resultados .79 para el caso de los padres y .94 para el caso del profesorado. En este sentido, cabe remarcar que en el caso de los padres la fiabilidad es inferior en nuestro estudio respecto a la que obtienen los autores. En el caso del profesorado se observan niveles de Alfa similares. En cualquier caso, se observa un patrón similar de fiabilidad entre ambos estudios.

En la dimensión Inatención se sigue un patrón similar al observado en la anterior dimensión. Es decir, generalmente son más fiables las valoraciones del profesorado que las que ofrecen los padres, a excepción de la que ofrece el grupo Test-Retest estimado para el grupo de niños de 6-7 años. Comparando los coeficientes Alfa obtenidos por los autores y los comprendidos en nuestro estudio podemos señalar que siguen la misma tendencia: los niveles de fiabilidad obtenidos en los cuestionarios con padres es inferior (.83) al obtenido en el cuestionario de profesores (.90).

Respecto a la dimensión Agresividad en todos los grupos analizados, tanto por el coeficiente Test-Retest como los niveles Alfa de Cronbach de fiabilidad que aporta el profesorado son superiores que los que aportan los padres dándose niveles que oscilan entre .75 y .91.

En la dimensión Retraimiento, se produce el mismo patrón de resultados que en la dimensión comentada con anterioridad. Así, pues, encontramos que al comparar los resultados de los coeficientes Alfa obtenidos por los autores y los que se observan en nuestro estudio también se dan resultados similares. De esta forma, nosotros obtenemos un nivel de fiabilidad en los padres ligeramente inferior al que informan los autores, (.70 respecto a .72) en el caso de los profesores se da una relación muy parecida, .70 frente a .75, coeficiente que apuntan los autores.

En el caso de la dimensión de Ansiedad en el coeficiente Test-Retest los profesores presentan niveles de fiabilidad más alto que los padres, salvo en el grupo donde se evalúan niños de 8-9 años en el que el nivel es exactamente igual. Los niveles de los que informan los autores oscilan entre .75 y .90.

Por otra parte, llama la atención los bajos niveles que se observan con el coeficiente Alfa. En el caso de padres baja a .50 y en el caso de profesores al .48.

En nuestro estudio se observamos también una caída muy importante del nivel de fiabilidad en esta dimensión, de manera que el coeficiente alfa estimado para padres es .42 y para profesores sin embargo, es de .76.

Por último, en la dimensión Rendimiento habría que decir que en el estudio nacional el coeficiente Test-Retest siempre da resultados más elevados en los profesores que en los padres, salvo en el grupo de 8-9 años. En cualquier caso, los niveles son muy elevados oscilando entre .80 y .90.

En relación al coeficiente Alfa de Cronbach, los autores informan de un nivel de fiabilidad Alfa de .88 en el caso de los padres, mientras que en nuestro estudio se observa un nivel de .87. Por su parte, en el caso de los profesores, el nivel de fiabilidad del que informan los autores es .94 y en nuestro estudio es de .93.

Después de este resumen pormenorizado de las distintas dimensiones, podemos confirmar que existe consistencia interna en la escala, como aseguraban los autores. Aunque los valores obtenidos en nuestro estudio sean mínimamente inferiores a los originales, podemos decir que se confirma la consistencia interna de la misma. No obstante nos llama la atención los datos obtenidos en la dimensión ansiedad por su disparidad con el resto de dimensiones. Los autores también habían observado diferencias en la consistencia interna de esta dimensión, aunque con menor diferencia en sus valores. Podríamos cuestionar el modo en que se ha operacionalizado esta dimensión en esta prueba.

Por otra parte, respecto al funcionamiento de los ítems los autores prestan una especial atención a los índices de homogeneidad, siendo normalmente en todas las dimensiones muy elevados, salvo en la dimensión de ansiedad que presenta niveles medios en los profesores y medio-bajos en los padres.

En general, los índices que se observan en las valoraciones de los padres siempre son ostensiblemente inferiores que los que se observan en las valoraciones que aportan los profesores.

En nuestro estudio se dan patrones muy parecidos de homogeneidad, tanto en padres como en profesores. Hemos añadido como indicador de interés, del que no se informa en el estudio original, el comportamiento de la fiabilidad en el caso en que se eliminen los ítems. Este indicador (Alfa) si se elimina el ítem, es de gran utilidad para poder apreciar lo que aporta cada ítem a la fiabilidad de cada dimensión. Habiendo revisado tanto en el caso de padres como en el caso de profesores el indicador mencionado, prácticamente no se observa ningún ítem cuya eliminación favorezca un incremento sustancial en la fiabilidad de la dimensión a la que pertenece. En la siguiente discusión haremos notar si se da esta posibilidad.

En el caso de los padres únicamente se ha detectado un ítem en la dimensión de Déficit de Atención con Hiperactividad (*se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes, etc...*) cuya eliminación incrementaría muy ligeramente la fiabilidad (en 0.004 puntos). Por otra parte, en la dimensión de Retraimiento, se ha detectado otro ítem cuya eliminación incrementaría la fiabilidad en 0,020 puntos. Por último, el caso que mayor impacto tendría en el funcionamiento de la dimensión a la que pertenece, es decir la Ansiedad, es el ítem “Se muerde la uñas” el que permitiría su eliminación un incremento

de .17. Por tanto, en el caso de los padres, estimamos que tan sólo únicamente en esta última dimensión se podría introducir algún cambio para mejorar la escala.

Respecto al funcionamiento del indicador, con la muestra de profesores, se observa también muy pocos ítems cuya eliminación favorezca un incremento de la fiabilidad. De este modo, en la dimensión Déficit de Atención e Hiperactividad la eliminación del ítem “Abandona lo que está haciendo sin terminarlo” incrementaría muy ligeramente la fiabilidad (en .003 puntos). Es decir, entendemos que puede ser debido a factores espureos y por tanto no es relevante.

En la Dimensión de Retraimiento sí que se observa un ítem cuya eliminación permitiría un mejor funcionamiento de la dimensión (“Antes las provocaciones se calla y aguanta”) que permitiría un incremento de la fiabilidad de .02.

En las restantes dimensiones en el caso de profesores, no se detecta ningún ítem cuya eliminación produzca mejoras en la fiabilidad.

Los análisis realizados sobre los ítems, nos permiten afirmar que, en la escala de padres, la eliminación del ítem “Se muerde la uñas” permitiría un incremento de .17. Por tanto, estimamos que únicamente en la dimensión de ansiedad se podría introducir algún cambio para mejorar la escala.

Al analizar todas las dimensiones y valorando lo confirmado tanto por padres como por profesores, podemos concluir que aquellas que menor índice de fiabilidad arrojan atendiendo al Alfa de Cronbach son Agresividad y Retraimiento. En cuanto a la puntuada como más frecuente es la Hiperactividad y las de menor frecuencia son Agresividad, Retraimiento y Ansiedad.

En cuanto a la relación inter-elementos habría que decir que vuelve a ser la dimensión Ansiedad la que menor correlación mantiene.

Tanto padres como profesores coinciden al considerar adecuada para el diagnóstico la dimensión Hiperactividad.

Esto nos permite concluir que padres y profesores coinciden en que las dimensiones que más aportan a la fiabilidad y homogeneidad de la escala, siendo estas Hiperactividad, Inatención y Bajo rendimiento. Tanto para padres como para profesores las dimensiones en las que tienen que puntuar conductas externas les son más fácil de cuantificar, mientras que les resulta más difícil aspectos como retraimiento y ansiedad es decir factores internos. No es de extrañar ya que estas dificultades podemos verlas como el reflejo de las diferencias conductuales procedentes de los distintos contextos.

En el análisis TRI realizado a la escala EMA-DDA

Con el modelo de Rasch realizado vamos a informar sobre la fiabilidad de ítems ya que como hemos visto entre personas en algunos casos se da valor 0 de fiabilidad.

Como ya señalamos este dato podía señalar el sesgo de la muestra donde todos presentan condición TDAH. En este sentido es factible que este sesgo es el que se refleja en la incongruencia que se manifiesta en estos datos. Podemos afirmar con nuestro estudio que la presente escala es suficientemente adecuada para una buena discriminación de las características que pretende medir en conjunto, aunque bien es cierto, que en alguna de las subescala podríamos mejorar su fiabilidad con la reformulación de algunos ítems. Este análisis nos ha permitido valorar que ítems, en padres y en profesores, son necesarios revisar para beneficio de la escala, como veremos a continuación.

En la subescala Hiperactividad analizada conjuntamente en padres y profesores habría que confirmar que es suficientemente adecuada para una buena discriminación de las características que pretende medir. Analizando los puntos más relevantes de este análisis conjunto vemos que el ítem 05 *“Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes,…”* es el ítem más difícil y que junto al 04 *“Abandona lo que está haciendo sin terminarlo”* presentan niveles bajos de correlación. Además, indican ruido aleatorio en la formulación de la pregunta o afirmación. Del mismo ocurre al valorar las Z estandarizadas, tanto el ítem 04 como el 05, que presentan valores excesivos por lo que podríamos hablar de descartarlas en la utilización de la escala si queremos encontrar ajuste al modelo. El índice de fiabilidad para los ítems de la escala en ambos colectivos es muy alto y en el índice de fiabilidad aplicado a personas es medio alto.

El análisis de la subescala Inatención en ambos colectivos padres-profesores, identifica que están de acuerdo al valorar el ítem 19 *“Es lento/a para realizar la mayoría de las tareas escolares”* como el más fácil de puntuar, aunque no están de acuerdo en el más difícil. Para padres se trataría del ítem 18 *“Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas”* mientras que para profesores lo constituye el ítem 17 *“Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía”*. Por lo demás en el análisis de esta dimensión habría que destacar que el nivel de fiabilidad por ítems es más alto en padres que en profesores y en cuanto a personas, ocurre al revés. Que para profesorado, el citado ítem 19 por sus valores no hace tomar decisiones sobre su productividad para la subescala. Finalmente concluir diciendo que esta sub-escala está avalada por sus puntuaciones para su uso con los propósitos de evaluación previstos.

Los estadísticos de la tercera dimensión, Agresividad, nos llevan a las siguientes conclusiones. Tanto padres como profesores puntúan distintos los ítems más y menos populares. Todos puntúan dentro de los límites de ajuste interno y externo. Las puntuaciones Z presentan valores adecuados aunque en el cuestionario de padres hay tres ítems que, si se prescindiese de ellos, obtendríamos una mejor fiabilidad. Estos ítems son: el ítem 25 *“Pega a los /as compañeras”*, el ítem 30 *“Se pelea con los/as compañeras”* y el ítem 34 *“Estropea materiales del colegio: mobiliario, paredes, sin motivo aparente”*. Como dato relevante este ítem 34 puntúa con el nivel de correlación más bajo en ambos colectivos. En padres, el ítem 34 sería candidato a eliminarlo de la escala para mejorar su validez y en la escala de profesores, sería el ítem 31 *“Dice mentiras”* el que debería ser revisado para su pertenencia a la escala, ya que presenta puntuaciones Z con valores incorrectos así como en el valor de los reactivos de este ítem. Aun así, el nivel de

fiabilidad de esta subescala tanto en padres como en profesores es adecuada para la medición del parámetro de agresividad, ya que obtiene valores muy altos. El índice de fiabilidad para personas es bastante más alto para padres que para profesores.

Los datos obtenidos en el análisis de la dimensión de Retraimiento son cuanto menos llamativos a tenor de las puntuaciones obtenidas, las cuales se explican dentro del tipo de muestra al que ha sido aplicado el cuestionario. Como podemos ver, los padres y profesores vuelven a puntuar diferente en cuanto a los ítem más y menos populares. Todos están en los límites correctos de ajuste excepto el ítem 44 "*Llora sin motivo aparente*" (para los padres) y el ítem 42 "*Ante las provocaciones se calla y aguanta*" (para los profesores). Estos ítems presentan ruido en su formulación y podrían hacer que tomásemos una decisión sobre su conveniencia en la escala. Esto se ve reflejado también en el indicador de sus reactivos.

Este conjunto de datos nos lleva a afirmar que la fiabilidad de los ítems es muy alta tanto para padres como para profesores, pero que la fiabilidad aplicada a personas es de .00 en ambos colectivos. Como ya dijimos en el análisis de los datos, consideramos que esto se debe a la gran cantidad de casos mínimos extremos que se dan, lo que dificulta el cálculo del coeficiente.

En la subescala Ansiedad analizada conjuntamente en padres y profesores como en las anteriormente citadas, volvemos a confirmar que padres y profesores valoran de forma distinta los ítems propuestos. Para los padres, todos los ítems están dentro de los límites externos e internos, excepto el ítem 49 "*Respira fuertemente*" que habría que considerar su pertenencia a la escala, ya que presenta alterados también sus reactivos. El ítem 47 "*Le sudan las manos*" presenta unas puntuaciones Z inadecuadas por lo que no es productivo para la escala. En cuanto al índice de fiabilidad de esta subescala coincide con la subescala anterior, la fiabilidad de los ítems es muy alta lo que avalaría su uso para los propósitos de evaluación previstos, pero su índice de fiabilidad para personas vuelve a ser .00 para padres y profesores, lo cual nos lleva a fijarnos en el Alpha (KR-20) que es de .99 y .98, por lo que podemos admitir que la escala discrimina bien.

En la dimensión de Rendimiento volvemos a observar que tanto padres como profesores difieren a la hora de valorar a través de los ítems. Mientras que el ítem 51 "*Se expresa verbalmente con dificultad*" para padres es el más difícil de puntuar para profesores es el que más puntuación alcanza, es decir, el más fácil de puntuar. Las puntuaciones Z tienen valores dispares tanto en el colectivo de padres como en el de profesores, aunque no tienen influencia en la decisión sobre el destino del ítem, debido a que tienen su media cuadrática ajustada al MMR. Todos los ítems demuestran un nivel de ajuste correcto, exceptuando el ítem 51 de padres "*Se expresa verbalmente con dificultad*". Los reactivos presentan indicadores correctos en general para ambos grupos padres y profesores, lo que vuelve a avalar el uso de la subescala para los propósitos de esta. Por último, el índice de fiabilidad de los ítems es muy alto y el de personas es medio alto.

Como hemos podido comprobar, la escala resulta fiable para los propósitos que fue creada, aunque no podemos pasar por alto que hay ciertas mejoras que podrían incrementar su fiabilidad. El hecho de que tanto padres como profesores no exista un acuerdo mayor en las valoraciones de los ítems, no quiere decir que una sea más válida que la otra. Como ya se ha puesto de manifiesto en otras investigaciones pueden ser reflejo de las diferencias culturales y contextuales en las que se desenvuelven ambos colectivos. Gracias a los datos obtenidos, podemos concluir que padres y profesores necesitan cuestionarios formulados de forma distinta para su valoración, ya que padres y profesores tienen distintas perspectivas y diferente nivel de exigencia con respecto a los alumnos. Este hecho ya fue señalado en otros estudios como los de Moreno (2002) y los de Orjales (2001), quienes afirmaban que las discrepancias existentes entre padres y profesores podrían dificultar el diagnóstico. Las causas de estas discrepancias según afirman Trujillo y Díaz-Sibajas (2007) son debidas a los distintos niveles de expectativas y de exigencias con respecto al comportamiento de los alumnos y al grado de tolerancia que se tiene hacia ellos.

Este hecho después se ha visto cuestionado por distintas investigaciones que afirman que podemos observar discrepancia en la información proporcionada por padres y profesores, lo cual no quiere decir que la información sea inexacta, o falta de fiabilidad o validez. Es enriquecedor obtener un reflejo de la interacción de padres y profesores en situaciones y contextos tan diversos. En estos informes vemos reflejada la conducta habitual del niño, así como la valoración de conductas propias de la edad e incluso el grado de acuerdo entre los informantes. Como señalan Amador et al., (2006b) un grado de acuerdo moderado o bajo es la norma y no la excepción cuando se analiza la congruencia de la información proporcionada por padres y profesores.

Comprobar algunas evidencias de validación de la Escala EMA-DDA, lo que implica:

Para ello hacemos una comparación entre la valoración de padres y profesores a través de la escala.

Según arrojan los datos analizados en nuestro trabajo, no existe mucha concordancia entre las fuentes de información padres-profesores y se aprecian notables diferencias entre la información proporcionada en relación al comportamiento de un niño con posible TDAH, así lo recogen también distintas investigaciones (Díaz-Sibaja y Trujillo, 2008; Acle y Ortiz, 2006). Lo que no implica necesariamente que una sea más válida que la otra. Este hecho podemos interpretarlo como un reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos o a las interacciones diferenciales entre el niño y quienes informan, así como el grado de expectativas o el nivel de tolerancia (Steele, Forehand, y Devine, 1996, Orjales, 2001, Moreno 2005, Trujillo y Díaz-Sibaja, 2007).

Hemos de tener en cuenta que los evaluadores responden en función de los contextos y las situaciones en las que se encuentran inmersos. Por ello es importante que

se tengan en cuenta las exigencias y características del contexto donde se desarrolla el niño sobre el que se informa (Amador y Forns, 2001, Trujillo y Díaz-Sibaja, 2007).

La primera parte del diagnóstico de TDAH se va a hacer a través de escalas de observación conductual, por lo que se hace imprescindible la colaboración de padres y profesores en este proceso, ya que son los que mayor tiempo comparten con los niños. Para obtener descripciones válidas sobre la conducta del niño, los padres y profesores son las mejores fuentes de información, para la mayoría de los trastornos externos (Montiel –Nava y Peña, 2001).

Herjanic y Reich (1982), al igual que Verhulst y Van der Ende (1991), afirman que los profesores y los padres son mejores fuentes de información y con una concordancia entre observadores del mismo grupo (padres o profesores) más elevada, cuando el área que debe evaluarse incluye conductas externas; mientras que esta consistencia disminuye cuando se evalúan problemas internos.

Considerando los resultados obtenidos, la dimensión que obtiene un mejor nivel de correlación es la de Rendimiento, lo que quiere decir que tanto padres como profesores coinciden a la hora de valorar el rendimiento académico de estos alumnos. Algo que es de esperar ya que estos chicos presentan un rendimiento académico insuficiente e insatisfactorio, debido a que no logran los conocimientos escolares requeridos para el grado que cursan (Portellano, 1989; Corral 2005), por lo que necesitan del seguimiento y la ayuda tanto de padres como de profesores, hecho que explica esta coincidencia.

Por otra parte, se aprecian notables diferencias entre la información proporcionada por los padres y por los profesores en relación al comportamiento de un niño con posible TDAH (Díaz-Sibaja y Trujillo, 2008; Acle y Ortiz, 2006). Así, observamos que los padres ofrecen valoraciones más elevadas que los profesores. Se aporta evidencia de la tendencia a puntuar más alto de los padres, asumiendo que éstos tienen un menor número de referencias para comparar a sus hijos que las que pudieran tener los profesores. También puede deberse a que las preguntas se interpreten de manera diferente, como reflejo de los problemas que presenta el niño o como una de las manifestaciones del mismo a quedarse quieto.

En el caso de la Inatención la media de valoración del profesorado es bastante más alta que la de los padres, algo que es de esperar, puesto que en casa la demanda de atención sostenida es menos frecuente que en clase, donde la mayoría de actividades requieren este tipo de atención.

En hiperactividad y agresividad, ocurre lo contrario que con los problemas de atención, destacan las puntuaciones de los padres sobre las de los profesores. Estamos de acuerdo con Amador, en que a medida que se pasa de Preescolar a ciclos superiores se incrementa la frecuencia de las conductas relacionadas con hiperactividad. En este sentido, en los primeros cursos hasta que aprenden a acatar normas es frecuente que el profesorado considere excesivo el nivel de movimiento detectado en los alumnos. Este

exceso de movimiento se controlará notablemente en aquellos casos que el principal problema sea simplemente instruccional, no así en posibles casos de condición TDAH.

Las valoraciones realizadas por padres y profesores nos sugieren que al subir de nivel se les exige a los alumnos un mayor esfuerzo para controlar su actividad excesiva, y que padres y profesores juzgan con mayor rigidez esta falta de control (Amador et al., 2006). El alumnado no se comporta igual en el entorno familiar donde no hay reglas en cuanto al exceso de movimiento que en el colegio donde hay unas normas que respetar, las cuales se han exigido desde su inicio en el centro. Al igual ocurre con la agresividad: las normas de comportamiento preestablecidas condicionan su actitud en el centro escolar.

En cuanto a los resultados obtenidos, en la valoración de profesorado y padres a partir del EMA-DDA mediante el Análisis de Perfiles a partir del análisis de *Conglomerados de K-Medias* podemos reseñar que en todas las soluciones se observaban diferencias significativas para las seis dimensiones, tanto en padres como en profesores. En ambos colectivos hay grupos residuales, en el caso de padres a partir de 5 grupos y en el de profesores a partir de 4 por lo que nos quedaremos con la solución de tres grupos ya que nos permite comparar mejor los perfiles de ambos colectivos.

De la solución elegida destacar que en el primer grupo ambos colectivos identifican (podemos observar que coinciden en el número de casos 74 por 75) y reúnen a aquellos sujetos que tienen mayor afectación en todas las áreas. No obstante hiperactividad, agresividad y bajo rendimiento serían las que presentan mayor grado de afectación.

Padres y profesores identifican casos en los que alcanzan un nivel mayor de inatención además de la hiperactividad y la agresividad, aunque en esta ocasión, no coinciden los grupos. Para los padres es el grupo 3 y detectan 153 casos, mientras que para los profesores los detectan en el grupo 2 con un total de 89 casos.

Los padres detectan un grupo de 105 niños con un nivel muy alto en hiperactividad y agresividad, aspecto que no es detectado por el profesorado. En términos generales podemos decir que los padres parecen percibir más problemas en el comportamiento de los menores que los profesores. En el estudio realizado por Trujillo y Díaz-Sibaja, utilizando el cuestionario de “Escala de Áreas de Conductas-Problema (EACP), constatan las diferencias estadísticamente significativas entre padres y profesores a la hora de valorar a los alumnos. Valoran a sus hijos y los consideran más agresivos, más hiperactivos e inatentos y con menor rendimiento a nivel académico (Trujillo y Díaz-Sibaja, 2007, p. 6).

Diseñar y validar el constructo de un Cuestionario de Seguimiento Socio-escolar, a partir de una aproximación mediante juicios de expertos.

Después del análisis más detallado que hemos presentado en páginas anteriores sobre este aspecto, podemos concluir que, aunque la fiabilidad obtenida para la

pertinencia y relevancia es aceptable en todas las dimensiones, en la dimensión de Rendimiento académico observamos que desciende el índice, aunque sigue siendo un valor de fiabilidad interjueces suficiente (0,275). Consideramos que es debido a la valoración de los ítems desde diferentes puntos de vista de los tutores, orientadores, psicopedagogos, expertos en medición, etc.

Existe acuerdo interjueces en todas las dimensiones excepto en la dimensión Diagnóstico como casi era de esperar, donde volvemos a ver reflejado en sus valoraciones las distintas exigencias sobrevenidas de la formación de cada juez.

El grado de acuerdo en cuanto a la pertinencia y relevancia de los ítems en las dimensiones de Adaptación Social y Adaptación escolar es discreto en ambas también.

En cuanto a la dimensión Rendimiento académico había obtenido unos índices bajos pero aceptables. Encontramos unos resultados muy positivos en cuanto a consenso en las valoraciones de los expertos, lo que nos lleva a ratificarnos en que las diferencias encontradas en cuanto al acuerdo de la pertinencia o relevancia de los ítems son debidas a la forma más que al contenido. Las diferencias venían más por cómo se preguntaba que por el contenido sobre el que se preguntaba en sí. Consideramos de nuevo que es debido a las formaciones de los expertos, ya que el nivel de exigencia en cuanto a la formulación y contenido de los ítems era el punto de asperezas con respecto a su formulación.

Algunas consideraciones finales: limitaciones del estudio y perspectivas de futuro.

Finalmente hay distintos estudios en los que se han valorado los cuestionarios y escalas de valoración del TDAH, pero ninguno de ellos trabaja sobre las escalas EMA-DDA. Los trabajos que hemos encontrado donde analizan la concordancia entre padres y tutores o profesores, en la mayoría de ellos se llega a la conclusión que no existe concordancia o que es moderada a la hora de dar las respuestas. Cuando se analizan los cuestionarios respondidos por ambos, se puede ver diferencias de apreciación en cuanto a los rasgos del síndrome.

En nuestro país, una de las pruebas más utilizadas para discriminar TDAH es la escala Conners, que también detecta discrepancia en el diagnóstico. Estudios realizados con ella se ha comprobado que, a pesar de ser un cuestionario específicamente recomendado, plantea problemas de concordancia dependiendo de cuál sea la fuente de información padres o profesores. Los niños son vistos de manera diferente por ambos, presentando una gran variabilidad entre las correlaciones de las subescalas (Conners, 1997). En un estudio de adaptación de las escalas Conners, Farré y Narbona (2007) encontraron poca relación entre los resultados de la escala de padres y la de profesores aplicada a una muestra de niños españoles con diagnóstico TDAH.

En su trabajo, Cáceres y Herrero (2011), hablan de que la concordancia entre padres y madres suele ser buena, pero mediocre entre padres y profesores, al igual que

nos ocurre a nosotros. Hay más estudios que avalan estas discrepancias como los realizados por Servera y Cardo (2007), Trujillo y Díaz-Sibaja (2007), Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006), entre otros.

Diversos estudios demuestran la confiabilidad de los cuestionarios para el diagnóstico del TDAH, validando para ello cuestionarios traducidos, entre otros los de Pineda, Henao y sus colaboradores. Estos validaron un cuestionario siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV y obtuvieron un coeficiente de fiabilidad que consideraron bastante consistente ya que su Alfa de Cronbach oscilaba desde el 0.85 hasta el 0.92 en la escala, considerando el instrumento como una excelente herramienta para el diagnóstico clínico individual (Pineda, Henao, Puerta, Mejía, Gómez, Miranda, Roselli, Ardila, Restrepo, Murrelle, 1999). Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006) validaron en población mexicana las Escalas Conners con un Alfa de Cronbach de 0.894 para padres y 0.928 para profesores.

En nuestro caso uno de los objetivos que perseguíamos era el de comprobar que la escala servía para detectar posibles alumnos con condición TDAH. Podemos decir que con los datos obtenidos en las siguientes variables queda demostrada su fiabilidad y validez ya que el Alfa de Cronbach, alcanzada niveles altos en las manifestaciones más comunes del TDAH: hiperactividad un 0.793, en inatención un 0.834 y en agresividad un 0.834 según los padres y muy altas en profesores con un 0.936 de hiperactividad, un 0.896 en inatención y un 0.936 en agresividad. Sin embargo quedan otros componentes que consideramos que necesitan una evaluación más fiable y válida. Estas son las variables ansiedad y retraimiento, que alcanzan las valoraciones 0.422 y 0.704 en padres, y en profesores, 0.756 y 0.829.

Es raro, según se avanza en una investigación, no encontrarse con límites o condicionantes que planteen nuevas vías y retos “sí” se hubiera realizado tal recogida de datos o completado tal cuestionario. Por mucho que se planifique o se prevea, siempre hay algo que se escapa a nuestra previsión o planteamiento. Así pues, en nuestro trabajo también vemos limitaciones a la hora de afrontar la evaluación y el diagnóstico de este trastorno. Estos condicionantes no sólo están en la programación de la investigación ni en el protocolo de trabajo desarrollado, sino también en los participantes, en los observadores, que son objeto y parte del estudio.

Evidentemente es necesario que existan unos criterios claros de diagnóstico, para poder tener unas pautas a seguir e individualizar la evaluación, aspecto que aún con el nuevo DSM-5 no queda claro. Los criterios que aporta son útiles para discriminar niños con TDAH, pero hay aspectos que no están cubiertos, como son la evolución de los subtipos con el tiempo. No es lo mismo evaluar a un niño de 6 años que a uno de 9 ó de 12 años. El proceso que debemos seguir para realizar el diagnóstico será el mismo pero no los baremos aplicables. Hay que aunar criterios de evaluación que permitan tener un mismo baremo, el cual admita valorar y crear una línea de corte aplicable a todos por igual dentro de un mismo rango de edad, desde sea factible clasificar los distintos tipos

de TDAH. Esto nos permitirá emitir un diagnóstico más preciso e individualizar su tratamiento.

Otras limitaciones que han surgido a lo largo de la investigación han sido debidas a que el proceso no estaba en manos del propio investigador. Hemos visto condicionada la obtención de los resultados debido a la utilización de diferentes metodologías de recogida de datos, además de que en algunas ocasiones no han cumplido las normas enviadas para la obtención de datos.

Es un estudio que está basado en nominaciones, hecho fundamental para la detección de esta condición en estos niños. La dificultad con la que nos encontramos, es que al basarnos en la información de los centros no obtenemos datos reales, ya que no han trabajado de forma ortodoxa con las pruebas.

Cuando se trabaja en situaciones reales, la forma de trabajar condiciona los resultados. En nuestro caso el cambio de profesorado sufrido por los centros ha llevado a que el seguimiento y trabajo con estos niños no sea el que se esperaba dentro del estudio. Nos hemos encontrado con centros donde no se había trabajado ni considerado los resultados ni las cartas enviadas al director y al orientador del centro. Además otros casos, no tuvieron en cuenta las pruebas ni los datos enviados en su momento como respuesta a esta detección e hicieron imposible el seguimiento. Algunos tutores o miembros del EOA no quisieron participar en este cuestionario de seguimiento por no haber sido ellos responsables de estos cursos en el momento de la recogida de datos hace cuatro años.

Otro aspecto que limita la repercusión del trabajo realizado es que los datos obtenidos en esta prueba no son generalizables a otras provincias. Esto es debido a características como la ubicación de los centros, número de alumnos por centro, tipo de centro, dispersión de la muestra, mortalidad de la misma, etc. Aunque si es interesante para Cuenca y su provincia por razones de repercusiones que ha tenido en cuanto a formación de profesorado, aumento de número de casos atendidos en las asociaciones, aumento de cursos de formación y de difusión de medidas de detección a distintos colectivos (médicos, familiares), etc.

En el trabajo realizado, hemos podido comprobar que no hay estudios comparativos utilizando la Escala Magallanes EMA-DDA, que permitan adjuntar evidencias de validez criterial y aunque es una limitación también podría convertirse en una futura línea de investigación.

Otra de las limitaciones es que cualquier estudio longitudinal incluiría un plan de intervención y un seguimiento, aspecto que, a pesar de haber sido propuesto, no se llevó a cabo por parte de los centros o de los padres. Debido a la irrelevancia de los casos en los que se llevó a cabo, se desestimó la poca información obtenida y no se realizó la investigación de resultados. Aunque en líneas generales se puede decir que en aquellos casos en los que se aplicó terapia cognitivo-conductual aluden a una mejoría en su conducta.

A lo largo del proceso de investigación, se han ido abriendo puertas que finalmente no se han podido traspasar, por tener fijados unos objetivos concretos que comprobar. Pero esas puertas sí que se han constituido como posibles líneas de investigación sobre las que se pueda plantear un futuro. Entre otras las que aquí mencionamos a continuación:

- Elaborar una prueba o cuestionario con mejores indicadores de fiabilidad, consistencia interna, validez del constructo, que tenga en cuenta aspectos como los que hemos detectado que serían necesarios para poder dar una respuesta al problema de TDAH en cada momento evolutivo.
- Estudiar diferentes cuestionarios para padres y profesores y elaborar ítems que nos permitan conseguir que los patrones de valoración emitidos por ambos tengan un perfil similar, además de trabajar sobre los niveles de apreciación de las conductas para conseguir cierta homogeneidad en ambos colectivos.
- Llevar a cabo sobre la posibilidad de estudios comparativos que permitan adjuntar evidencias de validez criterial y beneficiarnos de los avances realizados a través de las investigaciones.
- Orientar estudios sobre la elaboración de pruebas en las que los ítems y los indicadores reflejen situaciones que sean fácilmente detectadas por el profesorado y familiares; de forma que los ítems de los cuestionarios de padres y profesores tengan referentes contextuales que faciliten la labor tanto del padre como del profesor, y los indicadores con los que van a tener que valorar en cada caso pueda trasladarse a la intervención conductual individualizada.
- Considerar como variable el nivel académico de los padres y la experiencia profesional del profesor que responde al cuestionario.
- Analizar las posibilidades de diseño de instrumentos de evaluación en los que los trastornos internos como ansiedad y retraimiento se valoren también por parte del niño ya que se ha demostrado que en valores internos los niños son los mejores informantes.
- Consensuar nuevos instrumentos de evaluación que estén en la línea del DSM-5 y que contemplen los distintos momentos evolutivos del alumno para poder determinar con mayor precisión el subtipo de TDAH que presenta.
- El DSM-5 no nos proporciona indicadores que permitan establecer de una manera clara cuando una conducta es inadecuada. Por ello, sería imprescindible trabajar sobre la frecuencia e intensidad de las conductas para poder establecer un grupo de referencia de la misma edad y sexo, creándose un perfil como existe en muchos test de evaluación.

Referencias bibliográficas.

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Acle, G., & Ortiz, J. A. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología*, 42, 17-21.
- Ajuriaguerra, J. (1983). *Manual de psiquiatría Infantil*. Madrid, España: Toray Masson.
- Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J. C., González-Pineda, J. A., Álvarez, D., & Bernardo, A. (2007). Programa de intervención multimodal para la mejora de los Déficit de Atención. *Psicothema*, 19, 591-595.
- Amador, J.A., Forns, M., & González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid, España: Síntesis.
- Amador, J.A., & Forns, M. (2001). Sensibilidad y especificidad de la valoración de padres y profesores de los síntomas del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32, 65-78.
- Amador, J. A., Forns, M., & Martorell, B. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*, 32, 51-66.
- Amador, J. A., Forns, M., Guàrdia, J., & Però, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18, 696-703.
- Amador, J. A., Forns, M., Guàrdia, J. y Pero, M. (2006). DSM-IV attention deficit hyperactivity Disorder symptoms: Agreement between informants in prevalencia and factor structure at different ages. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 23-32
- American Academy of Pediatrics (2000). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, 1158-1170. doi:10.1542/peds.2011-2654
- American Academy of Pediatrics (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the School-Aged Child with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108,1033-1044. doi: 10.1542/peds.108.4.1033
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Journal of American. Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 894-921. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181ae0a08
- American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in

- Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128, 1007-1024. doi:10.1542/peds.2011-2654
- American Academy of Pediatrics (2011). *ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. Subcommittee on Attention-deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management *Pediatrics* 128, 1007. doi: 10.1542/peds.2011-2654
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (1ª ed.)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (2ª ed.)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (3rd ed.)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (3rd ed., rev.)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed.)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. . Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM- 5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th Edition)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (2014). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Lugar: editorial. Recuperado de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Amador, J. A., Forns, M., & Martorell, B. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*, 32, 51-66.
- Anastopoulos, A. D. (2001). *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Hingham, USA: Kluwer Academic Publishers.
- Arias, B. (2012). *Sintomatología hiperactiva en niños de 5 a 7 años: Calibración de dos instrumentos de evaluación mediante modelos de Teoría de Respuesta a los ítems*. (Tesis Doctoral). Universidad Salamanca, Salamanca, España.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36, S68-S78.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49, 587-593. PMID: 19921624
- Ávila, C., & Torrubia, R. (2008). Performance and conditioning studies. Corr (Ed.): Reinforcement Sensitivity Theory of Personality. London, UK: Cambridge University Press. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511819384>
- Barkley, R.A. (1981). *Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. (1ª ed.)*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder (1ª ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1994). Impaired delayed responding: A unified theory of attention deficit hyperactivity disorder. En D.K. Routh. (Ed), *Disruptive behavior disorders: Essays in honor of Herbert Quay*, (pp.11-57). NY: Plenum.
- Barkley, R. A. (1995). A closer look at the DSM-IV criteria for ADHD. *The ADHD Report*, 3, 1-5.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing and unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121, 65-94.
- Barkley, R.A. (1997c). ADHD, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18, 271-279.
- Barkley, R. A. (1998). *Niños hiperactivos como comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona, España: Paidós.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades*. Barcelona, España: Paidós.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking Charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents (2ª ed.)*. New York: Guildfor Press.
- Barkley, R.A. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 89-111. doi: 10.1023/A:1017494719205
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hiperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment (3ª ed.)*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006a). The relevance of the Still lectures to attention-Deficit/Hyperactivity disorder: A comentary. *Journal of Attention Disorders*, 10, 137-140. doi: 10.1177/1087054706288111
- Barkley, R. A. (2006b). *Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Prevalence, and Gender Differences*, in Russel A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*, (3 ed.). London, UK: Guildford Press.
- Barkley, R. A. (2008). El manejo del TDAH en el aula: estrategias para el éxito. Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de TDAH, Madrid.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por deficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-5. *Revista de Neurología*. 48, S101-106.
- Barkley, R. A. (2011). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona, España: Paidós.
- Barkley, R. A. (2012). *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale-Children and Adolescents (BDEFS-CA)*. EEUU, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M. Nuevaby, R., & Breen, M. (1989). Development of a multi-method clinical protocol for assessing stimulant drug responses. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 14-24.
- Barncord, S. W. (2002). An oral Trail Making Test: A validity investigation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 827.

- Barragán, E., Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L., & Suárez, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Boletín médico del hospital infantil de México*, 64, 326-337.
- Barros, A. (2007). *Visualización mediante resonancia magnética estructural y funcional de las diferencias individuales en la sensibilidad a la recompensa*. (Tesis Doctoral). Universidad Jaume I, Barcelona, España.
- Bauermeister, J. J. (2014). *Hiperactivo, impulsivo, distraído: ¿Me conoces?*. New York: Guilford Press.
- Becerra, J. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatológica. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 6, 61-65. doi: 10.1371/journal.pone.0062635.
- Behrman, R. E., Kliegman, R. M., & Jenson, H. B. (2000). *Nelson-Tratado de pediatría*. Madrid, España: Mc. Graw Hill-Interamericana.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Benjumea, P., & Mojarro, M. D. (1995). Psicopatología del Niño y del Adolescente. En J. Rodríguez Sacristan. (Eds.), *Manuales Universitarios* nº 31 (Vol. I). Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, 1021-1038.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.10.020
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66915-2
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2002). Current concepts on the neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of attention Disorders*, 6, 7-16. PMID: 12685515
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V., Bolduc, E. A., Gersten, M., ... Reznick, J. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Bird, H. R. (2002). *The diagnostic classification, epidemiology and cross-cultural validity of ADHD, in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: State of the Science: Best Practices*. Kingston, NJ: Jensen PCJ.
- Blau, A. (1936). Mental changes following head trauma in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 35, 722-769.
- Bourneville, E. (1897). *Le traitement medico-pedagogique des differentes formes de l'idiotie*. Paris, France: Alcant.

- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Bradley, C., & Bowen, M. (1940). School performance of children receiving amphetamine (Benzedrine) sulphate. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 782-788.
- Bradley, C., & Bowen, M. (1941). Amphetamine (Benzedrine) therapy of children's behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, 92-103.
- Bradley, C., & Green, E. (1940) Psychometric performance of children receiving amphetamine (Benzedrine sulphate). *American Journal of Psychiatry*, 97, 388-394.
- Brown, T. E. (2001). *The Brown attention deficit disorder scales*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, T. E. (2006). *Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona, España: Masson.
- Buchsbaum, M., & Wender, P. (1973). Average evoked responses in normal and minimally brain dysfunctioned children treated with amphetamine. *Archives of General Psychiatry*, 29, 764-770.
- Burín, D., Drake, M., & Harris, P. (2007). *Evaluación Neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Burks, H. F. (1960). The hyperkinetic child. *Journal of Exceptional Children*, 27, 18-26.
- Caballo, V. E., & Simón, M. A. (2001). *Manual de Psicología Infantil y del Adolescente: Trastornos Generales*. Madrid, España: Pirámide.
- Cáceres, J., & Herrero, D. (2011). Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52, 527-535.
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multi-level integrative analyses of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126, 829-843. doi: 10.1037/0033-2909.126.6.829
- Calderon Garrido, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad: Programa de Tratamiento cognitivo-conductual*. Barcelona: Facultat de Psicologia Universidad de Barcelona.
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿síntomas de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología*. 42, S127-S134.
- Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2008). Attention déficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Revista de Neurología*, 16, 365-372.
- Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40, S11-S15.
- Cardo, E., Servera-Barceló, M., & Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*. 44, 10-14.

- Case, R., Kurl, M., & Goldberg, J. (1982). Operational efficiency the growth of the short term memory. *Journal of Experimental Child Psychology*, 33, 386-404.
- Castellanos, F. X., & Acosta, M. T. (2002). El síndrome de déficit de atención con hiperactividad como expresión de un trastorno funcional orgánico. *Revista de Neurología*. 35, 1-11.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Eckburg, P., Marsh, W. I., Vaituzis, A. C., Kaysen, D., ... Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1791-1796.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfelix-Gimeno, G., Genova-Maleras, R., & Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain; a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 12, 168. doi: 10.1186/1471-244X-12-168
- Centros para el control y la prevención de Enfermedades (2014). Trastorno por Déficit de Atención (TDA-H). Criterios del DSM-V para diagnosticar el TDAH. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/diagnosis.html>
- Cepeda, M. P., Bakker, L., & Rubiales, J. (2013). Implementación de estrategias docentes en la educación. *Revista virtual de la Facultad de Psicología y psicopedagogía de la Universidad del Salvador*, 31, 30-48.
- Chess, S. (1960). Diagnosis y treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medecine*, 60, 2379-2385.
- Clements, S. D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: Phase one of a three-year proyect* (Monografía, nº3). Washington, D.C.: National Institute of Neurological Diseases and Blindness.
- Clements, S. D., & Peters J. E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school age child. *Arch Gen Psychiatry*, 6, 185-197.
- Clouston, T. S. (1899). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and treatment by the bromides. *Scottish Medical and Surgical Journal*, IV, 481-490.
- Clouston, T. S. (1892). *Clinical lectures on mental diseases* (3ª ed.). London, UK: Churchill.
- Clouston, T. S. (1892). Mental Diseases, en *Clinical. Lectures on Mental Disease* (3ªed.). London, UK: Churchill.
- Clouston, T. S. (1899). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and treatment by the bromides. *Scottish Medical and Surgical Journal*, IV, 481-490.
- Consejería de Educación Universidades, Cultura y Deportes Gobierno de Canarias (2011). *Colección Atención a la diversidad. Programa para la atención Educativa del alumnado con Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) o alumnado con dificultades específicas de aprendizaje*. Canarias, España: Autor.
- Conners, K. C. (2004). *Conners Continuous Auditory Test of Attention (Conners CATA)*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.

- Conners, K. C. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Conners, K. C. (1997). *Conners Parent Rating Scale Y Revised (CPRS-R)*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Conners, K.C. (1997). *Conners Teacher Rating Scale Y Revised (CTRS-R)*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Conners, K. C. (2000). *Conners' Continuous Performance Test user's manual*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Conners, K. C. (2004). *Conners Continuous Performance Test* (2nd ed). North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conners, K. C. (1997). *CASS-S: Conner-Wells' Adolescent Self-Report Scale* (short form). San Antonio, TX: Pearson.
- Conners, K. C., Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998). The revised Conners Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257-268.
- Conserjería de Educación, Cultura y Deporte de Castilla-La Mancha (2014). *Ideas clave en la respuesta educativa para el alumnado con TDA-H. Castilla la Mancha*. Junta de Comunidades de Castilla La-Mancha. Recuperado de http://www.educa.jccm.es/recursos/es/recursos-Junta_educativos/recursos-diversidad-alumnado/ideas-clave-respuesta-educativa-alumnado-tda-h
- Conserjería de Educación, Cultura y Deporte de Castilla-La Mancha (2014). Ideas clave para la respuesta educativa del alumnado con TDA-H. Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de formación del profesorado. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Junta de Comunidades de Castilla La-Mancha. Recuperado de <http://edu.jccm.es/cee/bios/pdf/alumnado%20con%20TDAH.pdf>
- Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Región de Murcia (2012). Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias de la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H (ed. Rev.). Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de la Salud Mental. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf
- Corral, P. (2005). La hiperactividad infantil y juvenil. En M.I. Comeche y M.A. Vallejo. (Ed.) *Manual de Terapia de la conducta en la infancia* (pp. 519-549). Madrid, España: DyKinson.
- Criado-Álvarez, J. J., & Romo-Barrientos, C. (2003). Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 37, 806-810.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*. London, UK: Cadell, T. JR, Davies W.
- Crichton A. (2008). An inquiry into the nature and origin of mental derangement. On attention and its diseases. *Journal of Attention Disord*, 12, 200-204.
- Cruz, M. (2001). *Tratado de Pediatría* (8ª Ed). Madrid, España: Ergon.

- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E., & Arribas, D. (2007). *PROLEC-R. Evaluación de los procesos lectores-revisado*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Charach, A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C. G., Lillie, E., ... Schachar, R., (2011). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in prevalence, Diagnosis, and Treatment. *Comparative Effectiveness Review*, 44. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado de www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm
- Decreto 66/2013, de 03 septiembre, por el que se regula la atención especializada y la orientación educativa y profesional del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. [2013/10828] (DO núm. 173, de 6 de septiembre de 2013).
- Demoor, J. (1901). *Die anormalen Kinder und ihre erzieherische Behandlung in Haus und schule*. Altenberg. Verlag, Germany: Oskar Bonde.
- Díaz, A., Martín, R., Jiménez, J. E., García, E., Hernández, S., & Rodríguez, C. (2012). Torre de Hanoi: datos normativos y desarrollo evolutivo de la planificación. *European Journal of Education and Psychology*, 5, 79-91.
- Díaz, J. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Perspectiva biopsicosocial. *Monografías de Psiquiatría infanto-juvenil*. Infancia y Adolescencia "Los Millares". Almería, España.
- Díaz, J. (2006). Manual de hiperactividad infantil. Almería, España: Asociación Andaluza de Psiquiatría y psicología infanto-juvenil. Recuperado de www.paidopsiquiatría.com/TDAH/manual1.pdf
- Díaz, A., Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Alfonso, M., & Artiles, C. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología y Educación*, 8, 155-170.
- Díaz-Sibaja, M. A., & Trujillo, A. (2008). Eficacia de un protocolo de evaluación multimetodológico para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 8, 1-11.
- Douglas, V. (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 259-282.
- Douglas, V. (1983) Attention and cognitive problems. En M. Rutter. (Ed.), *Developmental neuropsychiatry* (pp. 280-329). New York: Guilford Press.
- Douglas, V. (1985). The response of ADD children to reinforcement: Theoretical and clinical implications. En L.M. Bloomingdale. (Ed.), *Attention deficit disorder: Identification, course and rationale* (pp. 49-66). Jamaica, New York: Spectrum.
- Douglas, V. (1989). Can Skinnerian theory explain attention deficit disorder? A reply to Barkley. En L.M. Bloomingdale & J. Sergeant. (Ed.), *Attention deficit disorder: Current concepts and emerging trends in attentional and behavioral disorders of childhood* (pp. 235-254). Elmsford, New York: Pergamon.
- Dueñas, F. O. (2005). Bases biológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. *Revista Internacional de Psicología*, 6, 1-35.

- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *AD/HD Rating Scale-IV*. New York: Guilford.
- Dykman, R. A., Ackerman, P. T., & Oglesby, D. M. (1979). Selective and sustained attention in hyperactive, learning disabled and normal boys. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 288-297.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32, 65-74.
- Ernst, M., Zametkin, A. J., Maotachik, J. A., Pascual-Vaca, D., Jons, P. H., & Cohen, R. M. (1999). High midbrain [18F] DOPA accumulation in children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1209-1215.
- Etchepareborda, M. C., & Paiva-Bavón, A. L. (2009). Ventajas de las baterías de exploración neuropsicológicas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48, 89-93.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. London, England: University of London.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G., & Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27, 291-300.
- Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2005). Genetic influences on attention deficit/hyperactivity disorder. *Biology psychiatry*, 57, 1313-1323. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.024
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- Farré, A., & Narbona, J. (1997). *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Felix-Mateo, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 10, 623-642.
- Fernández, M., & Gonzalvo, C. (2011). Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad mediante el cribado de la Academia Americana de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 76, 256-260.
- Fernández-Perrone, A. L., Martín, D., & Fernández-Jaén, A. (2013). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: del tipo inatento al tipo restrictivo. *Revista de Neurología*, 56, S77-S84.
- Fernier, D. (1876). *The functions of the brain*. Nueva York: Putnam Sons.
- Fernier, D. (1886). *The functions of the brain* (2ed.). Nueva York: Putnam Sons.
- Fingerhut, P., Madill, H., Darrah, J., Hodge, M., & Warren, S. (2002). Classroom-based assessment: Validation for the school AMPS. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 210-213. doi:10.5014/ajot.56.2.210
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 857-864. doi: 10.1001/archpedi.161.9.857

- Fundación ayuda al déficit de atención en niños, adolescentes y adultos (Coord.) (2006). *Guía Práctica para Educadores. El alumno con TDAH.* (2ª ed.). Barcelona, España: Edicionesmayo.
- Fundació Sant Joan de Dèu (Coord.) (2007). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes.* Barcelona, España: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat de Catalunya.
- Gadow, K., & Sprafkin, J. (1995). *Child Symptom Inventories. The revised CSI Parent/teacher Checklist.* Checkmate Plus, LTD. NY: Stony Brook
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Marzo, J. C., & Martínez-Montegudo, M. C. (2014). Psychometric properties of the School Anxiety Inventory-Short Version in Spanish secondary education students. *Psicothema*, 26, 286-292. doi: 10.7334/psicothema2013.288
- García-Pérez, M., & Magaz, A. (2003). *Hiperactividad. Guía para profesores.* Cruces-Baracaldo, España: ALBOR-COHS.
- García-Pérez, M., & Magaz-Lago, A. (2006). *Escala Magallanes de Detección de Déficit de Atención: EMA-DDA.* Burceña-Baracaldo, España: ALBOR-COHS.
- García, D., & Polaino, A. (1997). *Breve aproximación histórica al concepto de hiperactividad infantil.* En A. Polaino Lorente, et. al. (Ed.) Manual de Hiperactividad Infantil (pp.15-30). Madrid, España: Unión Editorial.
- Gerstadt, C. L., Hong, Y. J., & Diamond, A. (1994). The relationship between cognition and action: performance of children 31/2 - 7 years old on a Stroop-like day-night test, *Cognition*, 53, 129-153.
- Ghanizadeh, A. (2013). Agreement between Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, and the proposed DSM-V attention deficit hyperactivity disorder diagnostic criteria: an exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 7-10. doi:10.1016/j.comppsy.2012.06.001
- Gillis, J. S. (1989). *CAS: Cuestionario de ansiedad infantil.* Madrid, España: TEA Ediciones.
- Goel, V., & Grafman, J. (1995). Are the frontal lobes implicated in "planning" functions? Interpreting data from the tower of Hanoi. *Neuropsychologia*, 33, 623-642.
- Goldman, L., Genel, M., Bezman, R., & Slanetz, P. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal American Medicine Asociation*, 279, 1100-1107.
- Gómez-Ferrer, C. (2006). *Jornadas de Actualización del TDA/TDAH.* Paper presented at the Concepto-Historia.
- González, J. (1988). Gonzalo Rodríguez Lafora: breves notas biográficas. *R.A.E.N.*, VIII (27), 675-695.
- González, E. (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases.* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- González Acosta, E. (2008). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases.* Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- González, M. J. (2008). *Análisis de Reactivos a través del Modelo de Rasch. Manual Técnico A. Serie Medición y Metodología.* México, D.F.: INEE –UNISON.

- Gadow, K., & Sprafkin, J. (1995). *Child Symptom Inventories. The revised CSI Parent/teacher Checklist. Checkmate Plus, LTD.* New York: Stony Brook.
- GPC España (2010). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Barcelona, España: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (ALAQ) de Catalunya. Recuperado de http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tdah_hiperactividad_aiaqs2010_compl.pdf
- Grau, M. D. (2007). *Análisis del Contexto Familiar en Niños con DAH.* (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Gray, J. A., & Smith, P. T. (1969). An arousal-decision model for partial reinforcement and discrimination learning. In R. Gilbert & NS Sutherland (Eds.), *Animal discrimination learning* (pp. 243-272). New York: Academic Press.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry in to the functions of the septo-hippocampal system.* United Kingdom: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress.* Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gray, J. A. (1994). Three fundamental emotional systems. In P. Ekman and R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 243-247). New York, Oxford University Press.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The Neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system.* United Kingdom: Oxford University Press.
- Greenberg, M. L. (1996). *Test of Variables of Attention (TOVA).* Los Alamitos, CA: Universal Attention Disorder.
- Greenberg, L. M., & Waldman, I. D. (1993). Developmental normative data on the test of variables of attention (T.O.V.A.). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1019-1030.
- Guillén, F., Gracia, R., Sánchez, F., & Herreros, O. (2002). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH): puesta al día. *Centro de salud*, 10, 536-542.
- Heaton, R. K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resource Inc.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324. doi: 10.1007/BF00912324
- Herrán, M. E., Ortiz, R., Herrán, M. A., Rodríguez-Díaz, A., & García, A. K. (2014). Narrative review of scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents, *Medwave*, 14, e5887, doi: 10.5867/medwave.2014.01.5887.
- Herrera, E., Calvo, T., & Peyres, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual.

- Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología. General y Aplicada.*, 56, 5-19.
- Herrera, E., Bermejo, R., Fernández, M. C., & Soto, G. (2011). Déficit de atención e hiperactividad. En M.D. Prieto. (Coord.), *Psicología de la excepcionalidad* (pp. 139-152). Madrid, España: Síntesis.
- Hoff, H. (1956). *Lehrbuch der psychiatry, vol.II*. Frankfurt. Basel: Benno Schwabe.
- Hoff, K. E., Ervin, R. A., & Friman, P. C. (2005). Refining functional Behavioral Assessment: Analyzing the Separate and combined Effect of Hypothesized controlling Variables During Ongoing Classroom Routines. *School Psychology Review*, 34, 45-57.
- Hynd, G. W., Hern, K. L., Novey, E. S., Eliopoulos, D., Marshall, R., Gonzalez, J. J., & Voeller, K. (1993). Attention deficit-hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus. *Journal Child Neurology*, 8, 339-347. doi: 10.1177/088307389300800409
- Instituto Pontificio San Pio X (1961). *Test de atención*. Barcelona.
- Ireland, W. H. (1877). *On Idiocy and imbecility*. Londres, UK: Churchill.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Alfonso, M., & Artilles, C. (2012). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Evaluación de las funciones Ejecutivas. Introducción a la serie especial. *European Journal of Education and Psychology*. 5, 5-11. doi: 10.1989/ejep.v5i1.86
- Jara, A.B. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.-10, D.S.M.IV-R y C.F.T.M.E.A.-R 2000). *Norte de Salud Mental*, 35, 30-40.
- James, W. (1883/1890). *The principles of psychology*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Kadesjö, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-92.
- Kagan, J. (1965). *Matching familiar figures test*. Cambridge, M. A.: Harvard University.
- Kahn E., & Cohen L.H. (1934). Organic drivenness a brainstem syndrome and experience. *The New England Journal of Medicine*. 5, 748-756.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., PhD, J., Biederman, M. D., Conners, C. K., Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal Psychiatry*, 163, 716 -723. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.716
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter.
- Kirk, S. A., McCarthy, J. J., & Kirk, W. D. (1986). Test de fluidez léxica (expresión verbal). En TEA (Eds, *ITPA, Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Kobayashi, H., & Kobayashi, H. (2007). Study of the behavioural assessment of the dysexecutive síndrome (BADS) in school-aged children. *Journal of Saitama University*, 56, 49-57.

- Kollins, S. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *RET, Revista de toxicomanías*, 55, 19-27. Recuperado de: [http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/\[in=enfispo2.in\]/?format=breve&boolean=%5BNR:11360968](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/[in=enfispo2.in]/?format=breve&boolean=%5BNR:11360968)
- Kovacs, M. (1992). *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Kramer, F., & Pollnow, H. (1930). Hyperkinetische Zustandsbilder im Kindesalter. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Sitzung. *Zentralblatt Gesamte Neurol Psychiatr*, 57, 844-845.
- Kuntsi, J., & Stevenson, J. (2000). Hyperactivity in children: a focus on genetic research and psychological theories. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 1-23.
- Láez, M. C., Requejo, M., Silvano, J. J., & Velasco, M. C. (2011). Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Castilla y León, España: *Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León*. D.L. LE-518-2011.
- Lang, J. A. (2002). *Validation of the Five Digit Testing in a clinical simple: an alternative to the Stroop colorword task with possible cultural implications (dissertation thesis)*. San Francisco, EEUU: California School of Professional Psychology.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. Testing predictions from two models. *Canadian Journal of School Psychology*, 19, 167-189. doi: 10.1007/s12402-010-0045-8.
- Larson, E. L., & Liverman, C. T. (2011). *Preventing transmission of pandemic influenza and other viral respiratory diseases: personal protective equipment for healthcare workers: Update 2010*. Washington, DC: National Academies Press.
- Lasa, A., & Jorquera, C. (2009). Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/09. Recuperado de <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?Session%20ID=%205477340&DocumentID=AEV000071>
- Laufer, M., Denhoff, E., & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.
- Laufer, M., Denhoff, E., & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulsive disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49.
- Laufer, M., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.
- Leahy, S., & Sands, J. (1921). Mental disorders in children following epidemic encephalitis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 76, 373-377.
- Lee, S. (2002). Socio-cultural and global health perspectives for the development of future psychiatric diagnostic systems. *Psychopathology*, 35, 152-157. doi: 10.1159/000065136

- Leon-Sanromà, M., Mínguez, J., Cerecedo, M. J., y Téllez, J. (2013). ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Atención Primaria*, 40, 4-5. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.002>
- Ley Orgánica 2/2013 de 9 de diciembre de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) (BOE núm. 295, de 10 diciembre de 2013) artículo 71.2.
- Levy, F., Hay, D. A., Mc Stephen, M., Wood, C., & Waldman, L. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 737-744.
- Levin, P. M. (1938). Restlessness in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 39, 764-770.
- Linacre, J. M. (1991-2006a). *Rasch-Model Computer Programs* ©, EEUU, Chicago, IL: Electronic Publication. Recuperado de <http://www.winsteps.com>
- Linacre, J. M. (2006). *"WINSTEPS Rasch measurement computer program."*, EEUU, Chicago: Winsteps.
- Linacre, J. M. (2006b). *A User's Guide to Winsteps Ministeps: "Rasch-Model Computer Programs"*. EEUU, Chicago, IL: Electronic Publication. www.winsteps.com
- Linacre, J. M. (2013). *Facets computer program for many-facet Rasch measurement, version 3, 71.2*. Beaverton, Oregon: Winsteps.
- Logan, G. D., & Cowan, W. B. (1984). On the ability to inhibit thought and action: A theory of an act of control. *Psychological Review*, 91, 295-327.
- Loney, J., & Milich, R. (1982). Hyperactivity, inattention, and aggression in clinical practice. *Avances in Developmental Behavioral Pediatrics*, 3, 113-147.
- López-Villalobos, J.A., Rodríguez, L., Sacristán, A., Garrido, M., & Martínez, T. (2006). El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Revista de Pediatría y Atención Primaria*, 8, 157-173.
- LLorente, A. M., Williams, J., Satz, P., & Délia, L.F. (2003). *Children's color trails test: profesional manual*. London, Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Mardomingo, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Martel, M., Von Eye, A., & Nigg, J. T. (2010). Revisiting the latent structure of ADHD: is there a "g" factor? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 905-914. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02232.x
- Martel, M. M., Roberts, B., Gremillion, M., Von Eye, A., & Nigg, J. T. (2011). External validation of bifactorial model of ADHD: Explaining heterogeneity in psychiatric comorbidity, cognitive control, and personality trait profiles within DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1111-1123. doi: 10.1007/s10802-011-9538-y
- Martín, R., Hernández, S., Rodríguez, C., García, E., Díaz, A., & Jiménez, J. E. (2012). Datos normativos para el Test de Stroop: patrón de desarrollo de la inhibición y formas alternativas para su evaluación. *European Journal of Education and Psychology*, 5, 39-51. doi: ISSN 1888-8992 // www.ejep.es
- Martínez, B., & Rico, D. (2013). DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan? *Boletín Digital UNIDIS*, 2. Recuperado de

- <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26331/DMS%20V%20QUE%20MODIFICACIONES%20NOS%20ESPERAN%5d.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, M. A., & Conde, H. (2009). *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*. Tesis Doctoral, Universidad de Burgos, Burgos, España. b
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y López-Ortuño, J. (2014). Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación. En Navarro, J., Gracia M^a. D., Lineros, R. y Soto, F.J. (Coords.) Claves para una educación diversa. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades
- Martínez-Frutos, M. T., Herrera-Gutiérrez, E., & Peyres-Egea, C. (2014). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado. En J. Maquilón & N. Orcajada (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia, España: Editum.
- Maudsley, H. (1867). *The physiology and pathology of the mind*. London, UK: MacMillan.
- Maudsley, H. (1867). *Physiology and Pathology of Mind*. London, UK: Harvar College Library.
- McBurnett, K., Lahey, B. B., & Pfiffner, L. J. (1993). Diagnosis of attention deficit disorders in DSM-IV: Scientific basics and implications for education. *Exceptional Children*, 60, 107-117.
- McCracken, J. T., Smalley, S. L., McGough, J. J., Crawford, L., Del'Homme, M., Cantor, R. M.,... Nelson S. F. (2000). Evidence for linkage of a tandem duplication polymorphism upstream of the dopamine D4 receptor gene (DRD4) with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Molecular Psychiatry*, 5, 531-536. doi: 10.1038/sj.mp.4000770
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety* (2nd ed.) London, UK: Oxford University Press.
- Meyer, A. (1904). The anatomical facts and clinical varieties of traumatic insanity. *American Journal Insanity*, 60, 373-441.
- Mill, J., Curran, S., Kent, L., Gould, A., Hockett, L., Richards, S.,... Asherson, P. (2002). Association study of a SNAP-25 microsatellite an attention déficit hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 114, 269-271. doi:10.1002/ajmg.10253
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2012). Respuesta Educativa para alumnado con TDAH. Procedimientos de evaluación. Recuperado de: <http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/pdf/modulo3.pdf>
- Miranda, A. (2011). *Manual Práctico de TDAH*. Madrid, España: Síntesis.
- Miranda, A., Uribe L. H., Gil-Llario, M. D., & Jarque, S. (2003). Evaluación e intervención en niños preescolares con manifestaciones de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y conducta disruptiva. *Revista de Neurología*, 36, S85-S94.
- Miranda, A., Jarque, S., & Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28, S182-S188.

- Mirsky, A. F. (1987). Behavioral and psychophysiological markers of disordered attention. *Environmental Health perspectives*, 74, 191-195.
- Mirsky, A. F. (1996). Disorders of attention: A neuropsychological perspective. En R. G. Lyon & N. A. Kranesgor (Eds.), *Attention, Memory, and executive function* (pp. 71-96). EEUU. Baltimor: Paul H. Brookes.
- Montiel-Nava, C., & Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista Neurología*, 32, 506-511.
- Moreno, I. (2008). Hiperactividad infantil. Guía de actuación. Madrid: Pirámide.
- Morgan A. Attention deficit hyperactive disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46 (5):831-841.
- Morrison, J. R., & Stewart, M. A. (1973). Affective disorder among the relatives of hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 14, 209-212.
- Morrow, R., Wright, J., Maclure, M., Taylor, S., & Dormuth, C. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal*, 184, 755-762. doi: 10.1503/cmaj.111619
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder: Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Muñoz, J. A., Palau, M., Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurológica Colombiana*, 22, 184-189.
- Narbona, J., & Crespo-Eguílaz, N. (2005). Trastornos de memoria y atención en disfunciones cerebrales del niño. *Revista de Neurología*, 40, 33-36.
- Navarro, M. I. (2008). *Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una investigación empírica*. Madrid, España: UCM.
- Navarro, M. I. (2009). Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una investigación empírica. *Psicología Evolutiva y de la Educación*, 2, 27- 54.
- Navarro, M. I., & García-Villamizar, D. A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31, 23-36.
- Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R.A., & Wessely, S. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC Medicine*, 11, 202. doi: 10.1186/1741-7015-11-202.
- Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*. 17, 785-806. doi: 10.1017/S0954579405050376
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11, 71-84.
- Orjales, I. (2001). *Déficit de atención con hiperactividad manual para padres y educadores*. Madrid, España: CEPE.

- Orjales, I. (2003). Déficit de atención con hiperactividad. Diagnóstico e intervención. En E. González (Ed.). *Necesidades educativas específicas intervención psicoeducativa* (pp. 431-467). Madrid, España: Editorial CCS.
- Orjales, 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/Annuary of clinical and Health Psychology*, 3, 19-30.
- Orjales, I. (2009). Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH. Madrid: Piramide
- Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (1998a). Effects of reward and response cost on response inhibition in AD/HD, disruptive, anxious, and normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 161-174.
- Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (1998b). Response inhibition and response re-engagement in attention-deficit hyperactivity disorder, disruptive, anxious and normal children. *Behavioural Brain Research*, 94, 33-43.
- Organización Mundial de la Salud (1975). CIE-9: *Novena Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra. Suiza: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra. Suiza: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión: CIE-10*. Volumen 1. Washington. EEUU: Organización Panamericana de la Salud.
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, M. E., Ardilla, A., Rosselli, M., Pineda, D., & Matute, E. (2003). *Neuropsi Atención y Memoria. Manual, Perfiles y Material*. México. México D. F.: American Bookstore & Teletón.
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2007). NEUROPSI Attention and Memory: a neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied Neuropsychology*, 14, 156-170. Recuperado de: http://psy2.fau.edu/~rosselli/NeuroLab/pdfs/attention_and_memory.pdf
- Packiam, T. (2007). *The Automates Working Assessment (AWMA)*. Understanding Working Memory, Scorebook.
- Paine, R., Werry, J., & Quay, H. (1968). A study of minimal cerebral dysfunction. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 505-520.
- Parellada, M. (2009). TDAH. *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y comorbilidad*. Madrid, España: Alianza Editorial
- Pelayo, J. M., Trabajo, P., & Zapico, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y Realidades. *Cuadernos de Psiquiatría. Comunitaria*, 11, 7-35.
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Philippe, J., & Paul-Boncour, G. (1916). *Las anomalías mentales en los escolares: estudio médico-pedagógico*. Barcelona. España.
- Philippe, J., et Paul-boncour, G. (1905) *Les anomalies chez les écoliers: Étude médico-pédagogique*, París, France: Alcan.
- Pineda, D., Cadavid, C., & Mancheno, S. (1996). Características neurológicas y neuropsicológicas de niños con deficiencia atencional e hiperactividad de 7 a 9 años. *Acta Neurolgia Colombiana*, 12, 187-196.

- Pineda, D., & Ardila, A. (1991). *Neuropsicología: Evaluación Clínica y Psicometría*. Medellín, Colombia: Prensa Creativa.
- Polaino-Lorente, A., Avila, C., Cabanyes, J., García, D. A., Orjales, I., & Moreno, C. (1997). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid, España: Unión Editorial.
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, L., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal Psychiatry*, 164, 942-948.
- Polanczyk, K. G., Silva, M., Lessa, B., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Journal of the American Psychiatric Association*, 164, 942-948. doi: 10.1155/2015/207801
- Portellano, J. A. (1989). *Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención. Una perspectiva neurológica*. Madrid, España: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Portellano, J. A. (2005). *Como desarrollar la inteligencia. Entrenamiento neuropsicológico de la atención y las funciones ejecutivas*. Madrid, España: Somos-Psicología.
- Portellano, J. A., Martínez-Arias, R., & Zumárraga, L. (2009). *Evaluación Neuropsicologica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Posner, M. I. (1988). Structures and functions of selective attention. In T. Boll & B. K. Bryant (Eds.). *Clinical neuropsychology and brain function: Research, measurement, and practice*. Washington, DC: APA.
- Presentación, M. J., & Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28, 261-275. doi: 10.1174/0210370054740232
- Quay, H. C. (1997). Inhibición and attention déficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.
- Quay, H. C. (1988). Attention deficit disorder and the behavioural inhibition systems: The relevance of the neuropsychological theory of Jeffrey A. Gray. In L. M. Bloomingdale & J. A. Sergeant (Eds.). *Attention deficit disorders; criteria, cognition and intervention* (pp.117-126). New York, NY: Pergamon.
- Reiss, A. L., Abrams, M. T., Singer, H. S., Ross, J. L., & Denckla, M. B. (1996). Brain development, gender and IQ in children: A volumetric imaging study. *Brain*, 119, 1763-1774.
- Reitan, R. M. (1986). *The Trail Making Test. Manual for administration and scoring*. Tucson, AZ: Reitan Neuropsychological Laboratory.
- Reid, R. (1996). Three faces of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 249-265.
- Rey, A. (1994). *Test de copia de una figura compleja*. Madrid, España: TEA ediciones.
- Rocke, K., Hays, P., Edwards, D., & Berg, C. (2008). Development of a performance assessment of executive function: The Children's Kitchen Task Assessment. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62, 528-537. doi: 10.5014/ajot.62.5.528
- Rodríguez, C., Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J. C., González-Pineda, J. A., Álvarez, D.,... Cerezo, R. (2009). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. Pasado y Futuro Educativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3, 81-88.

- Rodríguez-Lafora, G. (1917). *Los niños mentalmente anormales*. Madrid, España: La Lectura.
- Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez, L., Núñez, J., González-Pineda, J., Álvarez, D., ... Cerezo, R. (2011). Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno de Atención e Hiperactividad (TDAH). *European Journal of Education and Psychology*, 4, 63-73. doi:10.1989/ejep.v4i1.77
- Rodríguez-Santos, F. (2010). El trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad: Causas e Implicaciones para el Tratamiento. *Psicología Educativa*, 16, 31-40. doi: 10.5093/ed2010v16n1a3
- Rodríguez-Sacristan, J. (Ed.) 1995. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Rodríguez-Salinas, E., Navas, M., González, M. P., Fominaya, S., & Duelo, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Pediatría y Atención Primaria*, 8, S175-S198.
- Rodríguez, L., Lopez, J. A., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T., Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11, 251-270.
- Rodríguez, C., González, P., Álvarez, L., Vicente, L., Núñez, J. C., González, J. A., ... & Cerezo, R. (2011). Nuevas técnicas de evaluación en el trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. *European Journal of Education and Psychology*, 4, 63-73. doi: 10.1989/ejep.v4i1.77
- Rodríguez, C., Jiménez, J. E., Díaz, A., García, E., Martín, R., & Hernández, S. (2012). Datos normativos para el test de los Cinco Dígitos: desarrollo evolutivo de la flexibilidad en Educación Primaria. *European Journal of Education and Psychology*, 4, 27-38.
- Romero, J. F., & Lavigne, R. (2005). *Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de criterios Diagnósticos. I. Definición, Características y Tipos*. Sevilla, España: Junta de Andalucía.
- Romero-Ramírez, D. (2007). Etiopatogenia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 31, 71-78.
- Rosvold, H. E., Mirsky, A., Sarason, M. Bransome, E. D., & Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Rowland, A. S., Skipper, B. Rabiner, D. L., Umbach, D. M. Stallone, L., Campbell, R. A., ... Sandler, D. P. (2008). The shifting subtypes of ADHD: classification depends on how symptom reports are combined. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 731-743. doi: 10.1007/s10802-007-9203-7
- Rubia, K., Alegría, A., & Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 58, S3-S18.
- Rudel, R. G., Denkla, M. B., & Broman, N. (1978). Rapid silent response to repeat target symbols by dyslexic and non-dyslexic children. *Brain and Language*, 6, 52-62.
- Saborit, C. Marzá, J. P. J., & Vaquer, A. (2001). *Adaptación Curricular. Aplicación informática NAC-ACS*. Barcelona, España: Colección Educación.

- Sandberg, S. (1996). *Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge. United Kingdom: University of Cambridge.
- Sanders, A. F. (1983). Towards a model of stress and performance. *Acta Psychologica*, 53, 61-97.
- Sanders, A. F. (1990). Issues and trends in the debate on discrete vs. Continuous processing of information. *Acta Psychologica*, 74, 123-167.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286. doi: 10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en Psicología Clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Santos, J. L. (2011). *Aproximación a los problemas de atención en la edad escolar a partir de la evaluación neuropsicológica y su relación con el trastorno de aprendizaje del cálculo*. Orientación de programas de intervención educativa. Tesis Doctoral, Universidad de León, León, España.
- Satterfield, J. H., & Dawson, M.E. (1971). Electrodermal correlates of hyperactivity in children. *Psychophysiology*, 8, 191-197.
- Schilder, P. (1931). Organic problems in child guidance. *Mental Hygiene*, 15, 480-486.
- Sergeant, J.A. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to ADHD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 7-12. doi: 10.1016/S0149-7634(99)00060-3
- Sergeant, J. A., & Van Der Meere, J. J. (1990a). Additive factor method applied to psychopathology with special reference to childhood hyperactivity. *Acta Psychologica*, 74, 277-295.
- Sergeant, J.A., & Van Der Meere, J. J. (1990b). Convergence of approaches in localizing the hyperactivity deficit. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin. (Eds). *Advancements in Clinical Child Psychology*, 13, (pp.207-245). New York, NY: Plenum press.
- Sergeant, J.A., & Van Der Meere, J. J. (1991). Ritalin effects and information processing in hyperactivity. En L.L. Greenhill y B.B. Osman (Eds), *Ritalin: Theory and patient management* (pp. 1-13). New York, NY: Mary Ann Liebert.
- Sergeant, J., Oosterlaan, J., & Van der Meere, J. (1999). Información processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. In C.Herbert y A.E. Hogan. (Eds). *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 75-104). Dordrecht. Holland: Kluwer Academic Publishers.
- Sergeant, J., Geurst, H., Huijbregts, S., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2003). The top and the bottom of ADHD: a neuropsychological perspective. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 27, 583-592. doi: 10.1016/j.neubiorev.2003.08.004
- Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive- energetic model. *Biological Psychiatry*, 57, 1248-1255. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.09.010
- Severa, M. (2012). *El futuro del diagnóstico del TDAH: ¿Nuevas clasificaciones y subtipos?* Paper presented at the El futuro del diagnóstico del TDAH: ¿Nuevas clasificaciones y subtipos?, II Symposium de Psicología clínica y de la salud con niños y adolescentes. Universidad Miguel Hernández. Elche.
- Servera- Barceló, M., & Cardo, E. (2007). Las ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de Neurología*, 45, 393-399. ISSN: 0210-0010

- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de neurología*, 40, 358-368.
- Servera, M., & Llabrés, J. (2000). *EMIC (Escala Magallanes de Impulsividad Computerizada)*. Bilbao, España: Albor-Cohs.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B*, 298, 199-209.
- Sherman, J., Rasmussen, C., L. y Baydala, L. (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A review of the literatura. *Educational Research*, 50 (4), 347-360.
- Sibley, M. H., Waxmonsky, J. G., Robb, J. A., & Pelham, W. E. (2013). Implications of changes for the field: ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 34-42. doi: 10.1177/0022219412464350
- Siegel, L. S., & Ryan, E. B. (1989). The development of working memory in normally achieving and subtypes of learning disabled children. *Child Development*, 60, 973-980.
- Smilie, L. D., Pickering, A. D., & Jackson, C. J. (2007). The new Reinforcement Sensitivity Theory: Implications for personality measurement. *Personality and Social Psychology review*, 4, 320-335. doi: 10.1207/s15327957pspr1004_3
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Spencer, T. J. (2002). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Neurology*, 59, 314-316. doi: 10.1001/archneur.59.2.314.
- Still, G. F. (1902). The Goulstonian Lectures on Some abnormal psychological conditions in children, *Lancet I*, 1008-1012.
- Strauss, A. A., & Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York, NY: Grune and Stratton.
- Strauss, A. A., & Kephart, N. C. (1955) *Psychopathology and education of the brain-injured child. Vol 2: Progress in theory and clinic*. New York, NY: Grune and Stratton.
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological Tests: administration, norms, and commentary*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Stroop, J. P. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 345-355. doi: 10.1016/j.jaac.2009.12.018
- Sonuga-Barke, E. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130, 29-36. doi: 10.1016/S0166-4328(01)00432-6
- Sonuga-Barke, E. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 593-604. doi:10.1016/j.neubiorev.2003.08.005
- Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related

- impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child*, 49, 345-355.
- Sonuga-Barke, E., Dalen, L., & Remington, B. (2003). Do executive Deficits and Delay Aversion make independent contribution to preschool attention-deficit/hyperactivity Disorder Symptoms? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1335-1342. doi: 10.1097/01.chi.0000087564.34977.21
- Sonuga-Barke, E., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion: I. the effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 387-389.
- Soutullo, C. (2003). Diagnóstico y Tratamiento farmacológico del tratamiento por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 120, 222-226.
- Soutullo, C. (2004). Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Madrid: Médica Panamericana.
- Soutullo, C. (2013). *Convivir con niños y Adolescentes con trastorno por deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)* (2ª ed.). Madrid: Panamericana
- Spearman, C. (1937). *Psychology down the ages*, Vol.I, London, UK: MacMillan.
- Spencer, T. J. (2002). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Neurology*, 59, 314-316. doi: 10.1001/archneur.59.2.314.
- Steele, R., Forehand, R., & Devine, D. (1996). Adolescent social and cognitive competence: Cross-informant and intra-individual consistency across three years. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 60-65.
- Asociación Balear de Padres de Niños con TDAH. (2012). *Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH*. Palma de Mallorca, España: Autor. Recuperado de http://www.stilltdah.com/pdf/guia_practica_castellano.pdf
- Still, G. F. (1902a). The coulstonian lecture on some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Still, G. F. (1902b). The coulstonian lecture on some Abnormal Psychological Conditions in Children. *The Lancet*, 2, 1077-1082.
- Strauss, A. A., & Lethinen, L. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York, NY: Grune Stratton.
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of Neuropsychological Tests: Administration, norms, and Commentary (Hardcover)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-622.
- Swanson, J. M. (1992). *School-based assessments and interventions for ADD students*. Irvine, CA: KC Publishing.
- Swanson, J. M., Kinsbourne, M., Roberts, W., & Zucker, K. (1978). A time response analysis of the effect of stimulant medication on the learning ability of hyperactive children. *Pediatrics*, 61, 129-139.
- Swanson, J. M., Posner, M. I., Cantwell, D., Wigal, S., Crinella, F., Filipek, P., ... Nalcioglu, O. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Symptom domains,

- cognitive processes, and neural networks. En R. Parasuraman. (Ed.), *The attentive brain* (pp. 445-460). Cambridge, M.A.: MIT Press.
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle M. H. (1989). Correlates, Associated Impairments and Patterns of Service Utilization of Children with Attention Deficit Disorder: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 205-217.
- Taylor, E., Evrir, B., Thorley, G., Schachar, R., Rutter, M., & Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity II: a cluster analytic approach to the identification of a behavioural syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149, 768-777.
- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wieselberg, M. (1986). I. Conduct disorder and hyperactivity: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-767.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G., & Giles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. Oxford, UK: Oxford University Press, 93-113.
- Téllez, C., Valencia, M., & Beauroyre, R. (2011). Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16, 39-44.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of Disease in Childhood*, 97, 260-265. doi: 10.1136/archdischild-2011-300482
- Thome, J., & Jacobs, K.A. (2004). Attention déficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19, 303-306. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.05.004
- Thorell, L. B., & Nyberg, L. (2008). The Childhood Executive Functioning Inventory (CHEXI): A new rating instrument for parents and teachers. *Developmental Neuropsychology*, 33, 536-552. doi: 10.1080/87565640802101516.
- Thurstone, L. L., & Yela, M. (1979). *Percepción de diferencias (caras)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Timimi, S. (2005). The politics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). En S. Timimi & B. Maitra. (Eds.), *Critical voices in child and adolescence mental health* (pp.163-191). London, UK: Free Association Books
- Timimi, S. (2007). *Mis-Understanding ADHD: The complete guide for parents to alternatives to drugs*. Bloomington, USA: AutorHouse.
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 8-9. doi: 10.1192/bjp.184.1.1-a3
- Toplak, M. E., Bucciarelli, S. M., Jain, U., & Tannock, R. (2009). Executive functions: Performance-based measures and the behavior rating inventory of executive function (BRIEF) in adolescents with attention déficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 15, 53-72. doi: 10.1080/09297040802070929
- Toro, J., & Cervera, M. (1995). *T.A.L.E.: test de aprendizaje de lectoescritura*. Madrid, España: Machado.
- Torres, I., Beltrán, F., Beltrán, A., Velázquez, C. y García, F. (2004). Estrategias para modificar conocimientos y actitudes en niños escolares: un programa de educación para la salud. *Revista Psicología y Salud*, 14 (1), 135-142.
- Tredgold, A. F. (1908). *Mental Deficiency (Amentia)*. New York, NY: W.Wood.

- Trujillo-Orrego, N., Pineda, D. A., & Uribe, L. H. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I). *Revista de Neurología*, 54, 289-302.
- Trujillo-Orrego, N., Ibáñez, A., & Pineda, D. A. (2012). Validez y diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurológico.(II). *Revista de Neurología*, 54, 367-379.
- Trujillo, A., & Díaz-Sibaja, M. A. (2007). Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: Diferencias entre padres y profesores. *Psiquiatría.com*, 11, 1-9.
- Tuke, D. H. (1982). *A Dictionary os Psychological Medicine* (Vol. I). London, UK: Churchill.
- Ullebo, A. K., Posserud, M. B., Heiervang, E., Obel, C., & Gillberg, C. (2012). Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to9- year- old children: effects of informant, gender and non-participation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 763-769. doi: 10.1007/s00127-011-0379-3
- Ullman, R., Sleator, E., & Sprague, R. (1991). *ADD-H Comprehensive Teachers' Rating Scale (ACTeRS)*. Champaign, IL: Metri Tech, Inc.
- Ulloa, R., de la Peña, F., Palacios, L., Ortiz, S., Palacio, J. D., Grevet, E., ... Muñoz, S., (2009). Cuestionario de escolares y Adolescentes Latinoamericanos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH): Validez y confiabilidad temporal. *Salud Mental*. 32, 63-68.
- Valverde, M. A., & Inchauspe, J. A. (2014) Alcance y Limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por deficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y Guías de Práctica clínica. Una revision bibliográfica. *Revista de la Asociación. Española de Neuropsiquiatría*. 34, 37-74. doi: 10.4321/S0211-57352014000100004
- Van der Meere, J. J. (1996). The role of attention. En S. T. Sandberg. (Ed.), *Monographs in Child and Adolescent Psychiatry: Hyperactivity Disorders of Childhood* (pp. 111-148). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (1991). Four year follow up of teacher reported problem behaviors. *Psychological. Medicine*, 21, 965-977.
- Vermeulen, G. (1926). *Los débiles Mentales*. Madrid, España: Hernando.
- Vile, R. E., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology*, 44, 87-104. doi:10.1016/j.jsp.2005.12.004
- Von Economo, C. (1917). *Encephalitis lethargica*. Wiener Klinische Wochenschrift, 30, 581-585
- Wallon, H. (1925). *L'enfant Turbulent*. Paris, France: Alcant.
- Wechsler, D. (1974). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. New York, NY: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997). *Escala de Inteligencia Wechsler para niños -Revisada. WISC-R*. Madrid, España: TEA.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., ... (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the Americam Academy of*

cad Child Adolescent Psychiatry, 41, 262-268. doi: 10.1097/00004583-200203000-00005

- Willcutt, E. G., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (2000). Twin study of the etiology of comorbidity between. Reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 96, 293-301. doi: 10.1002/1096-8628(20000612)96:3<293::AID-AJMG12>3.0.CO;2-C
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Pinnock, T. Y., Baumgaertel, A., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324.
- Wolraich, M. L., Lambert, W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K., (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 559-568. doi: 10.1093/jpepsy/jsg046
- Wright, I., Waterman, M., Prescott, H., & Murdoch, D. (2003). A new Stroop-like measure of inhibitory function development: Typical developmental trends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 561-575. doi:10.1111/1469-7610.00145
- Zulueta, A., Iriarte, Y., Díaz-Orueta, U., & Climent, G. (2013). AULA Nesplora: avance en la evaluación de los procesos atencionales. Estudio de la validez convergente con el Test de Percepción de Diferencias "Caras" (versión ampliada). *ISEP Science*, 4, 3-10.



ANEXOS



Anexo 1: Programa de las Jornadas de Actualización en TDAH. Cuenca 20 de Diciembre de 2008. "Avances en Intervención Multimodal con Hiperactivos e Inatentos".

DE INTERÉS PARA	PROGRAMA	LUGAR y HORARIO
<ul style="list-style-type: none"> ● Padres y Madres de Niños y Adolescentes Hiperactivos o Inatentos ● Profesionales de Educación Primaria y Secundaria. ● Psicólogos/as y PsicoPedagogos/as ● Profesionales de Sanidad 	<p>09.00 a 09.30 Entrega de documentación</p> <p>09.30 a 10.00 Inauguración Oficial</p> <p>10.00 a 11.00 Hiperactivos e Inatentos ¿Es adecuada la clasificación del DSM-IV?</p> <p>Diagnóstico diferencial eficaz para un tratamiento eficaz.</p> <p>11.00 a 11.30 Descanso</p> <p>11.30 a 12.30 Psicoestimulantes y Antidepresivos. ¿A quienes benefician y a quienes perjudican? Lo que indican los estudios clínicos y la experiencia.</p> <p>12.30 a 13.30 El informe final del Estudio Multimodal M.T.A. ¿Por qué no se difunde con rapidez? ¿Sorpresas o Resultados esperables?</p> <p>13.30 a 14.00 Coloquio</p> <p>14.00 a 16.00 Descanso para comer</p> <p>16.00 a 17.30 ¿Modificación de Conducta Simple o Programas de Intervención Psicosocial para Niños y Adolescentes?. Los resultados de C.L.A.S. y N.E.F.E.S.</p> <p>17.30 a 18.00 Coloquio</p> <p>18.00 a 18.30 Descanso</p> <p>18.30 a 19.30 Protocolos de Actuación Asistencial de la Asociación SERENA</p> <p>19.30 a 20.00 Situación actual de la Detección, Identificación y Tratamiento de Hiperactivos e Inatentos en el Ambiente Educativo y Sanitario de Cuenca.</p> <p>20.00 a 20.30 Coloquio y Clausura.</p>	<p>La Jornada se celebrará en... con el horario siguiente:</p> <p>Sábado 20 de DICIEMBRE: de 9.00 a 14.00 horas y de 16.00 a 20.30 horas</p>
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Clarificar las diferencias entre los distintos tipos de Déficit de Atención: Hiperactivos e Inatentos. ● Dar a conocer a Padres y Profesionales el papel que pueden desempeñar los distintos recursos farmacológicos y educativos para Prevenir o Resolver satisfactoriamente situaciones de TDAH. ● Difundir los resultados del Informe Final del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, sobre el Estudio M.T.A. y las conclusiones sobre efectos a largo plazo de la medicación psicoestimulante en Niños Hiperactivos. ● Difundir las Recomendaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad sobre el uso de antidepresivos en Niños Hiperactivos e Inatentos. ● Exponer los componentes de diversos Programas de Intervención Psicosocial: C.L.A.S. y N.E.F.E.S. ● Dar a conocer las Actividades y Recursos de la Asociación SERENA en Cuenca. 	<p>POALES</p> <p>Profesor D. E. Manuel García Pérez. Psicólogo Consultor, Especialista en Psicología Clínica y Educativa. Director Técnico del Grupo ALBOR-COHS y Asesor de la ALIANZA por los TDAH, APOR TODAS. Director y Profesor de diversos Cursos de Formación a Profesores, Psicólogos y PsicoPedagogos en España y otros países iberoamericanos. Autor de diversas obras de carácter psicopedagógico: Libros, Tests y Programas de Intervención Psicoeducativa.</p> <p>D^a. Luz María García García Psicóloga Consultora. Especialista en Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Técnico de la Asociación SERENA.</p> <p>D^a. Ana Fierro. Presidenta de la Asociación SERENA</p>

INSCRIPCIONES

Las personas interesadas en asistir a esta Jornada pueden hacerlo como Padres o como Profesionales. El número de asistentes está limitado al aforo del local, por lo cual, las admisiones se realizarán por orden de solicitud tras el pago de la inscripción. El coste de asistencia se ha establecido en las cantidades siguientes:

Socios de Serena Gratis
No Socios 5 euros

Las personas interesadas deberán confirmar la existencia de plaza (647 451 102), efectuar su reserva y proceder al ingreso correspondiente en la cuenta que aparece en el Boletín de inscripción. Con posterioridad, deben enviar el Boletín y copia del justificante de ingreso (No Socios) por fax al 969 37 29 23 o bien al correo electrónico: serena@serena.com.es

Los profesionales que formalicen su inscripción ANTES del día 10 de diciembre recibirán

- Un ejemplar del libro "Adaptaciones Curriculares Metodológicas para Escolares Hiperactivos e Inatentos" del que es autor el Prof. García Pérez (PVP: 8 euros)
- Una Guía para Padres y Maestros de Niños Hiperactivos e Inatentos.

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN

en TDAs.

Cuenca, 20 de DICIEMBRE de 2008

Avances

en

Intervención Multimodal

con

Hiperactivos e Inatentos

LUGAR: COLEGIO MENOR "ALONSO DE QUEDA"

2 créditos de libre configuración por la UCLM

ORGANIZA:



Colaboran:

A PORTODAS
AL AVANZA por los TDAs



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

D./D^a.: _____ DNI (con letra): _____

con domicilio en: _____

Código postal: _____ Municipio y Provincia: _____

Número de teléfono de contacto: _____

Solicita la inscripción a la Jornada de TDA del día 20 de diciembre de 2008

q Profesional (Educación/Sanidad) Padre/Madre Otros: _____ SOCIO: SI/NO (Tachese lo que no proceda)

Adjunto a este boletín de inscripción copia del justificante bancario de la cuota correspondiente

Datos Bancarios para el pago de la inscripción:

Entidad: CAJA CASTILLA-LA MANCHA Número de cuenta: 2105 2040 32 1242010322

Titular: SERENA Concepto: inscripción (su nombre y apellidos) a Jornadas TDAs

Anexo 2: Listado de Centros de Cuenca y Provincia

Listado de centros inicial con el número de participantes.

Nº	Localidad y centro	Curso	Total niños	Respuestas	Comentarios
1.	Ciudad Encantada*	1º	50	0	
		2º	50	0	
2.	Sta. M ^a De La Expectación1º	1º	24	22	
		2º	25	24	
3.	Santa Ana	1º	48	32	
		2º	51	36	
4.	Federico Muelas	1º	22	15	
		2º	23	19	
5.	San Fernando	1º	63	36	
		2º	52	36	
6.	Santa Teresa	1º	51		Respuestas: en total 86
		2º	49		
7.	El Carmen	1º	25	12	
		2º	28	22	
8.	Casablanca	1º	25	18	
		2º	25	14	
9.	Fuente del Oro	1º	50	22+16	Los datos de 2º B no están. El profesorado no ha colaborado
		2º	50	22+21	
10.	San Julián*	1º	21	20	Se niegan a colaborar
		2º	22	14	
11.	Hermanos Valdés	1º	48	41	Datos no concluyentes
		2º	48	27	
12.	Sagrada Familia*	1º			Se niegan a colaborar
		2º			
13.	Primo de Rivera	1º	50		Negativo
		2º	50		
14.	Beteta	1º	2	2	
		2º	3	3	
15.	Iniesta, Maria Jover	1º	49	30	
		2º	57	50	
16.	Mira, Anton Martín	1º	17	13	
		2º	8	7	
17.	Belmonte, Fray Luis de León	1º	15	15	
		2º	18	17	
18.	Los Hinojosos, Fray Francisco de Jesús	1º	9	9	
		2º	10	9	
19.	Las Pedroñeras, A Martinez Chicano	1º	67	54	
		2º	68	63	
20.	Landete, C.R.A. "Ojos de Moya"	1º	25	17	
		2º	28	18	
21.	Villagarcía del Llano, Virrey Núñez de Haro	1º	6	6	
		2º	4	3	
22.	Campillo de Altobuey, Virgen de la Loma	1º	9	8	
		2º	14	12	
23.	San Clemente, Ntra Sra del Remedio	1º	27	18	
		2º	25	25	
24.	Carboneras de Guadazaón, C.R.A. "Marqueses De Moya"	1º	19		
		2º	18	8	
25.	Cañete, C.R.A." Alto Cabriel"	1º	17	15	
		2º	27	25	
26.		1º	46	40	

	Motilla Del Palancar, San Gil Abad	2º	66	54	
27.	Fuente De Pedro Naharro, "Retama"	1º C.R.A. 2º	41	14	
28.	Alberca Del Záncara, C.R.A. "Jorge Manrique"	1º 2º	35 24	24 20	
29.	Graja De Iniesta, C.R.A. "Camino Real De Levante"	1º 2º	32	11 16	
30.	Tarancon, Ruiz Jarabo	1º 2º	44 49	11 10	
31.	Saelices, "Segóbriga"	C.R.A. 1º 2º	19 23	16 11	
32.	Cardenete, "Serranía Baja"	C.R.A. 1º 2º	9 10	7 9	
33.	Villaescusa de Haro, C.R.A." Alonso Quijano"	1º 2º	9 10	6 9	
34.	Aliaguilla, Ángel Custodio	1º 2º	2 10	8	
35.	Horcajo de Santiago, Jose Montalbo*	1º 2º	35 51	28 39	Los datos no son concluyentes en 2º B y C. El profesorado no ha colaborado
36.	Tarancón, Ntra Sra de las Mercedes	1º 2º	49 52	49 51	
37.	Honrubia, C.R.A. "Los Girasoles"	1º 2º	25 22	9 9	
38.	Villar De Olalla, C.R.A. Zona Centro*	1º 2º	32 34	9 17	Se niegan a colaborar
39.	Minglanilla, Princesa Sofía*	1º 2º	23 35	26	Se niegan a colaborar
40.	Cañamares, C.R.A. "Los Sauces"*	1º 2º	13 21	8 11	Se niegan a colaborar
41.	Villalba del Rey, C.R.A. "Villas De Orozco"*	1º 2º	5 9	5 9	Se niegan a colaborar
42.	Palomares del Campo, C.R.A. San José De Calasanz*	1º 2º	18 16		Se niegan a colaborar. Solamente hay 3 completos
43.	Villamayor de Santiago, C.R.A. "Sierra Jaramaña"	1º 2º	41 32	40 32	

Nota: *centros que aportaron solamente participación de los padres.

Anexo 3: Carta Presentación Centros



Asociación castellano-ma

Familiares de niños con trastorno por déficit

De atención con o sin hiperactividad.

Río Mariana, Local 5
16004 – CUENCA
Tfno: -----

INSTRUCCIONES PARA LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN

Como ya le indicaron desde la delegación de educación de cuenca, se van a pasar unas pruebas de detección a alumnos de primero y segundo de educación primaria.

Les adjuntamos una carta que deberán entregar a los padres de estos niños junto con el cuestionario que también le mandamos.

Una vez rellenado, nos lo devuelven a:

Delegación provincial de educación

Att. Marimar Cano

Serena

Es importante que donde pone **identificador** en el cuestionario, pongan **nombre y apellidos** del niño, ya que aunque se garantiza la confidencialidad de éstos, debemos saber el nombre para posteriormente informarles sobre los posibles casos de riesgo que encontremos en su centro.

En caso de tener alguna duda, les ruego se pongan en contacto con:

Ana Fierro en el teléfono:

Agradeciendo de antemano la colaboración

Un saludo

Ana Fierro

Presidenta de SERENA

Estimados Padres:

Con motivo de la creciente preocupación por los casos de bajo rendimiento y fracaso escolar en nuestra ciudad (Comunidad), nos encontramos realizando un estudio para detectar lo antes posible a los alumnos, niños y niñas de Educación Primaria, que pudieran presentar características que supongan un riesgo para este problema.

Con tal motivo, les adjuntamos un cuestionario que pueden rellenar con la información que se les solicita. Les agradeceremos que lo entreguen lo antes posible a su profesor-a tutor-a, quien nos los hará llegar para su posterior análisis.

Con los resultados obtenidos, le daremos oportuna información a sus tutores. En caso de tener alguna duda pueden consultar con serena en los nº que se indican o con la Dirección del Centro Escolar.

Reciban un cordial saludo.



Tfno:

665 767 187

615 501 325

969 69 19 29

Asociación castellano-manchega de

Familiares de niños con trastorno por déficit

De atención con o sin hiperactividad

Anexo 4: Modelo Carta de Resultados

Estimado/a Señor/a:

Agradecemos su interés por participar en el proyecto que está llevando a cabo la Asociación Serena para detectar algún problema en el desarrollo de los niños/as que acuden a su Centro Educativo.

Se solicita a los profesores/as tutores/as de primero y segundo de primaria que cumplimenten un cuestionario de los alumnos detectados con algún posible problema en su desarrollo para así descartar o, por el contrario, afianzar los resultados.

Los alumnos sobre los que hay que cumplimentar el cuestionario son los siguientes:

1º de primaria

- Identificador: 10
- Identificador: 11
- Identificador: 13
- Identificador: 14
- Identificador: 26

2º de primaria

- Identificador: 2
- Identificador: 6
- Identificador: 13
- Identificador: 17
- Identificador: 22
- Identificador: 23

Un Cordial Saludo.

Anexo 5: Instancia Coordinador Servicios Periféricos

Ana Rosa Bodoque Osma, con DNI 04567193-Z, y domicilio en C/ Las Torres 26-4º, Cuenca, profesora titular de la Facultad de Educación de la Universidad de Castilla-La Mancha en Cuenca,

EXPONE:

Que actualmente se encuentra en fase de recopilación de datos para la posterior elaboración y redacción de su tesis doctoral, especialidad de Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H);

Que durante el curso escolar 2009-2010 colaboró con la *Asociación Serena* en un estudio sobre la prevalencia del TDAH en Cuenca y provincia, que contó con el visto bueno y el apoyo de esa delegación;

Que en estos momentos, y pasados dos años de la detección de alumnos que presentaban condición TDA-H, está interesada en volver a valorar aquellos cuestionarios y hacer un seguimiento de aquellos casos que en su día fueron detectados para confirmar si posteriormente fueron diagnosticados, corroborando así la importancia de la detección y la validez de la prueba aplicada así como las implicaciones que ha podido tener esa condición a nivel socio-escolar y de dificultades de aprendizaje;

Que para ello necesitaría pasar un cuestionario elaborado *ad hoc*, el cual sería validado previamente por una comisión de expertos (formada por 2 inspectores, 4 orientadores, 4 maestros tutores, 2 maestros AL, 2 maestros PT y 2 expertos en medición y evaluación). Los destinatarios de dicho cuestionario serían los padres y profesores de aquellos alumnos que estudiamos y valoramos en el primer estudio como *con condición TDAH*;

Que se adjuntan a esta instancia dos modelos de cartas dirigidas a los directores de los centros y a los profesores tutores que colaboraron en su día, explicándoles los antecedentes de esta investigación y el proceso a seguir, así como nuestro agradecimiento por su colaboración. Junto a esas cartas se enviaría el listado de cursos y alumnos sobre los que se pretende recoger información. Así mismo al profesor tutor se le envía el cuestionario que han de rellenar los padres que incluye, además, el consentimiento de participación para que sea firmado.

Por último, queda patente mi compromiso de hacerles llegar las conclusiones sobre el estudio a lo largo del mes de junio del presente curso 2012-13, así como un breve documento actualizado con pautas de actuación tanto para padres como para profesores.

Por todo lo cual,

SOLICITA:

Su aprobación para enviar y recoger los cuestionarios mencionados en los CIP de Cuenca y provincia relacionados en anexo.

En Cuenca, a 28 de febrero de 2013

Fdo.: Ana Rosa Bodoque Osma

SR. COORDINADOR DE LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS DE EDUCACIÓN EN CUENCA

Centros participantes en el cuestionario de seguimiento

Estimado Sr:

Adjunto le envío el listado de centros a los que solicité pasar el cuestionario de seguimiento socio-escolar de sujetos con condición TDAH y/o TDA, que fue evaluado positivamente por el comité de expertos el día 20 de marzo. Por ello,

SOLICITA:

la comunicación a los directores de los centros respectivos, así como, la autorización para visitar y exponer a los mismos el proceso de recogida de la información.

	NOMBRE DEL CENTRO	POBLACIÓN
1	CIP- CASABLANCA	CUENCA
2	CIP- FUENTE DEL ORO	CUENCA
3	CIP- LA MILAGROSA	CUENCA
4	CIP- SAN FERNANDO	CUENCA
5	CIP- SANTA MARÍA DE LA EXPECTACIÓN	CUENCA
6	CIP- SANTA ANA	CUENCA
7	CIP- ALIAGUILLA	ALIAGUILLA
8	CIP- JORGE MANRIQUE	ALBERCA DEL ZÁNCARA
9	CIP-FRAY LUIS DE LEÓN	BELMONTE
10	CIP- ALTO CABRIEL	CAÑETE
11	“CRA”- SERRANÍA BAJA	CARDENETE
12	CIP- INFANTA CRISTINA	EL PROVENCIO
13	CIP- FUENTE DE PEDRO NAHARRO	F. DE PEDRO NAHARRO
14	CIP- CAMINO REAL DE LEVANTE	GRANJA DE INIESTA
15	“CRA”- LOS GIRASOLES	HONRUBIA
16	CIP- JOSÉ MONTALVO	HORCAJO DE SANTIAGO
17	CIP- FRAY FRANCISCO DE JESÚS	LOS HINOJOSOS
18	CIP- MARÍA JOVER	INIESTA
19	CIP- OJOS DE MOYA	LANDETE
20	CIP- ANTÓN MARTÍN	MIRA
21	CIP- SAN GIL ABAD	MOTILLADEL PALANCAR
22	CIP- MARTINEZ CHICANO	PEDROÑERAS
23	CIP- NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	SAN CLEMENTE
24	CIP- RAFAEL LÓPEZ DE HARO	SAN CLEMENTE
25	“CRA” SEGÓBRIGA	SAELICES
26	CIP- MELCHOR CANO	TARANCÓN
27	CIP- NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	TARANCÓN
28	CIP- RUIZ JARABO	TARANCÓN
29	CIP- VILLAESCUSA DE HARO	VILLAESCUSA DE HARO
30	CIP- VILLAMAYOR DE SANTIAGO	VILLAMAYOR DE SANTIAGO
31	“CRA” MANCHUELA	VILLALPARDO

En Cuenca, a 9 de abril de 2013

do.: Ana Rosa Bodoque Osma

SR. COORDINADOR DE LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS DE EDUCACIÓN EN CUENCA

Anexo 6: Carta Dirigida al Director del Centro Escolar

Cuenca, 22 de abril de 2013

Estimado Sr. Director del CIP

Mi nombre es Ana Rosa Bodoque Osma y soy profesora de la Facultad de Educación de Cuenca, donde imparto asignaturas relacionadas con *Audición y Lenguaje y Educación Especial*. En estos momentos hemos retomado la investigación que se hizo hace algunos años sobre Trastornos Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H) en centros de Educación Infantil y Primaria de Cuenca y provincia.

Como quizá recuerde, durante el curso escolar 2009-2010, la *Asociación Serena*, con el apoyo de la Delegación de Educación, llevo a cabo un estudio sobre la proporción de niños que presentaban condición TDA-H en nuestros centros. Un proyecto que creímos interesante por la importancia que tiene la atención de las necesidades específicas de este alumnado, pero que por diversas causas los datos obtenidos en aquel momento no fueron tratados con el rigor y la profundidad que creemos merecen. Por ello hemos iniciado un nuevo estudio a partir de los cuestionarios obtenidos en aquel momento.

Actualmente, y pasados dos años de la detección de alumnos que presentaban **condición TDA-H**, estoy interesada en hacer un seguimiento de aquellos que en su día fueron detectados para confirmar si posteriormente fueron valorados y/o diagnosticados, así como determinar las implicaciones o repercusiones que ha podido tener esa condición a nivel socio-escolar y de dificultades de aprendizaje. Todo ello va encaminado a corroborar la validez del instrumento de valoración utilizado en su momento, así como la importancia de la detección y del aporte de un protocolo de actuación.

Para poder llevarlo a cabo hemos solicitado la necesaria aprobación de los Servicios Periféricos de Educación. Ahora solicito su necesaria colaboración para llevar a cabo esta investigación.

Como habrá visto, junto a este escrito se adjuntan dos cartas y dos modelos de cuestionarios. Las cartas van dirigidas a padres y profesores tutores de estos niños (se adjunta listado) explicándoles el proceso; en cuanto a los cuestionarios, unos habrán de ser rellenados por los profesores tutores actuales de estos alumnos y otros por los padres. Su colaboración consistiría en entregar toda la documentación a los actuales profesores tutores de estos alumnos para que, por un lado, completen sus cuestionarios y, por otro, se encarguen de hacérselos llegar a los padres de los niños junto con la carta correspondiente y el consentimiento informado que éstos habrán de firmar.

Le ruego encarecidamente su apoyo en este proyecto: la difusión entre los profesores de su centro ayudará a concluir una investigación que pretende hacer más fácil y fructífero nuestro trabajo, además de facilitar el aprendizaje y aportar calidad de vida a los alumnos con TDAH. Igualmente le ruego que confirme la recepción de la carta y me comunique qué día de los comprendidos entre el 15 y el 25 de abril podemos acudir a su centro para recoger los cuestionarios.

Por último, queda patente mi compromiso personal de hacerle llegar las conclusiones sobre el estudio a lo largo del mes de junio del presente curso 2012-13, así como un breve documento actualizado con pautas de actuación tanto para padres como para profesores.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración y quedo a su disposición.

Atentamente,

Anexo 7: Carta Informativa a Profesores y Padres

INFORMACIÓN A FAMILIAS

Cuenca,

Estimados padres, madres o tutores:

Mi nombre es Ana Rosa Bodoque Osma y soy profesora de la Facultad de Educación de Cuenca, donde imparto asignaturas relacionadas con *Audición y Lenguaje* y *Educación Especial*. En estos momentos hemos retomado la investigación que se hizo hace algunos años sobre Trastornos Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H) en centros de Educación Infantil y Primaria de Cuenca y provincia.

Como quizá recuerde, durante el curso escolar 2009-2010, la *Asociación Serena*, con el apoyo de la Delegación de Educación, llevo a cabo un estudio sobre la proporción de niños que presentaban condición TDA-H en nuestros centros. Un proyecto que creímos interesante por la importancia que tiene la atención de las necesidades específicas de este alumnado, pero que por diversas causas los datos obtenidos en aquel momento no fueron tratados con el rigor y la profundidad que creemos merecen. Por ello hemos iniciado un nuevo estudio a partir de los cuestionarios obtenidos en aquel momento.

Actualmente, y pasados dos años de la detección de alumnos que presentaban **condición TDA-H**, estoy interesada en:

- Estudiar los datos obtenidos en los cuestionados pasados para obtener nuevos datos y enviarles a Vds. la información pertinente.
- Hacer un seguimiento con los datos obtenidos de aquellos cuestionarios para confirmar si posteriormente los niños han sido valorados y/o diagnosticados, así como las medidas tomadas al respecto.
- Valorar las implicaciones o repercusiones que ha podido tener la condición TDA-H a nivel social y escolar.
- Analizar las posibles influencias de dificultades de aprendizaje.

Todo ello con los siguientes objetivos:

- corroborar la presencia del TDAH en nuestra provincia, de constatar la validez del instrumento de valoración utilizado en su momento y de demostrar la importancia de la detección precoz;
- valorar las repercusiones y/o los beneficios que, pasados dos años, la detección ha tenido en el ámbito social, escolar y en las áreas de aprendizaje;
- conocer y demostrar la importancia y los beneficios que en estas primeras edades puede tener el empleo por parte de padres y profesores de recursos y estrategias de apoyo en los comportamientos característicos de estos chicos;
- favorecer con este protocolo de actuación la desaparición de las conductas inadecuadas e incluso evitar la aparición de las mismas.

Una vez analizados de nuevo los datos obtenidos hace dos años, hemos realizado unos listados en los que se encuentra su hijo como alumno con condición TDA-H.

En este momento su información nos resultaría muy valiosa para la investigación que queremos llevar a cabo ya que pretendemos evaluar los datos nuevamente y relacionarlos con los que obtengamos ahora. Su participación es muy sencilla; consiste en rellenar un cuestionario que le hará llegar el maestro tutor de su

hijo y firmar su aprobación relleno la autorización que se adjunta. Una vez completada devolverá toda la documentación al mismo maestro.

Quiero insistir en la importancia de su cooperación; con su contribución colaboran directamente en el conocimiento precoz de este trastorno así como en una mejor comprensión del comportamiento y desarrollo de su hijo. Si desean más información o resolver posibles dudas acerca del presente estudio, pueden ponerse en contacto conmigo en el teléfono o dirección electrónica que encontrarán en la hoja adjunta.

Por último, queda patente mi compromiso personal de hacerles llegar las conclusiones sobre el estudio a lo largo del mes de junio del presente curso 2012-13, así como un breve documento actualizado con pautas de actuación tanto para padres como para profesores.

Este proyecto tiene el apoyo expreso del Sr. Coordinador de los Servicios Periféricos de Educación de Cuenca y el visto bueno del Director del centro en el que se encuentra escolarizado su hijo.

Agradeciéndoles de antemano su colaboración, les saluda atentamente,

Fdo: Ana Rosa Bodoque Osma

Anexo 8: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

VALORACIÓN DE LAS IMPLICACIONES SOCIALES Y ESCOLARES EN ALUMNOS DETECTADOS CON CONDICIÓN TDA-H, TRANSCURRIDOS DOS AÑOS DE LA DETECCIÓN

Al firmar este documento, usted afirma haber leído y comprendido la información que consta en el mismo así como las explicaciones recibidas. También conoce que su participación es voluntaria y la posibilidad que tiene de revocar su consentimiento cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

D....., en calidad de

(relación con el participante)....., de (nombre del alumno participante)

.....
...

CONSIENTO en participar libre y voluntariamente en el estudio y hemos recibido una copia de este documento firmado y fechado.

DOY MI CONFORMIDAD a que utilicen los datos aportados por mí y declaro haber participado en este proyecto voluntariamente, así como haber sido informado y haber recibido una copia de este documento firmado y fechado.

Esta investigación garantiza que en todo momento se van a preservar los datos personales del alumno utilizando claves identificativas.

Firma del representante legal del alumno

Firma del investigador

....., a..... de.....de 2013

Si usted tiene alguna duda o precisa mayor información sobre este estudio puede contactar con la responsable del mismo.

ANA ROSA BODOQUE OSMA
TEU. FACULTAD EDUCACIÓN DE CUENCA
Teléfono: 969179100 ext. 4719. Viernes 10.00h 13.00h
E-mail: rosa.bodoque@uclm.es

Anexo 9: Instrumento Validación Expertos

En el curso 2009-10 se inició un estudio sobre la prevalencia del TDAH en Cuenca y provincia. En estos momentos, y pasados dos años de la detección de alumnos que presentaban *condición TDAH*, nos gustaría hacer un seguimiento de aquellos que en su día fueron detectados para confirmar si posteriormente fueron valorados y/o diagnosticados, así como las implicaciones o repercusiones que ha podido tener esa condición a nivel socio-escolar y de dificultades de aprendizaje.

Se hará llegar a los directores de centro un cuestionario dirigido al profesor y otro dirigido a las familias de los sujetos con condición TDAH.

A continuación presentamos cada una de las cartas que serán enviadas a los diferentes agentes implicados y el *Cuestionario de Seguimiento Socioescolar de sujetos con condición TDAH y TDA*. Asimismo, incluimos una rejilla de Valoración para que el Comité de Jueces Expertos indique la pertinencia y relevancia de cada una de las dimensiones del cuestionario.

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 1: DATOS DE REFERENCIA	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha
Identificador								
Colegio								
Localidad								
Instrucciones								
Nombre y Apellidos								
Sexo								
Fecha de nacimiento								
Curso Escolar								
Grupo								
¿Tiene hermanos?								
Nº de hermanos y orden que ocupa								
Nacionalidad								
Tiempo que lleva en España								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 2: ADAPTACIÓN SOCIAL	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	Nada	Algo	Bastante	Mucha	Nada	Algo	Bastante	Mucha
Tiene facilidad para hacer amigos								
Se lleva bien con sus amigos								
Prefiere jugar solo								
Hace muchos amigos durante las vacaciones								
Cae simpático a los demás								
Suelen invitarle los amigos para que juegue con ellos								
Está mejor integrado en casa que en el entorno								
Se relaciona mejor con sus iguales que con los adultos								
Su forma de ser condiciona su imagen ante los demás								
Presenta algún problema con respecto a acatar las normas familiares, reglas sociales o pautas en los juegos								
Transcurridos dos cursos, ha notado algún cambio de comportamiento a destacar, ¿Cuál?								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 3: ADAPTACIÓN ESCOLAR	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha
Le gusta ir al colegio								
Le gustan los profesores que tiene								
Sus profesores consideran que dificulta el desarrollo de las clases								
Se pone muy nervioso cuando tiene controles, hay signos evidentes de ansiedad								
En el colegio se encuentra feliz y contento								
Le gusta estudiar/ muestra interés por aprender								
Ha cambiado su imagen social ante los demás								
Participa o es invitado a participar en trabajos de grupo								
Controla su conducta y respeta las normas de trabajo en clase								
Su conducta interfiere en el trabajo de sus compañeros								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 4: DIAGNÓSTICO	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	Nada	Algo	Bastante	Mucha	Nada	Algo	Bastante	Mucha
¿Ha habido seguimiento en estos dos años?								
¿Le han hecho evaluación?								
¿Tiene diagnóstico médico?								
¿Ha sido medicado?								
¿Existe coordinación entre médico y orientador?								
¿Ha seguido algún tipo de terapia o apoyo?								
El profesional que le ha atendido es:								
¿Cuál ha sido la valoración?								
DIMENSIÓN 5: RENDIMIENTO ESCOLAR	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	Nada	Algo	Bastante	Mucha	Nada	Algo	Bastante	Mucha
Presenta dificultades de aprendizaje? ¿En qué áreas?:								
¿Considera que ha habido desfase de aprendizaje, con respecto a sus compañeros?								
Su rendimiento escolar es								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

Anexo 10: Cuestionario de Seguimiento Validado por los expertos

En el curso 2009-10 se inició un estudio sobre la prevalencia del TDAH en Cuenca y provincia. En estos momentos, y pasados dos años de la detección de alumnos que presentaban *condición TDAH*, nos gustaría hacer un seguimiento de aquellos que en su día fueron detectados para confirmar si posteriormente fueron valorados y/o diagnosticados, así como las implicaciones o repercusiones que ha podido tener esa condición a nivel socio-escolar y de dificultades de aprendizaje.

Se hará llegar a los directores de centro un cuestionario dirigido al profesor y otro dirigido a las familias de los sujetos con condición TDAH.

A continuación presentamos cada una de las cartas que serán enviadas a los diferentes agentes implicados y el *Cuestionario de Seguimiento Socioescolar de sujetos con condición TDAH y TDA*. Asimismo, incluimos una rejilla de Valoración para que el Comité de Jueces Expertos indique la pertinencia y relevancia de cada una de las dimensiones del cuestionario.

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 1: DATOS DE REFERENCIA	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha
Identificador								
Colegio								
Localidad								
Instrucciones								
Nombre y Apellidos								
Sexo								
Fecha de nacimiento								
Curso Escolar								
Grupo								
¿Tiene hermanos?								
Nº de hermanos y orden que ocupa								
Nacionalidad								
Tiempo que lleva en España								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 2: ADAPTACIÓN SOCIAL	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha
Tiene facilidad para hacer amigos								
Se lleva bien con sus amigos								
Prefiere jugar solo								
Hace muchos amigos durante las vacaciones								
Cae simpático a los demás								
Suelen invitarle los amigos para que juegue con ellos								
Está mejor integrado en casa que en el entorno								
Se relaciona mejor con sus iguales que con los adultos								
Su forma de ser condiciona su imagen ante los demás								
Presenta algún problema con respecto a acatar las normas familiares, reglas sociales o pautas en los juegos								
Transcurridos dos cursos, ha notado algún cambio de comportamiento a destacar, ¿Cuál?								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 3: ADAPTACIÓN ESCOLAR	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha
Le gusta ir al colegio								
Le gustan los profesores que tiene								
Sus profesores consideran que dificulta el desarrollo de las clases								
Se pone muy nervioso cuando tiene controles, hay signos evidentes de ansiedad								
En el colegio se encuentra feliz y contento								
Le gusta estudiar/ muestra interés por aprender								
Ha cambiado su imagen social ante los demás								
Participa o es invitado a participar en trabajos de grupo								
Controla su conducta y respeta las normas de trabajo en clase								
Su conducta interfiere en el trabajo de sus compañeros								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

SEÑALA CON UNA CRUZ TÚ OPCIÓN ELEGIDA

DIMENSIÓN 4: DIAGNÓSTICO	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha
¿Ha habido seguimiento en estos dos años?								
¿Le han hecho evaluación?								
¿Tiene diagnóstico médico?								
¿Ha sido medicado?								
¿Existe coordinación entre médico y orientador?								
¿Ha seguido algún tipo de terapia o apoyo?								
El profesional que le ha atendido es:								
¿Cuál ha sido la valoración?								
DIMENSIÓN 5: RENDIMIENTO ESCOLAR	PERTINENCIA DEL ÍTEM A LA VARIABLE				RELEVANCIA DE LA INFORMACIÓN			
	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha	1 Nada	2 Algo	3 Bastante	4 Mucha
Presenta dificultades de aprendizaje? ¿En qué áreas?:								
¿Considera que ha habido desfase de aprendizaje, con respecto a sus compañeros?								
Su rendimiento escolar es								

Observaciones pertinentes por su parte como experto:

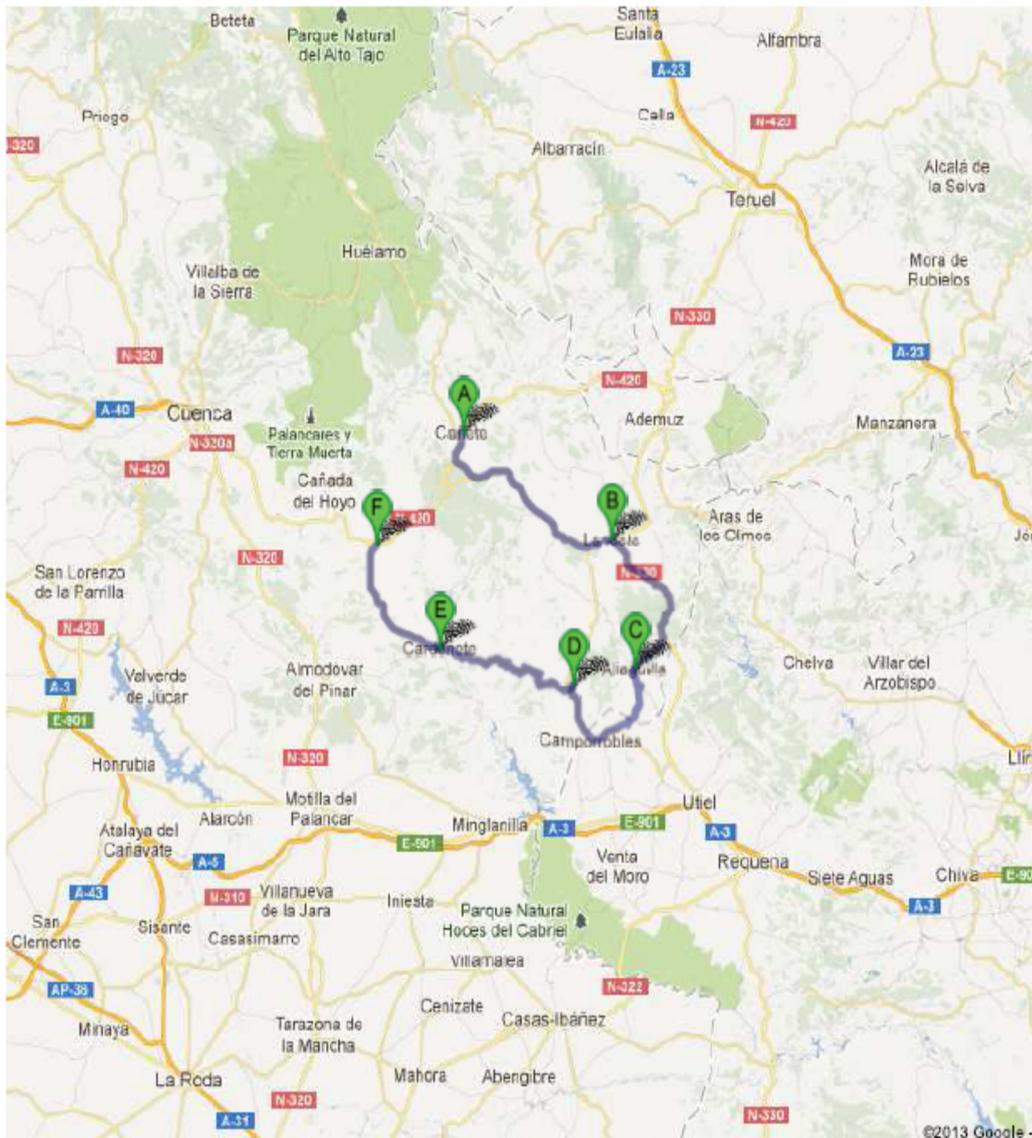
Anexo 11: Listado de Colegios Participantes

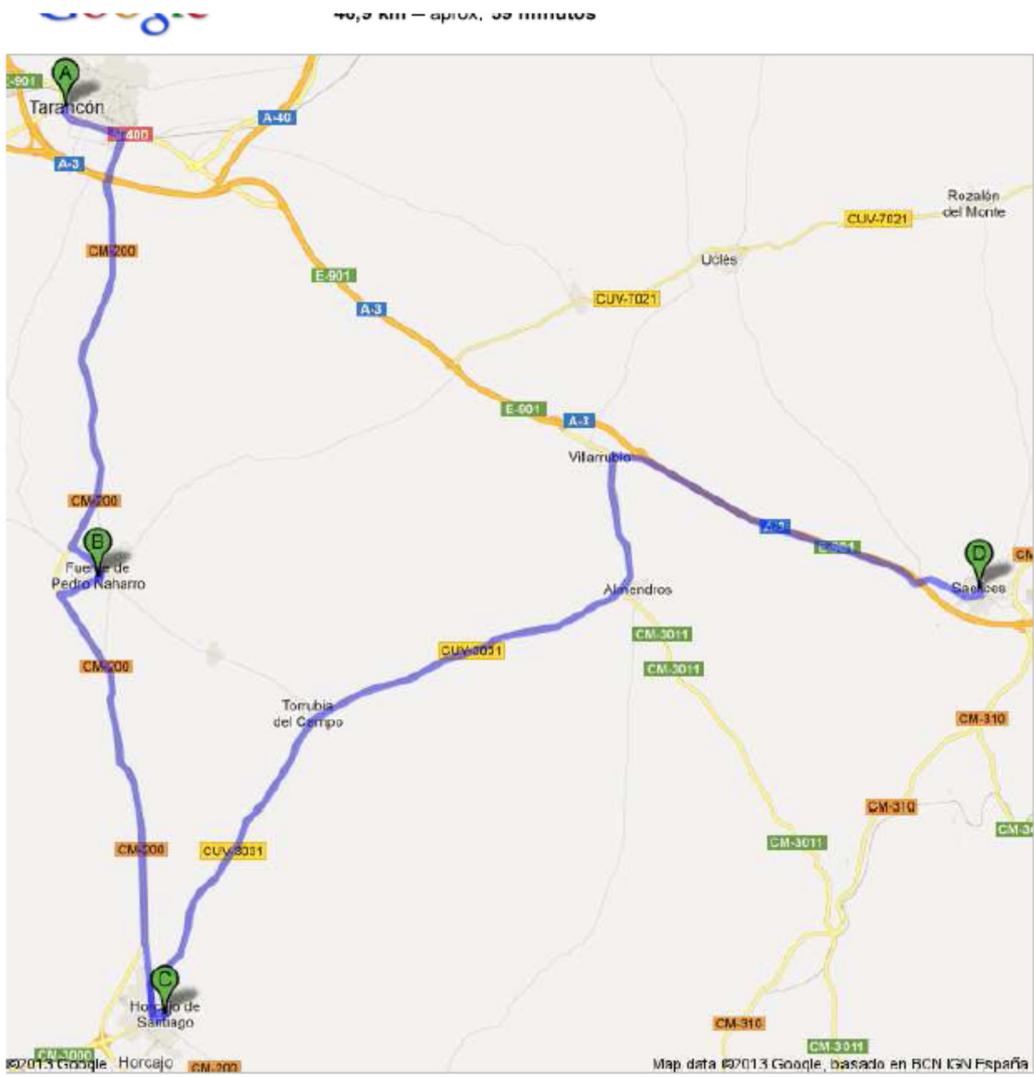
RELACIÓN DE PUEBLOS Y COLEGIOS						
Población	Colegios	Nº alumnos	Participan /devuelven	positivos	negativos	Causas de no participar
R1-Aliaguilla	Aliaguilla					
R1-Cañete	Alto Cabriel					
R1-Cardenete	Cra “ Serranía Baja					
R1-Landete	Ojos de Moya					
R1-Mira	Antón Marín					
R2-Belmonte	Fray Luis de León					
R2- Las Pedroñeras	A. Martínez Chicano					
R2- Los Hinojosos	Fray Francisco de Jesús					
R2- Villaescusa de Haro	Villaescusa de Haro					
R2- Villamayor de Santiago	Villamayor de Santiago					
R3- Graja de Iniesta	Camino Real de Levante					
R3- Iniesta	María Jover					
R3- Motilla del Palancar	San Gil Abad					
R3- Villalpardo	Cra “Manchuela”					
R4- Honrubia	Cra “ Los Girasoles”					
R4-San Clemente	Rafael López de Haro					
R4-San Clemente	Ntra Sra de los Remedios					
R4- Alberca del Záncara	Cra “Jorge Manrique”					
R5- Fuente de Pedro Naharro	Fuente de Pedro Naharro					
R5- Saelices	Cra “Segóbriga”					
R5- Tarancón	Ruiz Jarabo					
R5- Tarancón	Nuestra Señora Mercedes					
R5- Tarancón	Melchor Cano					
R5- Horcajo de Santiago	José Montalvo					
Cuenca	Santa María de la Expectación					

Anexo 12: Rutas de Colegios de Cuenca y Provincia por sectores

RELACIÓN DE PUEBLOS Y COLEGIOS					
Población	Colegios	Director	Orientadores/ Profesores	Dirección/Correo electrónico	
R1- Aliaguilla	C. P. Ángel Custodio. Aliaguilla			C/ Doctor Fleming, 15, 16313 Aliaguilla. Cuenca 16000139.cp@edu.jccm.es	
R1-Cañete	Alto Cabriel			Carretera de Valdemeca, 18, 16300 Cañete. Cuenca 16004169.cra@edu.jccm.es	
R1- Cardenete	Cra “ Serranía Baja			C/ Amargura, 51. CP 16373 Cardenete.Cuenca 16000565.cra@edu.jccm.es	
R1-Landete	Ojos de Moya			C/ Pescadores, s/n. CP16330 Landete Cuenca 16004583.cra@edu.jccm.es	
R1-Mira	Antón Marín			C/ C/ Callejuela, 18. CP 16393.Mira. Cuenca 16001570.cp@edu.jccm.es	
R2- Belmonte	Fray Luis de León			C/ Paseo Virgen de Gracia, 1. CP.16640 16000280.cp@edu.jccm.es	
R2- Las Pedroñeras	A. Martínez Chicano			C/ Alicia Gómez Jareño, s/n. CP.16660 16001831.cp@edu.jccm.es	
R2- Los Hinojosos	Fray Francisco de Jesús			C/ La Iglesia, 3 CP16417 Los Hinojosos Cuenca 16001259.cp@edu.jccm.es	
R2- Villaescusa de Haro	CRA “ Alonso Quijano” Villaescusa de Haro			C/ Fray Juan de Yuste, 11 CP16647. Villaescusa de Haro 16004145.cp@edu.jccm.es	
R2- Villamayor de Santiago	CRA “ Sierra Jaramaña” Villamayor de Santiago			C/ Carretera de Hontanaya, 24 CP16415.Villamayor de Santiago. Cuenca 16004637.cp@edu.jccm.es	
R3- Graja de Iniesta	CRA “Camino Real de Levante”			C/ Grupo escolar, s/n. CP.16251. Graja de Iniesta. Cuenca 16004595.cp@edu.jccm.es	
R3- Iniesta	María Jover			C/ Convento s/n. CP 16235. Iniesta. Cuenca 16001405.cp@edu.jccm.es	
R3- Motilla del Palancar	San Gil Abad			C/ San Antón, 7. CP16200. Motilla del Palancar. Cuenca 16001651.cp@edu.jccm.es	

R3- Villalpardo	Cra “Manchuela”			C/ Ramón y Cajal, 3 CP 16270. Villalpardo. Cuenca 16004005.cp@edu.jccm.es
R4- Honrubia	Cra “ Los Girasoles”			C/ Juan Ángel Sevilla, 29. CP.16730. Honrubia. Cuenca 16004561.cp@edu.jccm.es
R4-San Clemente	Rafael López de Haro			C/ Emiliano Fernández Ayuso, 7 CP16600. San Clemente. Cuenca 16002151.cp@edu.jccm.es
R4-San Clemente	Ntra Sra de los Remedios			C/ M ^a Josefa Melgarejo, 4 CP16600. San Clemente. Cuenca C_losremedios@telefonica.net
R4- Alberca del Záncara	CRA “Jorge Manrique”			C/ Magisterio, 1 CP 16620. Alberca del Záncara. Cuenca 16004111.cra@edu.jccm.es
R5- Fuente de Pedro Naharro	CRA “ Retama” Fuente de Pedro Naharro			C/ Alfonso VIII, 2. CP16411 Fuente del Pedro Naharro. Cuenca. 16004182.cra@edu.jccm.es
R5- Saelices	Cra “Segóbriga”			C/ El Santo 23. CP16430. Saelices. Cuenca 16004248.cra@edu.jccm.es
R5- Tarancón	Ruiz Jarabo			Avda. Reina Sofia, s/n. CP16400. Tarancón. Cuenca 16002321.cp@edu.jccm.es
R5- Tarancón	Nuestra Señora de las Mercedes			C/ Santo Domingo Guzman, 1CP 16400. Tarancón. Cuenca nsmercedest@planalfa.es
R5- Tarancón	Melchor Cano			Avda. Juan Carlos I, 40. CP16400. Tarancón. Cuenca mecano@planalfa.es
R5- Horcajo de Santiago	José Montalvo			C/ Ángela Rosa de Silva s/n. CP16410. Horcajo de Santiago. Cuenca 16001314.cp@edu.jccm.es





Anexo 13: Centros participantes en el cuestionario de seguimiento

Estimado Sr:

Adjunto le envío el listado de centros a los que solicité pasar el cuestionario de seguimiento socio-escolar de sujetos con condición TDAH y/o TDA, que fue evaluado positivamente por el comité de expertos el día 20 de marzo. Por ello,

SOLICITA:

la comunicación a los directores de los centros respectivos, así como, la autorización para visitar y exponer a los mismos el proceso de recogida de la información.

	NOMBRE DEL CENTRO	POBLACIÓN
1	CIP- CASABLANCA	CUENCA
2	CIP- FUENTE DEL ORO	CUENCA
3	CIP- LA MILAGROSA	CUENCA
4	CIP- SAN FERNANDO	CUENCA
5	CIP- SANTA MARÍA DE LA EXPECTACIÓN	CUENCA
6	CIP- SANTA ANA	CUENCA
7	CIP- ALIAGUILLA	ALIAGUILLA
8	CIP- JORGE MANRIQUE	ALBERCA DEL ZÁNCARA
9	CIP-FRAY LUIS DE LEÓN	BELMONTE
10	CIP- ALTO CABRIEL	CAÑETE
11	“CRA”- SERRANÍA BAJA	CARDENETE
12	CIP- INFANTA CRISTINA	EL PROVENCIO
13	CIP- FUENTE DE PEDRO NAHARRO	F. DE PEDRO NAHARRO
14	CIP- CAMINO REAL DE LEVANTE	GRANJA DE INIESTA
15	“CRA”- LOS GIRASOLES	HONRUBIA
16	CIP- JOSÉ MONTALVO	HORCAJO DE SANTIAGO
17	CIP- FRAY FRANCISCO DE JESÚS	LOS HINOJOSOS
18	CIP- MARÍA JOVER	INIESTA
19	CIP- OJOS DE MOYA	LANDETE
20	CIP- ANTÓN MARTÍN	MIRA
21	CIP- SAN GIL ABAD	MOTILADEL PALANCAR
22	CIP- MARTINEZ CHICANO	PEDROÑERAS
23	CIP- NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	SAN CLEMENTE
24	CIP- RAFAEL LÓPEZ DE HARO	SAN CLEMENTE
25	“CRA” SEGÓBRIGA	SAELICES
26	CIP- MELCHOR CANO	TARANCÓN
27	CIP- NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	TARANCÓN
28	CIP- RUIZ JARABO	TARANCÓN
29	CIP- VILLAESCUSA DE HARO	VILLAESCUSA DE HARO
30	CIP- VILLAMAYOR DE SANTIAGO	VILLAMAYOR DE SANTIAGO
31	“CRA” MANCHUELA	VILLALPARDO

En Cuenca, a 9 de abril de 2013

Fdo.: Ana Rosa Bodoque Osma

SR. COORDINADOR DE LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS DE EDUCACIÓN EN CUENCA

Anexo 14: Resumen general de datos sobre los Centros que participaron en el cuestionario de seguimiento.

Nº de Colegios: 31

Cuenca: Públicos 4; Concertados 2

Provincia: Públicos 23; concertados 2

Colegio	PUBLICO				PRIVADO / concertado				
Cuenca	11 alumnos				12 alumnos				23
Provincia	66 alumnos				8 alumnos				74
Curso	PRIMERO		SEGUNDO		PRIMERO		SEGUNDO		
Cuenca	7		4		5		7		
Provincia	21 alumnos		45 alumnos		3 alumnos		5 alumnos		
Sexo (1)	Chicos		Chicas		Chicos		Chicas		
Cuenca	10		1		4		1		
Provincia	41		25		4		4		
curso	PRIMERO		SEGUNDO		PRIMERO		SEGUNDO		
Sexo/	CHICOS	CHICAS	CHICOS	CHICAS	CHICOS	CHICAS	CHICOS	CHICAS	
Cuenca	7	0	3	1	2	1	2	0	
Provincia	11	7	27	14	2	1	2	3	
	(2)		(3)						

- (1) Los siete alumnos que faltan en el sexo en el colegio concertado es que tienen código y no puedo saberlo. En uno de los dos colegios, solamente aparece una chica con nombre los demás tienen código.
- (2) Hay 3 alumnos de primer curso de provincia que no se si son chicos o chicas, tienen código
- (3) Hay 4 alumnos en provincia colegios públicos que no se sabe si son chicos o chicas, tienen código

Anexo 15: Escala Magallanes

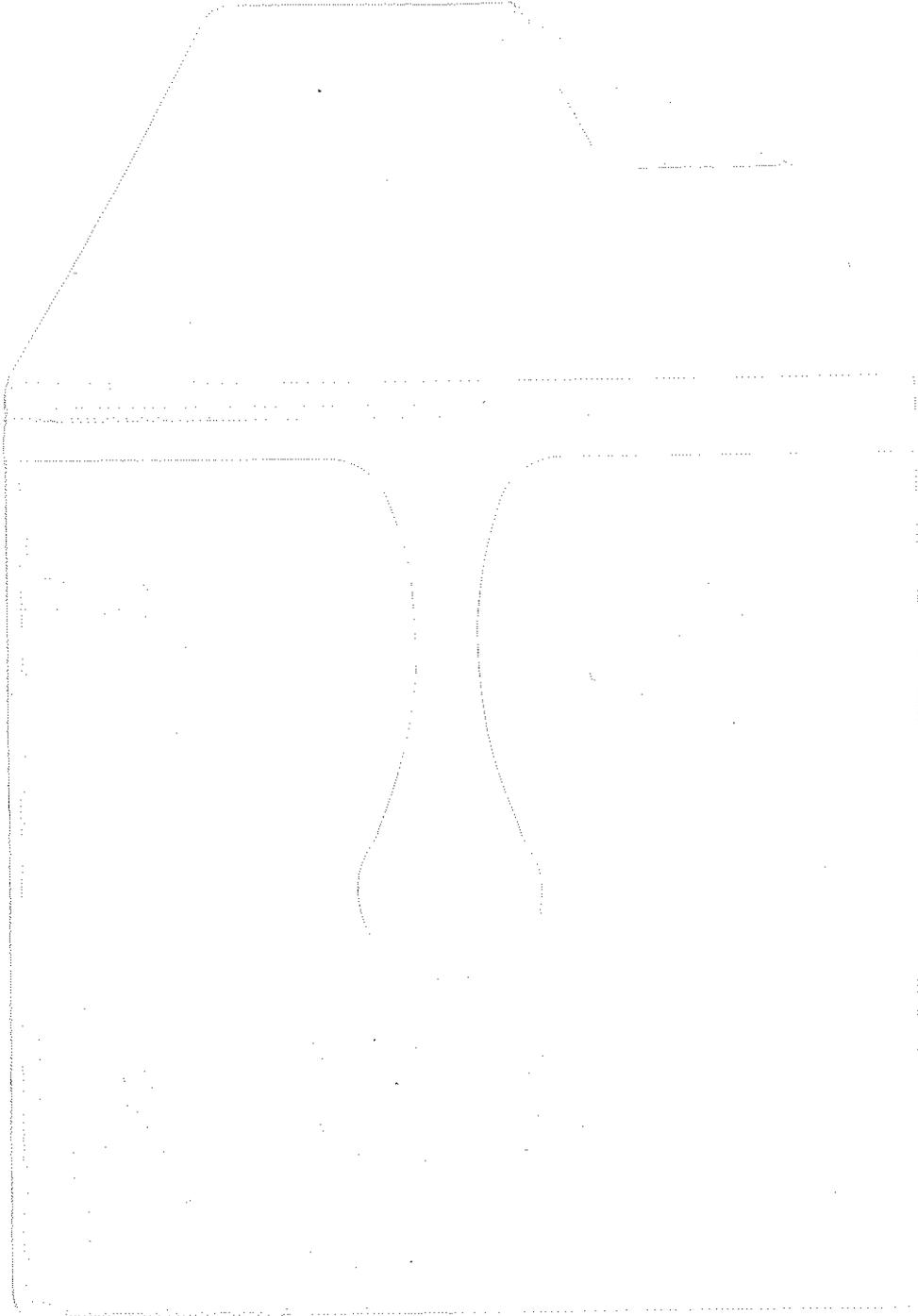
EMA-D.D.A.

Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención

Manual de Referencia

Autores:

**E. Manuel García Pérez
Ángela Magaz Lago
Grupo ALBOR-COHS**

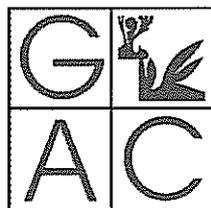


Grupo ALBOR-COHS
www.gac.com.es

EMA-D.D.A.

Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención en Niños

Manual de Referencia



Grupo
ALBOR-COHS



© Copyright de la obra: E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago

© Copyright de la presente edición: Grupo ALBOR-COHS

Edita: **COHS, Consultores en Ciencias Humanas, S.L.**
c/. Zubileta, 16. E-48903 Burceña-Barakaldo (Bizkaia, España)
Teléfono: 94 485 0497 Fax: 94 485 0122
e-mail: editor@gac.com.es

En la Web: www.gac.com.es

Diseño, Maquetación y Composición: Grupo ALBOR-COHS

Imprime: RBS Fotomecánica, s.l.

ISBN: 84-95180-26-X

Depósito Legal: BI-2512-06

Impreso en España. Printed in Spain.

Equipo de Trabajo:

E. Manuel García Pérez y **Ángela Magaz Lago** diseñaron el instrumento, dirigieron y coordinaron el proyecto, supervisaron el análisis de datos, elaboraron las conclusiones definitivas y este manual de referencia.

Ibón Martínez Arranz llevó a cabo el tratamiento estadístico de los datos, efectuó todos los análisis matemáticos de los mismos y elaboró la justificación estadística del instrumento.

Carlos Urío Ruiz realizó el software de corrección y elaboración de informes de resultados.

Alberto M. García coordinó a todos los colaboradores que participaron en el estudio, procesó todos los datos procedentes de los diversos Centros participantes en las distintas fases del estudio y elaboró los informes de resultados para cada Centro.

AGRADECIMIENTOS

Las Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención, **EMADD**, se han desarrollado a lo largo de los últimos 3 años; constituyendo una ampliación, mejora y actualización de las Escalas de Áreas de Conductas Problema.

El Grupo ALBOR-COHS desea dejar constancia de su agradecimiento a todas aquellas personas que, con su colaboración en la administración, sus comentarios y sugerencias, durante las fases de desarrollo de este instrumento, han hecho posible su versión definitiva.

De manera especial destacamos la ayuda prestada por los usuarios de la EACP, que con su experiencia han realizado aportaciones prácticas de gran interés. Igualmente, agradece a Profesores y Orientadores de Centros escolares y a los profesionales colaboradores de los CIT-TDAs su participación en las aplicaciones piloto del instrumento.

Como en otros casos, destacamos la colaboración prestada por los Centros Escolares y de Salud, alumnos/as de nuestros cursos de especialización y Másters; así como la colaboración de las Asociaciones de Afectados por los TDAs: AMADÁ y ANDAHATA (Madrid), SERENA (Cuenca), ADAPTAHA (Alicante) y AMHIDA (Ciudad Real).

Asimismo, deseamos expresar nuestro agradecimiento a las personas que actualmente integran los equipos de adaptación cultural de esta prueba en distintos países hispanoamericanos: Argentina, Colombia, Perú y México.

Proyecto Magallanes

Proyecto Magallanes[®] es la denominación de un Plan de Investigación en Psicología Educativa, que la División de Investigación y Estudios del Grupo ALBOR-COHS inició en el año 1995.

Este Proyecto parte de la necesidad, ampliamente compartida por los profesionales de distintos países no anglófonos, de disponer de materiales de evaluación psicológica y de intervención psico-educativa actualizados y adecuados a sus características socio-culturales.

En la actualidad (año 2006), la mayoría de los materiales con los que los profesionales de la Psicología Educativa y Psico-pedagogía realizan su trabajo habitual proceden de investigaciones realizadas en países de habla inglesa. Por ello, constituyen unos productos psico-técnicos de gran valor para su uso en ese medio, pero no tanto en los países castellano-hablantes.

Ante esta situación, el GAC desarrolla el *Proyecto Magallanes*[®] cuyo objetivo final es obtener materiales de evaluación e intervención psicoeducativa con la máxima calidad científica y adecuados a la realidad socio-cultural.

Para ello, se ha adoptado la siguiente metodología general:

- 1º Creación de Equipos de Investigación para cada proyecto concreto.
Estos Equipos disponen de un Coordinador que dirige los trabajos de los autores y los colaboradores y establece los contactos con los Centros que facilitan las distintas aplicaciones: piloto y experimental.
- 2º Tras la elaboración del producto inicial, se procede a una aplicación piloto en distintas versiones, correspondientes a las lenguas del Estado español, con cuyos resultados se realizan las modificaciones pertinentes. Tras una segunda aplicación piloto, si fuera necesaria, se procede a la experimental en España, a la vez que se comienza la adaptación cultural por el equipo colaborador de cada país participante en el Proyecto.
- 3º Terminada la adaptación cultural, se inicia una aplicación piloto, seguida de otra experimental, tras lo cual, el mismo producto está terminado para su empleo tanto en estudios de investigación, como en la práctica profesional.
- 4º Todos los materiales obtenidos, así como los resultados de las distintas investigaciones son publicados por la División Editorial del Grupo ALBOR-COHS.

AVISO DE COPYRIGHT

La legislación prohíbe la reproducción, con o sin fines lucrativos, de las obras sobre las cuales no se poseen los derechos correspondientes.

El comprador de la presente obra, adquiere el derecho a efectuar las reproducciones siguientes:

- 1º Los Cuestionarios que constituyen las escalas EMA-DDA (padres y profesores), para uso exclusivo con sujetos destinatarios de la acción profesional del comprador.
- 2º Solamente puede llevarse a cabo la reproducción mediante fotocopias del original o impresión directa desde el CD. No se autoriza cualquier otro medio de reproducción.
- 3º Únicamente puede hacerse entrega de las copias realizadas según los apartados anteriores a Profesionales que formen parte de la planta laboral docente o terapéutica del Centro Educativo o Rehabilitador que haya adquirido el Test, para su aplicación en el propio Centro.
No se autoriza la entrega de copias a terceras personas.

Queda expresamente prohibida por los propietarios del copyright:

La entrega de reproducciones de todo o parte del material del test a terceras personas.

Excepcionalmente, se autoriza la reproducción de partes del test, para su empleo en seminarios, talleres u otros sistemas de formación del personal laboral del Centro que lo adquirió.

Cuando las personas destinatarias de la formación no sean personal laboral del Centro, se deberá solicitar permiso por escrito al Grupo Editor, quien lo proporcionará sin cobro de derechos, si considera la actividad no lesiva para los derechos de autor.

El Grupo ALBOR-COHS desea hacerle saber que este material es el producto de muchas horas de revisión bibliográfica, reflexión, elaboración, ensayos, aplicaciones piloto y experimentales ..., para poder ofrecérselo con la máxima calidad técnica posible. Si ha merecido su atención y usted o su organización lo han valorado positivamente para desear obtenerlo, le agradeceremos que colabore en la medida de sus posibilidades para evitar el perjuicio que supone su reproducción ilegal.

El *Proyecto Magallanes*® solamente podrá seguir adelante si el conjunto de autores, grupo editor y usuarios, mantenemos una actitud de colaboración y respeto mutuo.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	Pág.
1.1	Fundamentos Conceptuales	11
1.2	Ficha Técnica	15
II.	CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO	
2.1	Antecedentes	19
2.2	Finalidad	26
2.3	Descripción	27
2.4	Materiales	30
2.5	Administración	30
2.6	Instrucciones	31
2.7	Corrección	32
2.8	Interpretación de los Resultados	32
2.9	Software de Tipificación: TIPI-SOFT	33
2.10	Información al usuario	33
III.	ESTADÍSTICOS	
3.1	Muestra de población	36
3.2	Fiabilidad	35
3.3	Validez de Contenido	38
3.4	Validez Predictiva	40
3.5	Correlaciones entre las escalas	42
IV.	BIBLIOGRAFÍA	
4.1	Bibliografía de Referencia	47

SUGERENCIAS:

1. Imprima desde el CD un ejemplar de cada uno de los **Cuestionarios de Administración**. Mediante una fotocopidora, empleando papel A-3, puede hacer un cuadernillo que integre las tres hojas. Si lo prefiere puede hacer una reducción de este cuadernillo a tamaño A-4.
2. Guarde ambos cuadernillos en formato A-3 y A-4 para utilizarlas como originales, a partir de los cuales poder hacer cuantas copias necesite en sus futuros procesos de evaluación.
3. Recuerde que, como usuario registrado, puede solicitarnos el instrumento en otras versiones idiomáticas disponibles sin coste adicional.
4. También podemos informarle de otros datos estadísticos sobre el instrumento o investigaciones realizadas con el mismo.
5. Nuestro **Grupo** mantiene en la sección editorial de su página web www.gac.com.es un apartado dedicado a "actualizaciones" de sus productos que le sugerimos visite con regularidad.

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

DDA: Detección de Déficit de Atención

DA: Déficit de Atención

DAH: Déficit de Atención con Hiperactividad

TDA: Trastorno por Déficit de Atención

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

DAcH: Déficit de Atención con Hiperactividad

DAsH: Déficit de Atención sin Hiperactividad

**E
M
A
-
D
D
A**

I. INTRODUCCIÓN

Fundamentos Conceptuales
Ficha Técnica



1.1 FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

En los últimos años del siglo pasado y comienzos del actual, los denominados "Trastornos por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad" se han convertido en un importante problema a considerar tanto en el ámbito clínico como en el educativo.

Pese a que los trastornos de ansiedad y los problemas de agresividad y violencia muestran claramente una prevalencia mucho mayor que los anteriores y que el fracaso escolar se sitúa entorno al 25% de la población general, el TDA, el TDAH está siendo entre psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos, el motivo más frecuente de interés en sus investigaciones, lecturas, congresos y reuniones científicas. Y ello, cuando los estudios de prevalencia más tolerantes sitúan los TDAs en un 12% de la población general.

Por otra parte, los padres y otros familiares de los niños y adolescentes afectados por estos tipos de problemas han tomado iniciativas diversas, creando asociaciones y otros grupos de apoyo, orientados a reclamar una atención específica para ellos y sus hijos. Consecuentemente, el profesorado de los Centros educativos, desde los niveles de educación infantil, hasta la secundaria, bien sean públicos o privados, se ven necesitados de ayuda técnica para atender adecuadamente a estos escolares.

Así pues, una realidad incuestionable es que los TDAs son los problemas de "moda"; lo cual conlleva una necesidad urgente para los profesionales: dotarse de instrumentos de evaluación válidos, eficaces y de uso sencillo.

Sin una correcta evaluación: detección, identificación y diagnóstico diferencial de estos problemas, resulta inútil la búsqueda de tratamientos farmacológicos, psicológicos o educativos; mal se puede "tratar" lo que equivocadamente se ha diagnosticado o identificado. Por ello, consideramos de la máxima trascendencia disponer de instrumentos de valor empírico, mucho más que teórico, con los cuales los profesionales sin mucha experiencia puedan realizar su trabajo con rapidez y eficacia. Aquéllos que poseen más experiencia podrán reducir su porcentaje de errores y sus dudas y, sobre todo, podrán efectuar el diagnóstico, con menor coste para el paciente, tanto económico como emocional, de modo que se pueda diseñar y poner en marcha un Plan de Intervención lo antes posible.

Hoy en día son muchas las familias que informan llevar meses e incluso algunos años, de profesional en profesional, sin haber obtenido o un diagnóstico claro, unánime entre los profesionales, y, sobre todo, sin haber dispuesto de un tratamiento eficaz para resolver la situación de "trastorno" que sufren tanto el afectado como su familia y otros allegados (profesores, amigos, etc.)

Con la vista puesta en estos objetivos el **Grupo ALBOR-COHS**, a través de su División de Investigación y Estudios, ha desarrollado desde hace años diversos instrumentos de observación conductual, orientados tanto a la detección (**EACP**) como a la Identificación (**EMTDA-H**) de niños y adolescentes con estos problemas.

Los avances en el conocimiento de esta variedad de problemas se reflejan en la modificación de los instrumentos, los criterios de valoración y los métodos de evaluación empleados. Así, las Escalas de Áreas de Conductas Problemas (**EACP**) presentadas públicamente en España en el año 1998, resultan muy adecuadas para la detección de los niños con TDAH (Hiperactivos) desde los 4 hasta los 12 años de edad, pero no sirven para la detección de los niños con TDA (Inatentos).

Por otra parte, las Escalas Magallanes de Identificación del TDA-H, obtuvieron una validación excelente para la identificación, entre los 5-6 y los 10-12 años, de los mismos sujetos (niños y niñas con TDAH), pero obviaban igualmente a los Inatentos. Además, sus elementos resultaban progresivamente menos válidos a medida que aumentaba la edad del sujeto (desde los 10 años en adelante).

Para resolver esta situación y mejorar los procesos de detección temprana y de diagnóstico de ambas clases de problemas: TDAs y TDAHs, hemos diseñado un conjunto diverso de instrumentos, todos ellos de observación conductual, y de uso exclusivamente clínico y nunca psicométrico. Es decir: el profesional, a la vista de los resultados obtenidos en estas escalas (informadas habitualmente por padres o maestros en el caso de niños y, por los propios sujetos a partir de la adolescencia) junto con otros datos que hayan podido obtener con pruebas bio-médicas (pediatras, neurólogos y psiquiatras) y psicológicas o psicométricas (psicólogos o psicopedagogos), determinará el tipo de problema que presenta cada sujeto, evitando caer en la "simplicidad profesional" de afirmar que un niño o niña presenta TDAH porque ha obtenido determinada puntuación en tal o cual escala.

Las escalas (todas ellas sin excepción: Conners, Werry-Weiss-Peters, Wender-Utah, EDAH, BASC, EACP, EMTADH, ESMIDAs,...) solamente son instrumentos -más o menos válidos dependiendo de su construcción- para facilitar al profesional con suficiente competencia, la aplicación de sus conocimientos al caso y completar la evaluación que terminará en un diagnóstico concreto y claro.

En el caso de las **Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención (EMA-DDA)**, se ha considerado conveniente proceder a una actualización de los contenidos y estructura de las Escalas de Áreas de Conductas Problema, que tan excelentes resultados han dado, para la detección de escolares con DAH o TDAH. Por ello, se ha procedido a conservar su estructura y, partiendo de su mismo fundamento conceptual (García Pérez y Magaz, 1998) efectuar las siguientes modificaciones:

1. Se ha reducido el número de indicadores de inadaptación social por excesos conductuales (agresividad).
2. Se han agrupado como única variable (condición déficit de atención con hiperactividad, DAH), los indicadores de: a) hiperkinesia-hiperactividad, b) déficit de atención sostenida a tareas instrumentales y c) déficit de atención sostenida a tareas cognitivas (déficit de reflexividad).
3. Se ha creado un nuevo grupo de indicadores conductuales, teniendo en cuenta los resultados de los trabajos de Lahey y col., 1985, 87, 88; Barkley y col., 1990; Bauermeister y col., 1992; McBurnett y col., 2001; Carlson y Mann, 2002 y Bauermeister y col., 2002. Todos estos autores han llegado a similares conclusiones, las cuales hemos podido confirmar con nuestro propio estudio. A saber: los niños con déficit de atención sin hiperactividad (DA), presentan un problema atencional asociado a Tiempo Cognitivo Lento (TCL), que se manifiesta conductualmente con ensimismamiento, torpeza para percibir detalles relevantes de las cosas o las situaciones (no encuentra con facilidad a "Wally") lentitud motriz, lentitud de pensamiento, que son esencialmente diferentes a los que presentan los niños con DAH.
4. Se ha mantenido el grupo de indicadores de retraimiento social y el de problemas de ansiedad.
5. Finalmente, se ha modificado el grupo de indicadores de bajo rendimiento escolar.

Con todo ello, se ha diseñado un instrumento válido, sencillo y eficaz para poder llevar a cabo una detección rápida de:

1. Niños y niñas que pudieran presentar la característica que denominamos "déficit de atención (sostenida) con hiperactividad", comúnmente conocidos como niños HIPERACTIVOS.
2. Niños y niñas que pudieran presentar la característica que denominamos "déficit de atención (eficacia) sin hiperactividad", comúnmente conocidos como niños INATENTOS.

A su vez, y en función de los resultados obtenidos en la otras cuatro escalas (agresividad, retraimiento, ansiedad y bajo rendimiento escolar), resulta factible detectar la posible existencia o inicio de:

- a) Situación de TRASTORNO por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- b) Situación de TRASTORNO por déficit de atención sin hiperactividad (TDA)

Según los resultados cuantitativos en cada una de las cuatro escalas citadas, será posible detectar si se está produciendo (o no) una afectación en la vida social (agresividad-retraimiento), personal (ansiedad) o escolar (bajo rendimiento académico), lo que constituiría una valoración de la intensidad y amplitud del "trastorno".

1.2 FICHA TÉCNICA

Nombre:

Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención: EMA-D.D.A.

Escalas de Detección en el ámbito familiar: EMA-D.D.A. (padres)

Escalas de Detección en el ámbito escolar: EMA-D.D.A. (profesores)

Autores: E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago

Administración: Individual o Colectiva

Duración: De 5 a 10 minutos

Niveles de Aplicación: De 4 a 12 años

Finalidad:

Identificar la existencia de indicadores conductuales correspondientes a las condiciones "Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad" o "Déficit de Eficacia Atencional y Lentitud Motriz/Cognitiva".

Identificar la existencia de problemas en cuatro áreas del desarrollo infantil: agresividad, retraimiento social, ansiedad y rendimiento académico.

Detectar la posible existencia de **Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**.

Variables que Evalúa:

1. Déficit de Atención Sostenida a tareas motrices y cognitivas (reflexividad) e Hiperkinesia-Hiperactividad (DAH)
2. Déficit de Eficacia Atencional y lentitud motriz y cognitiva (DA)
3. Agresividad
4. Retraimiento social
5. Ansiedad
6. Rendimiento Académico



**E
M
A
-
D
D
A**

II. CARACTERÍSTICAS

Antecedentes

Finalidad

Descripción

Materiales

Administración

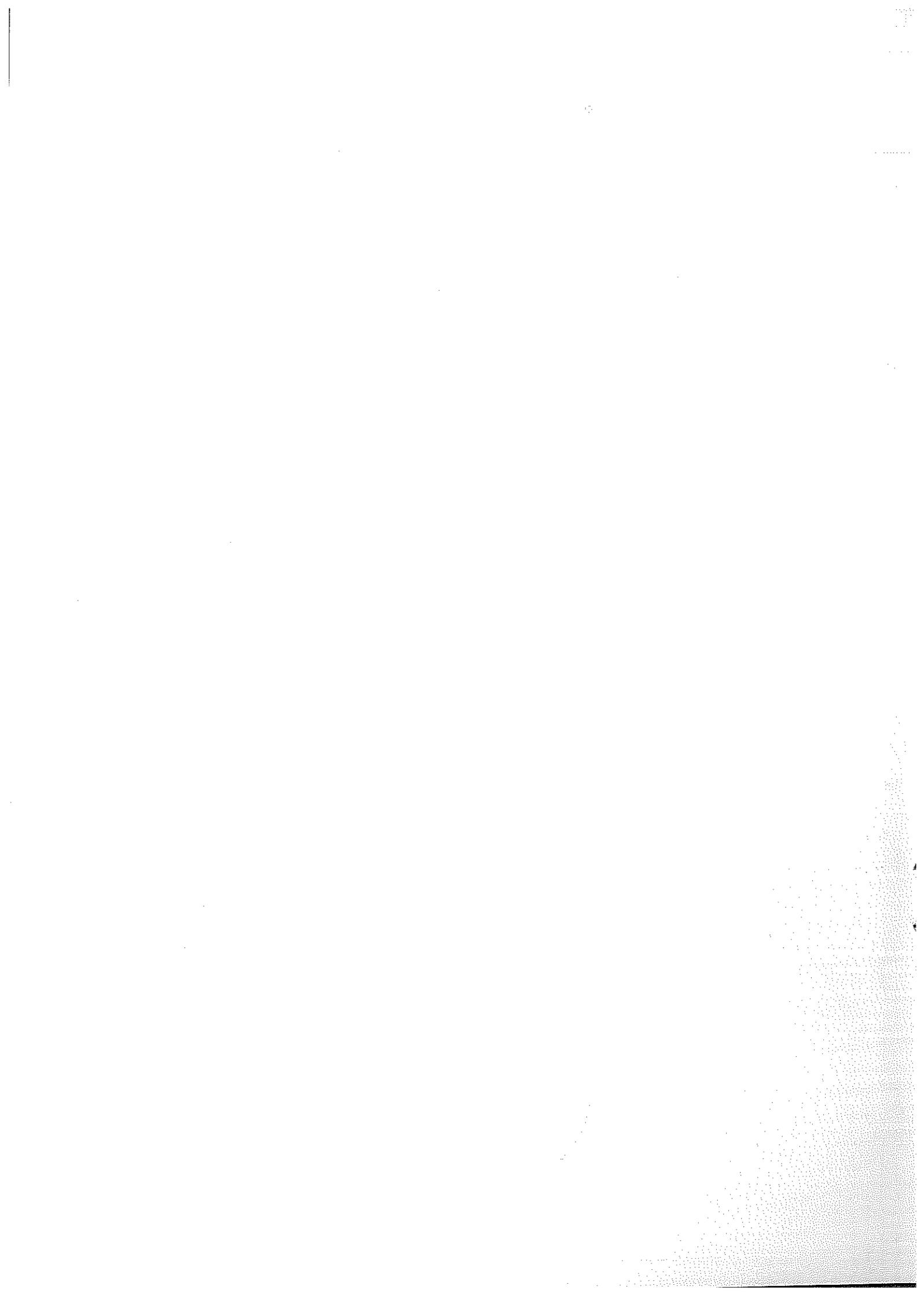
Instrucciones

Corrección

Interpretación de los Resultados

Software de tipificación: **TIPI-SOFT**

Información al Usuario



2.1 ANTECEDENTES

El interés por el TDAH ha llevado a los profesionales al diseño y elaboración de instrumentos de diversa naturaleza, la mayoría de los cuales han tenido una eficacia bastante limitada debido, por una parte a errores estructurales en el contenido de las escalas: principalmente de validez de constructo y de fiabilidad, y, por otra parte, a causa de haberse diseñado con el pre-juicio de dar por válidos los criterios de las clasificaciones diagnósticas DSM o CIE.

En el último caso, a medida que los estudios más rigurosos van poniendo de manifiesto que los criterios clasificatorios adoptados por la APA en 1994 al aprobar el DSM-IV: una sola categoría diagnóstica (TDAH) y tres subtipos (Hiperactivo-Impulsivo, Inatento y Combinado) ha sido un error (Lahey y otros, 1985, 1987, 1988, 2002; Milich y otros, 2001; Carlsson y Mann, 2002; Bauermeister y otros, 2002; Bauermeister, Barkley y otros, 2005), han quedado obsoletos aquellos instrumentos que, al diseñarlos, el autor o autores no han tenido en cuenta la diferenciación entre personas con la condición DACh y aquellas con la condición DAsH, lo que impide llegar a un diagnóstico diferencial claro entre TDAH y TDA.

Desde otra perspectiva, por diversas razones, entre las que quizás se encuentre la falta de experiencia en el diseño de instrumentos de evaluación conductual, se han cometido errores importantes que afectan a la validez de los instrumentos o a su fiabilidad. Téngase en cuenta que los autores de muchos de estos instrumentos son psiquiatras, neurólogos o psicólogos de formación u orientación biomédica.

Como todos los expertos conocen, para asegurar la Validez de un Instrumento orientado a la detección de niños poseedores de la condición DAH, se deben cumplir los requisitos siguientes:

1. El constructo a medir habrá sido definido previamente de manera explícita, concreta y operativa.
2. Las escalas que lo constituyen deben ser congruentes con la estructura conceptual del constructo a medir.
3. Los elementos de cada escala deben expresar distintas manifestaciones conductuales del constructo o sus componentes estructurales.
4. La ejecución deficitaria se puede atribuir de manera unívoca a un déficit en el constructo o variable a medir.

En el caso del Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH), las escalas orientadas a su detección o identificación deberían...

1. Estar basadas en los criterios DSM-IV o CIE-10.
2. Proporcionar puntuaciones independientes para valorar la presencia de:
 - a) comportamientos de hiperkinesia o hiperactividad,
 - b) comportamientos que pongan de manifiesto dificultad para mantener la atención en tareas motrices y
 - c) comportamientos que pongan de manifiesto dificultad para mantener la atención en tareas de tipo cognitivo (déficit de reflexividad o impulsividad)
3. Cada una de las subescalas deben recoger una manifestación conductual diferente de cada variable (es decir, no se puede preguntar dos o más veces lo mismo aunque sea de modo diferente)
4. Cada uno de los elementos de cada subescala debe recoger una única observación conductual y no dos o más (por ejemplo, "es impulsivo e irritable")

Asimismo, para asegurar la Fiabilidad de un Instrumento orientado a la detección de niños poseedores de la condición DAH, se deben cumplir los requisitos siguientes:

1. Los elementos deben estar formulados de manera que todo el mundo los interprete de igual manera: naturaleza de la conducta, frecuencia, intensidad,...
2. Los elementos deben ser diferentes unos de otros en la apreciación de los indicadores conductuales.
3. La formulación de cada elemento debe corresponder a una observación conductual contrastable de manera objetiva.
4. La descripción de la conducta no debe hacer referencia a su intensidad o frecuencia. Por ejemplo: "Frecuentemente se encuentra en movimiento".

Por otra parte contamos con la "Facilidad de Aplicación" de un instrumento, característica que afecta de manera muy notable a su fiabilidad, ya que, cuando se solicita a un padre, maestro o adolescente

que responda a un cuestionario extenso, se ha constatado que los efectos de fatiga o aburrimiento le llevan a responder de manera menos sincera y reflexiva que cuando el cuestionario es corto y de preguntas breves.

Con relación a estos aspectos y dada su mayor frecuencia de uso en nuestro medio, podemos comentar los instrumentos siguientes:

Escalas para Padres y Maestros de Conners o EDAH (Farré y Carbona)

Escala Wender-Utah

Cuestionario CBCL, de Achenbach

BASC, Kampaus y otros

En general, estos instrumentos fueron diseñados por los autores, no para emplearlos con una función diagnóstica, sino para facilitar los procesos de detección de posibles casos de niños y niñas con TDAH y otros problemas, dentro de un grupo social como es el aula o el Centro escolar. Pese a ellos, muchos profesionales los han empleado con la citada función diagnóstica. Esto ha llevado a múltiples errores de diagnóstico y, posteriormente, de tratamiento, que en el caso del Oeste de Australia, ha producido el efecto de que la Asamblea Legislativa del Parlamento del Gobierno Autónomo de la región encargase un estudio riguroso a un Comité de Expertos, entre cuyas conclusiones destaca el hecho de haber constatado que más de un 50% de los casos diagnosticados de TDAH son erróneos [Inquiry into Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Western Australia. Perth. October, 2004; www.parliament.wa.gov.au]

Escalas de Conners para padres y maestros y Escala EDAH (Farré y Narbona)

A. Subescala de Hiperactividad-Impulsividad

Tiene excesiva inquietud motora
Molesta frecuentemente a otros niños
Exige inmediata satisfacción a sus demandas
Se mueve constantemente, intranquilo
Es impulsivo e irritable

B. Subescala de Déficit de Atención

Tiene dificultades de aprendizaje escolar
Se distrae fácilmente, muestra poca atención
Está en las nubes, ensimismado
Deja por terminar las tareas que empieza
Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante

C. Subescala de Trastornos de Conducta

Tiene dificultades para las actividades cooperativas
 Es mal aceptado por el grupo
 Niega sus errores o echa la culpa a otros
 A menudo grita en situaciones inadecuadas
 Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante
 Discute y pelea por cualquier cosa
 Tiene explosiones impredecibles de mal genio
 Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"
 Se lleva mal con la mayoría de compañeros
 Acepta mal las indicaciones del profesor

Como ya anticipamos, este instrumento se diseñó de acuerdo a los criterios del DSM-III, por lo cual no encontramos congruencia con el actual DSM-IV que exige presencia de varios indicadores de Hiperactividad-Hiperkinesia, Falta de Atención e Impulsividad. No obstante incluye una subescala de problemas de conducta que serían en todo caso indicadores de trastorno, pero no de la condición, por lo que nunca podrían "sumarse" a los anteriores.

Su validez de constructo queda en entredicho inicialmente por su obsolescencia, pero, además, del análisis de los diversos elementos destaca la incongruencia de incluir en una subescala que pretende poner de manifiesto "déficit de atención" los elementos siguientes:

Tiene dificultades de aprendizaje escolar (las cuales pueden deberse a otros factores)

Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante (lo cual puede explicarse por el hecho de no saber como realizar las tareas que abandona)

Así como en la escala de hiperactividad-impulsividad, los elementos:

Molesta frecuentemente a otros niños (que es el efecto de un comportamiento diverso, pero en modo alguno indicador unívoco de hiperkinesia)

Exige inmediata satisfacción a sus demandas (carente de relación con la hiperkinesia)

Es impulsivo e irritable (difícil de responder por muchos padres y maestros ya que interpretan que se les preguntan sobre dos posibles rasgos de comportamiento: impulsividad e irritabilidad que no siempre van juntos)

Si se eliminan los indicadores de validez discutible nos encontramos con las siguientes sub-escalas:

A. Subescala de Hiperactividad-Impulsividad

*Tiene excesiva inquietud motora
Se mueve constantemente, intranquilo
Es impulsivo e irritable*

B. Subescala de Déficit de Atención

*Se distrae fácilmente, muestra poca atención
Está en las nubes, ensimismado
Deja por terminar las tareas que empieza*

Lo cual, se diferencia muy poco de efectuar al padre o al maestro las dos siguientes preguntas:

1. En su opinión este hijo/alumno, ¿se mueve excesivamente de manera habitual?
2. Diría usted que a este hijo/alumno, ¿le cuesta mucho mantener al atención en algo un tiempo razonable?

Aunque, podría alegarse (sin que fuera motivo que descalifica la crítica anterior) que un estudio factorial (meras correlaciones entre elementos) ha puesto de manifiesto que estos indicadores aparecen juntos, la realidad es que nos falta analizar la fiabilidad del instrumento; con respecto a la cual se puede destacar dos cosas:

A) Dar valores cuantitativos a la frecuencia de aparición de los indicadores (de 0 a 3) permite que las puntuaciones de la escala en una muestra moderada se diversifiquen pero enmascara el hecho que buscamos: presencia o ausencia de un modo habitual de comportarse el hijo o alumno. Una puntuación de 7 se puede conseguir con varias combinaciones de 1, 2 y 3, sin que, a priori, pueda el clínico conocer si se trata de indicadores muy habituales o poco frecuentes.

B) Preste atención ahora a la formulación de los siguientes indicadores, sobre los cuales, se solicita a los informadores, padres o maestros, que indiquen su frecuencia de aparición según el código: 0 = Nada, 1 = Poco, 2 = Bastante, 3 = Mucho

Subescala de Hiperactividad-Impulsividad

Tiene excesiva inquietud motora
Molesta frecuentemente a otros niños
Se mueve constantemente, intranquilo

Subescala de Déficit de Atención

Se distrae fácilmente, muestra poca atención

Subescala de Trastornos de Conducta

A menudo grita en situaciones inadecuadas

Escala Wender-Utah

La escala de Wender-Utah se desarrolló para facilitar el diagnóstico de adultos con sospechas de haber padecido TDAH en la infancia, con preguntas retrospectivas sobre el comportamiento en esa etapa.

Un subgrupo de 25 elementos del total correlacionaron positivamente con informes de padres de la escala de Conners de 10 elementos, lo cual era de esperar ya que las preguntas eran idénticas o similares.

Algunos autores han puesto de manifiesto las limitaciones de esta escala. Por una parte reiteran que las ediciones sucesivas del DSM han dejado obsoletos los criterios empleados en el diseño de contenidos de esta escala y, por otra, los mejores conocimientos sobre los TDAs han hecho que sea incapaz de detectar-diagnosticar a los sujetos de tipo inatento. Como, por otra parte, procede a sumar indicadores conductuales de hiperactividad, inatención e impulsividad con indicadores de estados de ánimo: ira, tristeza, ..., oposicionismo desafiante, problemas de conducta, e incluso trastorno bipolar, el uso de este instrumento puede confundir al clínico que lo emplea, quien no puede distinguir el TDAH de otros trastornos psicopatológicos o del estado de ánimo (McGoug, y Barkley, 2004)

Questionario CBCL, de Achenbach

Este instrumento, diseñado más bien para detectar diversos problemas de conducta en la infancia incluye un apartado orientado a la detección de posibles niños con DAH. No obstante, adolece de similares limitaciones que los instrumentos anteriormente mencionados: no tiene en cuenta la existencia del grupo de inatentos, por lo cual, mezcla elementos de inatención con elementos de hiperactividad, no está construido en base a una definición operativa previa de las variables, sino que, muy académicamente, se han construido las variables a partir del análisis factorial exploratorio realizado con población general (lo que deja fuera de análisis a la población clínica en sus diversas variantes). En cuanto a la fiabilidad de la medida se comporta de manera similar al anterior: al dar valores cuantitativos se difumina la presencia de comportamientos habituales y esporádicos.

Afortunadamente su empleo entre profesionales con fines diagnósticos es escaso y mucho mayor en evaluación conductual, para la que resulta mucho más adecuado.

Escalas BASC

Las escalas BASC son un buen ejemplo de instrumento de evaluación de "construcción académica". De excelente estructura conceptual, adolece de un problema muy importante: su excesiva longitud afecta gravemente a la fiabilidad de las respuestas, tanto de padres, como de maestros y de adolescentes. Los efectos de fatiga que conlleva responder a tan amplio cuestionario da lugar a comportamientos de evitación (quien puede hacerlo evita contestarlo, especialmente profesores no implicados activamente en la evaluación de sus alumnos), de errores en la interpretación de los elementos (caso frecuente en padres de bajo nivel cultural o escasamente implicados en la evaluación de su hijo) y a otros efectos igualmente indeseables que se producen cuando se propone a los niños mayores o adolescentes que informen de algunas cuestiones (p.ej.: "Blancanieves era un personaje real").

Carece igualmente de criterios para una detección diferencial de DA, DAH, TDA o TDAH y tiene como ventajas la descripción muy amplia y detallada de posibles situaciones de "trastorno" asociadas a una gran diversidad de factores: ansiedad, depresión, bajo rendimiento, problemas de atención, comportamiento negativista,...

2.2 FINALIDAD

Las Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención: **EMADDA**, se han diseñado con la finalidad de identificar niños que pudieran poseer alguna de las dos condiciones de base biológica conocidas como: "déficit de atención con hiperactividad" o "déficit de atención sin hiperactividad", a la vez que se detecte la presencia de indicadores de inadaptación social (agresividad o retraimiento), inadaptación personal (ansiedad) o inadaptación escolar (bajo rendimiento académico); lo cual permitiría conocer la presencia de TDA o TDAH.

En el ámbito de un Centro Educativo de Educación Infantil y Primaria, permitirá a los Tutores y Orientadores identificar a los alumnos con problemas en alguna de estas áreas, por los resultados cuantitativos de cada escala. De forma concreta, tras el análisis cualitativo de las respuestas a cada elemento permitirá conocer los problemas de los alumnos con puntuaciones elevadas en cada una de ellas.

En el ámbito de la Consulta Individual de Psiquiatría Infantil, Psicología o PsicoPedagogía, permitirán disponer de una manera rápida, sencilla y contrastable con otras fuente de datos la existencia de estos tipos de problemas en uno u otro ámbito: familia y escuela.

Por otra parte, como instrumento de exploración general, facilitará la toma de decisiones del evaluador, respecto a la continuación del proceso evaluador, encaminándolo hacia problemas de ansiedad y estrés, hiperactividad, inatención, problemas de rendimiento escolar, déficit en habilidades sociales, retraso generalizado del desarrollo, etc...

2.3 DESCRIPCIÓN

Las Escalas **EMA-DDA** están constituidas por un conjunto de elementos, agrupados en forma de escalas independientes.

Los distintos elementos que constituyen cada escala están seleccionados de forma que se ajusten a las definiciones operativas siguientes:

Déficit de Atención con Hiperactividad

Manifestaciones comportamentales del sujeto características de la condición "déficit de atención con hiperactividad": dificultad para mantener la atención un tiempo razonable en tareas motrices o cognitivas y comportamientos hiperkinéticos o de gran actividad.

Déficit de Atención sin Hiperactividad

Manifestaciones comportamentales del sujeto características de la condición "déficit de atención sin hiperactividad": dificultad para focalizar la atención en estímulos relevantes del entorno y lentitud de ejecuciones motrices o cognitivas.

Agresividad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de molestia, daño o perjuicio a otras personas de su entorno.

Retraimiento Social

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de inhibición o evitación social.

Ansiedad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen la expresión de un estado emocional de ansiedad, tensión o estrés.

Rendimiento Escolar

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un indicador de retraso en la adquisición de destrezas o hábitos curriculares o precurriculares.

Como el comportamiento es contextual; es decir, se manifiesta siempre en un contexto físico y social, para valorar estos comportamientos en los dos ámbitos de interacción principales en la infancia: la escuela y el hogar familiar, se han elaborado dos instrumentos cuyas escalas tienen contenidos similares.

Escalas que componen las **EMA-DDA (padres)** y **EMA-DDA (profesores)**

<i>Déficit de atención e hiperactividad</i>	14 elementos
<i>Déficit de atención</i>	7 elementos
<i>Agresividad</i>	13 elementos
<i>Retraimiento social</i>	10 elementos
<i>Ansiedad</i>	6 elementos
<i>Rendimiento Escolar</i>	12 elementos

A cada escala debe responder, bien el Profesor/a Tutor/a, bien uno o ambos Padres conjuntamente.

Se solicita a Padres y Maestros que informen, respecto de su hijo/a o alumno/a, la frecuencia con que, a su juicio, muestra los comportamientos indicados en cada una de las Escalas.

Se ofrecen cuatro opciones de respuesta: Nunca o Casi Nunca, Pocas Veces (ocasionalmente), A Menudo (con frecuencia) y Casi Siempre.

Hemos decidido proporcionar estas opciones de respuesta para hacer más cómodo el hecho de informar sobre estos comportamientos, teniendo en cuenta que no siempre resulta fácil evaluar la frecuencia del comportamiento infantil.

Por otra parte, cuando optamos por el sistema de respuestas tradicional: Nunca/Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, lo que sucede es que, para los comportamientos muy habituales o muy escasos, este sistema no ofrece dudas, el problema se presenta en los demás casos. La cuádruple opción de respuesta ha resuelto el problema. Se consigue así, un estado de confort en la persona que se ve en la necesidad de cumplimentar el cuestionario, lo que favorece unas respuestas más ajustadas a la realidad.

Por nuestra parte, lo que hacemos a continuación es dicotomizar las respuestas ya que lo que nos interesa, desde el punto de vista de la evaluación conductual exploratoria (no se olvide que con estas escalas no se puede "diagnosticar") es conocer la presencia o ausencia de hábitos de comportamiento inadecuados.

Al dicotomizar, atribuiremos a las respuestas señaladas como "Casi Nunca" y "Pocas Veces" un valor "cero", o lo que es lo mismo: "comportamiento de frecuencia no relevante" y a las respuestas señaladas como "A Menudo" y "Casi Siempre" un valor "uno", es decir: "comportamiento de frecuencia relevante".

Evidentemente, este sistema no nos informa de la "intensidad o gravedad de la manifestación conductual", pero esa no es la finalidad de este instrumento, por lo cual tal limitación no es importante.

Un predominio de indicadores de frecuencia relevante en cada escala puede interpretarse como presencia de problemas en dicha área, lo cual sugiere la necesidad de proceder a una evaluación más específica de la misma con otros instrumentos adecuados a tal fin. En todo caso, consulte el apartado Interpretación de los Resultados.

Un predominio de indicadores de frecuencia no relevante en cada escala se interpretará como ausencia de problemas en el área evaluada.

2.4 MATERIALES

Las Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención, ~~EMA-DDA~~ se presentan en un Cuadernillo, en formato DIN A-4, en el cual se incluyen:

- los datos de identificación del sujeto: nombre y apellidos, edad y género
- la fecha de la evaluación
- las instrucciones para cumplimentarlas
- los distintos elementos que componen las diferentes escalas, adecuadamente agrupados de manera sucesiva: agresividad, rendimiento escolar, atención, ansiedad y retraimiento social.

Además, en la parte final del Cuadernillo, se incluye un **Perfil de Resultados** donde se pueden transcribir los resultados: puntuaciones directas (número de indicadores)

* * * * *

2.5 ADMINISTRACIÓN

Estos instrumentos se proporcionan a los Padres y/o a los Profesores para que los cumplimenten por su cuenta. En el caso que se considere necesario se les puede ayudar a su realización; como pudiera ser el caso de padres con bajo nivel de comprensión lectora.

Tanto en unos casos como en otros, se debe asegurar una buena disposición para colaborar en la evaluación. Por ello, se les debe solicitar que cumplimenten las escalas cuando se encuentren en buenas condiciones, esto es: sin fatiga física, tensión emocional, o cualesquiera otras condiciones que puedan afectar a la comprensión de las instrucciones o de los contenidos, así como a la sinceridad de sus respuestas.

Se debe informar a Padres y Profesores del uso que se hará de la información obtenida, la cual se tratará de manera estrictamente confidencial por parte del profesional que la administra.

En el ámbito escolar, el instrumento puede utilizarlo el Profesor-Tutor, Psicólogo/a, Pedagogo/a o PsicoPedagogo/a en funciones de Orientador/a. Si los Padres o Profesores no tienen confianza en la persona que lleva a cabo el proceso evaluador o creen que les puede perjudicar de algún modo, la probabilidad de que falseen las respuestas es alta.

Se desaconseja la administración del instrumento a personas con algún tipo de patología psiquiátrica que afecte al estado de ánimo (depresión media a severa), a la organización perceptiva de la realidad (psicosis), en deficiencia mental leve a severa, y, en general, en todos aquellos que el evaluador considere que no son condiciones adecuadas del sujeto para responder con sinceridad.

En todos los casos se contrastarán los resultados con otras fuentes de información.

2.6 INSTRUCCIONES

Cuando se solicite a Padres y Profesores su colaboración en la evaluación, mediante la cumplimentación de este instrumento, se les explicará que su información sobre el comportamiento del hijo/a o alumno/a, nos ayudará a conocerlo mejor y a tener información muy importante en el caso de dificultades de aprendizaje o de relación social.

Se les indicará que les vamos a entregar un Cuestionario en el que deberán anotar, en primer lugar los datos personales del hijo/a o alumno/a: nombre y apellidos, edad y género, así como la fecha del día que lo cumplimentan. En casos de evaluación individual, se les puede entregar el cuestionario con los datos ya anotados en él.

En segundo lugar, se les leerán en voz alta las instrucciones dándoles las explicaciones que precisen. En caso de que lo vayan a cumplimentar en otro momento, se les recuerda que deberán volver a leer las instrucciones que aparecen en la primera hoja del cuadernillo y no empezar hasta que hayan entendido perfectamente lo que tienen que hacer.

Se insistirá en que tienen que leer detenidamente cada frase y contestar de manera sincera al significado estricto de la misma.

No deben dejar ninguna frase sin contestar.

No escribirán nada en el Cuadernillo, únicamente deben señalar la casilla que corresponda, en su caso, a cada frase. Si desean incluir algún comentario pueden hacerlo en la hoja posterior del Cuadernillo.

2.7 CORRECCIÓN

La corrección de las escalas se llevará a cabo del modo siguiente:

Para obtener la puntuación directa en cada Escala se debe proporcionar un punto a cada elemento señalado bien en la casilla **AM**, bien en la casilla **CS**. Las casillas **CN** o **PV** marcadas no se consideran. La suma de los puntos obtenidos en cada escala constituye la puntuación directa. Evidentemente las máximas puntuaciones que se pueden obtener se corresponden con el número de elementos de cada escala: 14, 7, 13, 10, 6 y 12, respectivamente.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas, éstas se pueden anotar a la derecha de la columna **CS**, junto al triángulo negro que indica el final de la escala y el comienzo de la siguiente o, si se prefiere, también, se pueden transcribir en el recuadro correspondiente del **Perfil de Resultados**.

Estas puntuaciones directas se convertirán en porcentajes respecto del total de la escala mediante el programa informático **TIPI-SOFT: EMA-DDA**, que se adjunta a este manual técnico.

2.8 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Teniendo en cuenta que estas Escalas *no constituyen un instrumento de valor diagnóstico*, sino un medio de detección de la posible existencia de problemas relacionados con las variables que estudia, de acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de validación de este instrumento, (véase la sección "validez discriminante"), el evaluador puede interpretar los resultados obtenidos en estas escalas del modo siguiente:

déficit de atención con hiperactividad	puntuación directa > 6
déficit de atención sin hiperactividad	puntuación directa > 3
problemas de comportamiento agresivo...	puntuación directa > 4
problemas de retraimiento	puntuación directa > 4
problemas de ansiedad	puntuación directa > 2
problemas de rendimiento escolar	puntuación directa > 4

valores a partir de los cuales se hace precisa una evaluación más detallada por parte de un profesional clínico.

2.9 TIPI-SOFT

Debido a la rápida evolución de los sistemas operativos y las distintas aplicaciones informáticas de usuario, este manual **no incluye** las instrucciones de instalación del programa **TIPI-SOFT: EMA-DDA**. Dichas instrucciones se encuentran en un fichero incluido en el Disco Compacto que se entrega con esta publicación.

El **TIPI-SOFT** es un programa de software que le proporciona el porcentaje de comportamientos problemáticos, respecto del total de comportamientos incluidos en cada escala y elabora una **Hoja de Informe de Resultados**.

Una vez corregido el cuestionario, usted habrá obtenido las **PUNTUACIONES DIRECTAS** de cada sujeto en evaluación.

Tras haber asignado un número a cada sujeto y anotadas sus puntuaciones directas, iniciará el programa en el PC donde se encuentre correctamente instalado este programa, y procederá a introducir los datos.

El programa **TIPI-SOFT** proporciona de manera inmediata y automática los porcentajes correspondientes a cada puntuación directa introducida. Estas puntuaciones se ofrecen en la misma pantalla; sin embargo, también van quedando grabadas en un fichero al cual le podrá dar nombre el evaluador al empezar a introducir la serie de puntuaciones.

Este fichero puede imprimirse en papel, conservarse en el disco duro, o borrarse, tras su utilización.

2.10 INFORMACIÓN AL USUARIO

El Grupo ALBOR-COHS, desea informarle de lo siguiente:

1. Nuestro Grupo mantiene abierta de manera permanente una línea de investigación sobre este producto de evaluación: **EMA-DDA**.

Por tal motivo, le agradeceremos que nos remita la información que le parezca pertinente sobre sus propios resultados en la utilización de este instrumento: dificultades que ha podido encontrar durante su empleo, resultados obtenidos, y, en general, toda clase de sugerencias que nos permitan mejorarlo en ediciones posteriores.

2. Como novedad en el mercado editorial, nuestro Grupo le ofrece la posibilidad de registrarse como usuario de este producto.

Como usuario registrado usted podrá disponer (a diferencia de los usuarios no registrados) de:

- información sobre nuevas actualizaciones o modificaciones del producto, que le serán remitidas de manera gratuita o se le facilitará su descarga desde nuestra web.
- recibir información periódica sobre otros materiales, derivados de las investigaciones de nuestro Grupo: baremos nacionales o locales, ..., monografías técnicas y otros.

Para registrarse como usuario deberá remitirnos los datos siguientes:

Nombre completo (si se trata de una entidad su denominación)

Dirección Postal (calle/plaza/avenida; número; piso/planta/letra; código postal, municipio y provincia)

Profesión/Titulación

Centro de Trabajo (denominación y dirección postal; *opcional*)

Teléfono/s y horas de contacto

e-mail

Para mantenerse informado sobre nuestras actividades y productos también puede consultar periódicamente nuestra página web, en la dirección:

<http://www.gac.com.es>

Si usted desea obtener una versión adaptada a su ámbito cultural, póngase en contacto con nosotros. Podemos facilitarle las versiones del instrumento traducidas y/o adaptadas a otras lenguas.

**E
M
A
-
D
D
A**

III. ESTADÍSTICOS

Muestra de Población
Fiabilidad
Validez de Contenido
Validez Predictiva
Correlaciones entre escalas

3.1 MUESTRA DE POBLACIÓN

Las Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención: **EMA-DDA**, son el resultado final de un conjunto de investigaciones llevadas a cabo en distintas poblaciones de varias Comunidades Autónomas del Estado español.

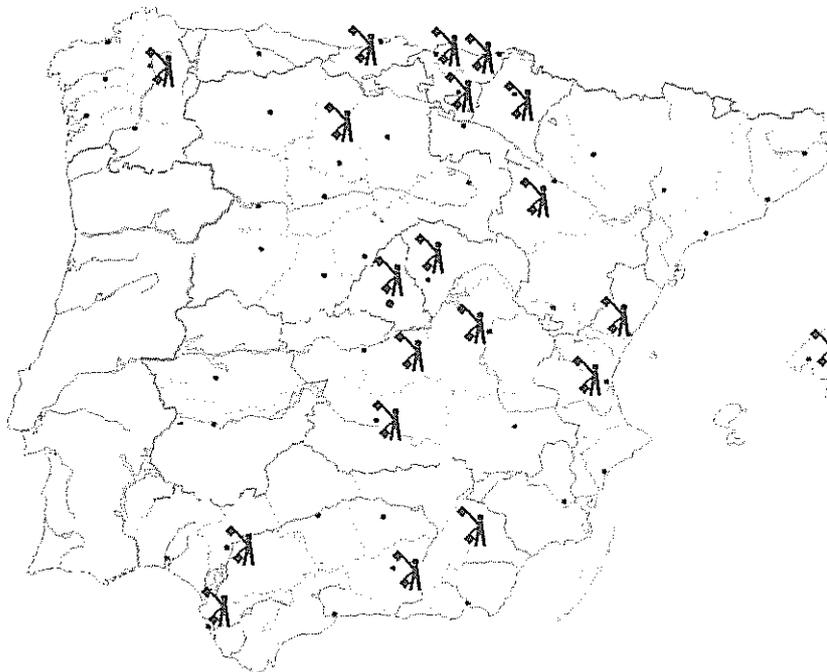
En el gráfico adjunto se indican las zonas de donde se han extraído las muestras de sujetos que participaron a lo largo de los años 2005 y 2006 en los distintos estudios, pilotos y experimentales, que permitieron obtener el instrumento en su forma final.

De la **EMA-DDA Padres** se han administrado un total de 3.200 instrumentos a otros tantos padres de niños y niñas de 4 a 12 años de edad. La muestra de validación en la versión definitiva estuvo constituida por 1.170 sujetos.

La **EMA-DDA Profesores** la han cumplimentado los Profesores Tutores de un total de 4.600 alumnos de 4 a 12 años de edad (2.200 en la versión definitiva)

Los Centros Educativos de donde proceden las diversas muestras de validación corresponden a diez Comunidades Autónomas: Castilla-León, Galicia, Baleares, Cantabria, Euskadi, Aragón, Valencia, Andalucía, Madrid y Castilla-La Mancha.

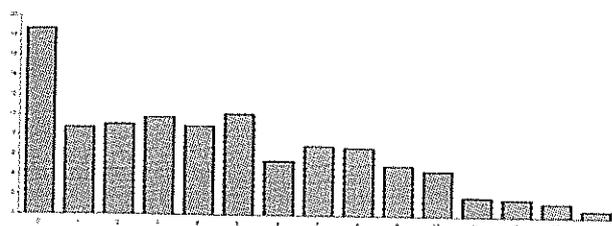
Las muestras de padres y alumnos corresponden a distintos estratos socio-económicos, con un predominio (80%) de clase media. El 80% del total corresponde a población urbana y el 20% restante a población rural.



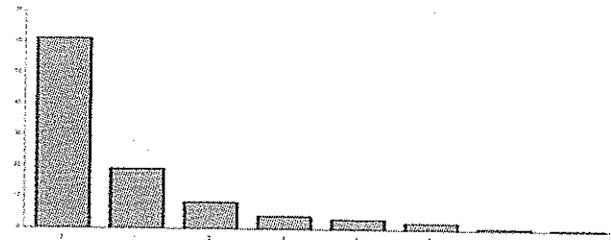
Distribución muestral de frecuencias en las diversas Escalas

EMA-DDA (padres)

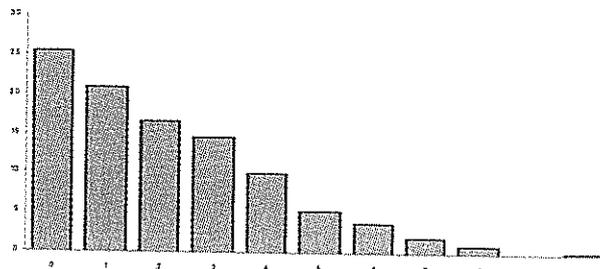
Las distribuciones que se muestran corresponden a la dicotomización de las respuestas en "relevantes" o "no relevantes". Así, lo que se observa en las distintas gráficas es la distribución muestral de la cantidad de indicadores conductuales que son habituales en la población entre 6 y 12 años de edad.



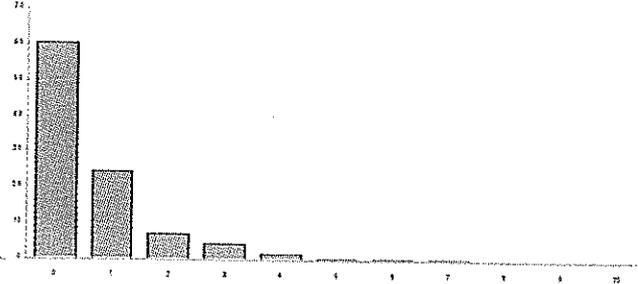
Hiperactividad



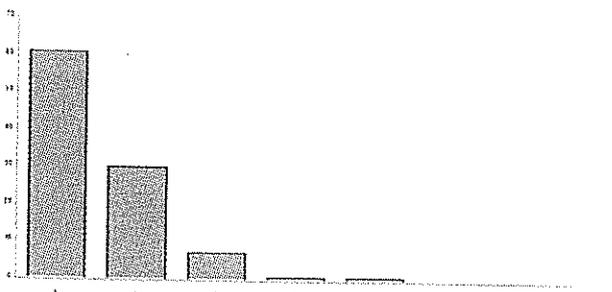
Inatención



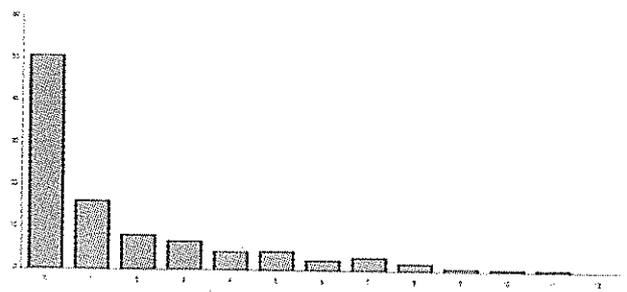
Agresividad



Retraimiento Social



Ansiedad

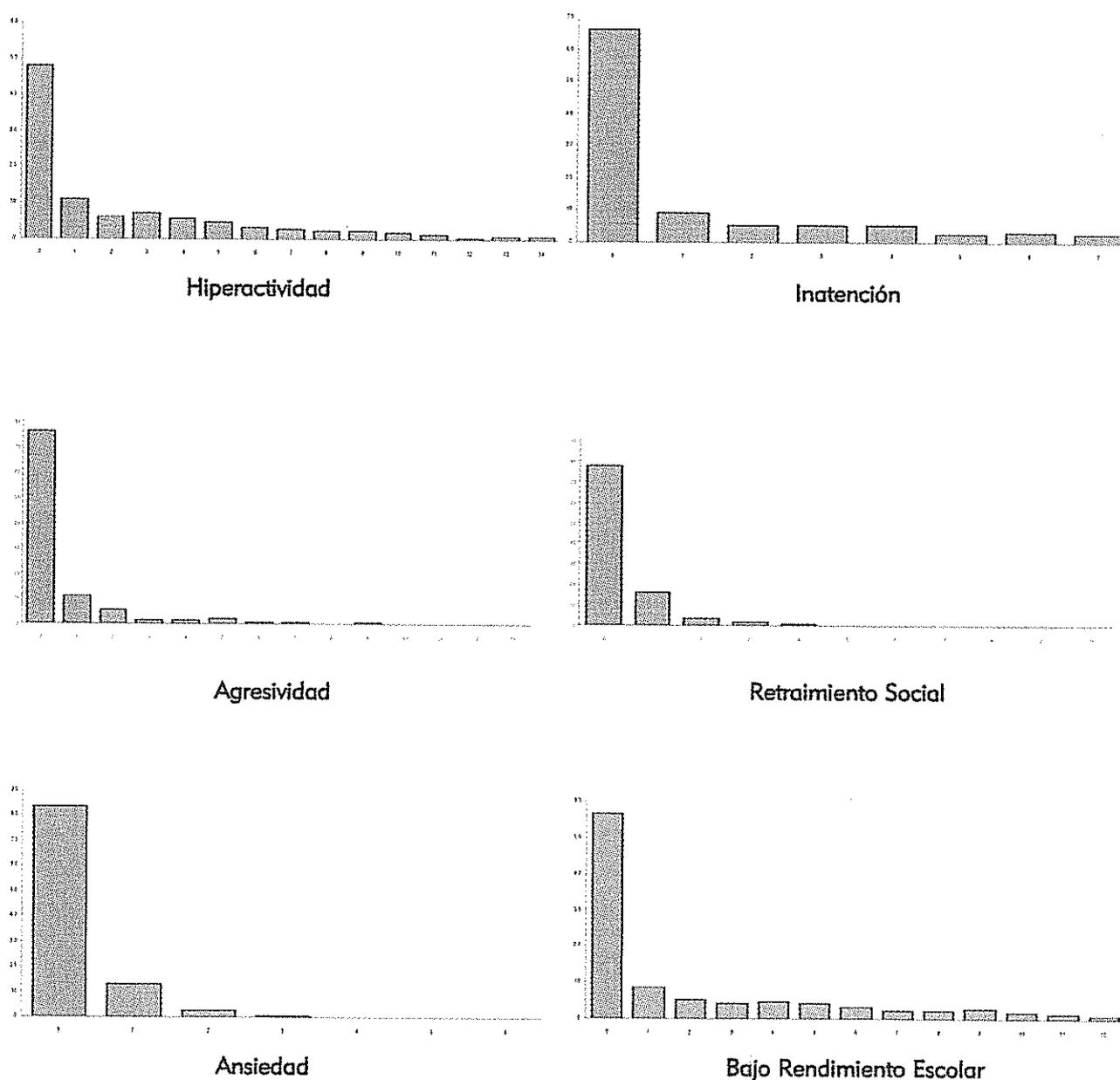


Bajo Rendimiento Escolar

Distribución muestral de frecuencias en las diversas Escalas

EMA-DDA (Profesores)

Las distribuciones que se muestran corresponden a la dicotomización de las respuestas en "relevantes" o "no relevantes". Así, lo que se observa en las distintas gráficas es la distribución muestral de la cantidad de indicadores conductuales que son habituales en la población entre 6 y 12 años de edad.



3.2 FIABILIDAD

La fiabilidad de las **EMA-DDA** se ha establecido mediante dos procedimientos: el método test-retest, o consistencia temporal y el método de Kuder-Richardson o consistencia interna.

3.2.1 Fiabilidad Test-Retest

Para asegurar que el instrumento realiza una medida fiable de las variables consideradas, se llevó a cabo la aplicación del mismo en dos ocasiones, separadas por un intervalo temporal de cuatro a seis semanas aproximadamente.

Se eligieron al azar cuatro Centros escolares de tres Comunidades Autónomas: Madrid, Castilla-La Mancha y Euskadi.

Se efectuaron las aplicaciones a un grupo de cada nivel educativo correspondiente a las edades de 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años de edad, solicitando la respuesta a los cuestionarios tanto a los padres de los/as alumnos/as, como a sus profesores-tutores

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Edad	N	EMA-DDA	DAH	Inatención	Agresividad	Retralimiento	Ansiedad	Rendimiento Escolar
6-7	68	Padres	.85	.88	.75	.80	.75	.85
		Profesores	.84	.80	.80	.90	.80	.90
8-9	72	Padres	.85	.82	.75	.85	.80	.88
		Profesores	.90	.90	.88	.90	.80	.85
10-12	65	Padres	.85	.80	.80	.77	.85	.80
		Profesores	.90	.88	.90	.80	.90	.90

En todos los casos, el análisis realizado proporcionó un nivel de significación para los distintos coeficientes de $p < 0.001$

3.2.2 Consistencia Interna

La consistencia interna pone de manifiesto el grado en que los distintos elementos de cada escala se encuentran relacionados entre sí, contribuyendo cada uno de ellos a la evaluación de la misma variable.

Los índices de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenidos mediante el programa estadístico "reliability", del paquete SPSS-12, en cada una de las escalas, empleando una muestra correspondiente a 700 alumnos de seis Centros Educativos pertenecientes a diferentes Comunidades Autónomas: Galicia, Euskadi, Madrid, Baleares, Andalucía y Castilla La Mancha, fueron los siguientes:

Escalas de Padres: EMA-DDA

Déficit de Atención e Hiperactividad	0.87
Inatención	0.80
Agresividad	0.77
Retraimiento	0.72
Ansiedad	0.50
Bajo Rendimiento Escolar	0.88

Escalas de Profesores: EMA-DDA

Déficit de Atención e Hiperactividad	0.933
Inatención	0.914
Agresividad	0.905
Retraimiento	0.745
Ansiedad	0.482
Bajo Rendimiento Escolar	0.937

Índices de Homogeneidad

A continuación se muestran los índices de homogeneidad obtenidos por cada uno de los elementos de cada escala. Las correlaciones de los diversos elementos con el total de la escala expresan el grado en que contribuyen a dar consistencia a la misma.

Déficit de Atención con H.		
Elemento	Padres	Profesores
1	.60	.86
2	.58	.87
3	.50	.87
4	.67	.86
5	.62	.86
6	.56	.87
7	.56	.87
8	.38	.87
9	.53	.87
10	.50	.87
11	.51	.87
12	.50	.87
13	.52	.87
14	.53	.87

Agresividad		
Elemento	Padres	Profesores
1	.52	.74
2	.42	.75
3	.28	.77
4	.45	.75
5	.45	.75
6	.55	.74
7	.46	.75
8	.59	.73
9	.43	.75
10	.24	.77
11	.33	.77
12	.29	.77
13	.12	.77

Retraimiento		
Elemento	Padres	Profesores
1	.41	.70
2	.42	.70
3	.36	.70
4	.46	.70
5	.46	.70
6	.33	.71
7	.44	.68
8	.25	.73
9	.53	.68
10	.34	.70

Rendimiento		
Elemento	Padres	Profesores
1	.40	.88
2	.63	.87
3	.70	.87
4	.58	.87
5	.66	.87
6	.60	.87
7	.70	.87
8	.63	.87
9	.58	.87
10	.52	.87
11	.44	.88
12	.55	.87

Inatención		
Elemento	Padres	Profesores
1	.53	.77
2	.61	.75
3	.55	.77
4	.53	.77
5	.45	.80
6	.54	.77
7	.55	.77

Ansiedad		
Elemento	Padres	Profesores
1	.20	.57
2	.21	.47
3	.33	.41
4	.31	.42
5	.36	.40
6	.30	.45

3.3.1 VALIDEZ DE CONTENIDO

De acuerdo con Anastasi (1976), la validez de contenido de un instrumento de evaluación *...implica esencialmente el examen sistemático de su contenido para determinar si cubre una muestra representativa del dominio conductual que ha de medirse.*

Por otra parte, según Martínez-Arias:

Si el objetivo de la evaluación conductual es proporcionar una estimación de las "capacidades" o conductas del sujeto en una serie de situaciones, el muestreo de las situaciones o tareas del dominio de interés será la cuestión fundamental que deberemos plantearnos. La principal contribución que aportará el instrumento de medida es dar una clara descripción del dominio de interés. La respuesta de hasta que punto el test cumple este cometido nos la proporciona la validez de contenido. (Martínez-Arias, M.R. pág. 177; en Fernández-Ballesteros, R. y Carroble, J.A., 1981).

Para diseñar las escalas **EMA-DDA**, los autores procedieron del modo siguiente:

Para la construcción de la escala de detección de la condición "DAH", se tuvieron en cuenta los indicadores conductuales propuestos por el DSM-IVTR para el diagnóstico del TDAH subtipo Combinado y los propuestos por la CIE-10 para el diagnóstico de TDAH (F90.0). Es decir, se buscaron indicadores conductuales que correspondieran, por una parte, a manifestaciones de comportamiento hiperkinético-hiperactivo, y, por otra, a manifestaciones de dificultad para mantener la atención un tiempo razonablemente prolongado en tareas de cualquier naturaleza: motrices o cognitivas.

Para la construcción de la escala de detección de la condición "inatención" o "DA", se consideraron los trabajos de los principales autores que han investigado en este campo y, de manera resumida, las conclusiones del trabajo del Profesor J. Bauermeister (Bauermeister y otros, 2005). Así pues, se incluyeron manifestaciones conductuales características de niños con lentitud motriz y cognitiva (tempo cognitivo lento) y con dificultades de focalización de la atención, tales como *ensimismamiento, estar en las nubes,...* El análisis factorial llevado a cabo sobre la muestra de población general, proporcionó el apoyo estadístico que confirma la existencia de este "cluster" de indicadores o manifestaciones conductuales en determinado grupo población (véase también en la sección anterior el estudio de consistencia interna de la escala)

Con respecto a las otras escalas, éstas eran las mismas del anterior instrumento con mínimas modificaciones: Escalas de Áreas de Conductas Problema: **EACPs** (García Pérez y Magaz, 1998) ya validado.

3.3.2 VALIDEZ PREDICTIVA

Habida cuenta de que las escalas de "agresividad", retraimiento social", "ansiedad" y "bajo rendimiento escolar", procedían de las Escalas de Áreas de Conductas Problema (EACP) y su validez discriminante ya había sido establecida en los estudios previos (puede consultarse el Manual de Referencia de las EACP), no se consideró necesario repetir estos estudios.

Ahora bien, con respecto a las escalas construidas de nuevo: "déficit de atención son hiperactividad" e "inatención" procedimos del modo siguiente para estudiar su validez discriminante:

Una vez finalizado el estudio factorial que permitió confirmar el cluster de indicadores conductuales correspondiente a cada una de ambas escalas, se procedió a contactar con:

- a) Asociaciones de Afectados por los TDAs (Alicante, Ciudad Real, Madrid, Cuenca, Jerez de la Frontera y Aragón)
- b) Profesionales de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, Neuropediatría y Psicología Clínica en práctica pública o privada.
- c) Equipos de Orientación de la Consejería de Educación de diversas Comunidades Autónomas (País Vasco, Madrid, Castilla-La Mancha y Valencia)

Se solicitó a los colaboradores en este estudio que facilitaran al equipo de trabajo de las EMA-DDA, los siguientes datos:

1. Listado de pacientes de entre 6 y 12 años de edad, de ambos sexos, que tuvieran confirmado un diagnóstico clínico de TDAH tipo Combinado según criterios DSM-IVTR o bien TDAH simple (F90.0) según CIE-10, que se consideraron de tipo "hiperactivo o DAH" o bien un diagnóstico clínico de TDAH subtipo Inatento según criterios DSM-IVTR, que se consideraron tipo "inatento o DA".
2. A continuación se les solicitó que entregasen a los Padres y/o, en su caso a los Profesores-tutores de cada uno de estos niños y niñas el Cuestionario **EMA-DDA** en su versión correspondiente, Padres o Maestros. Cuando fue posible se obtuvieron tanto los cuestionarios de padres como de maestros del mismo sujeto.

3. Una vez se dispuso de estos datos, en unos casos obtenidos de los propios Padres a través de una persona de la Asociación a la que pertenecían, que actuaba como coordinadora del estudio, y en otros casos a través del médico, psicólogo que lo trataba en su consulta, o bien a través del Orientador de Centro o de Zona, que lo solicitaba a los profesores, se procedió a analizar los resultados obteniéndose los siguientes:

A partir de una muestra válida de 328 sujetos, 245 niños y 83 niñas, de una media de edad de 8,2 años, tanto la versión de Padres, como la de Profesores, de las Escalas Magallanes para la Detección de sujetos con la condición "Déficit de Atención con Hiperactividad, DAH", se obtuvieron los siguientes porcentajes de coincidencia entre el diagnóstico clínico previo de los sujetos y los resultados de la escala:

- 99% de coincidencia con 12 o más indicadores
- 96% de coincidencia con 11 indicadores
- 90% de coincidencia con 10 indicadores
- 92% de coincidencia con 9 indicadores
- 80% de coincidencia con 8 indicadores
- 75% de coincidencia con 7 indicadores

Ningún sujeto con menos de 7 indicadores presentaba diagnóstico clínico de TDAH.

A partir de una muestra válida de 246 sujetos, 170 niños y 70 niñas, de una media de edad de 8,7 años, tanto la versión de Padres, como la de Profesores, de las Escalas Magallanes para la Detección de sujetos con la condición "Déficit de Atención sin Hiperactividad, DA", se obtuvieron los siguientes porcentajes de coincidencia entre el diagnóstico clínico previo de los sujetos y los resultados de la escala:

- 90% de coincidencia con 7 indicadores
- 92% de coincidencia con 6 indicadores
- 85% de coincidencia con 5 indicadores
- 80% de coincidencia con 4 indicadores

Ningún sujeto con menos de 4 indicadores presentaba diagnóstico clínico de TDA Inatento o Combinado.

3.4 CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS

Para conocer el grado de coincidencia entre los informes proporcionados por los Padres y los Profesores, se procedió a estudiar las correlaciones entre las distintas escalas, encontrándose los resultados siguientes:

Hiperactividad	.75 (p < 0.05)
Inatención	.82 (p < 0.05)
Agresividad	.83 (p < 0.05)
Retraimiento	.70 (p < 0.05)
Ansiedad	.65 (p < 0.05)
Rendimiento	.90 (p < 0.05)

Lo cual nos lleva a considerar que, o bien los padres y los maestros valoran de distinta manera los comportamientos habituales de los sujetos, o bien, éstos se comportan de un modo parcialmente diferente en cada ámbito: escuela, hogar familiar. De todos modos la congruencia entre informes de padres y maestros es relevante y significativa.

Por otra parte, dada la frecuente implicación entre las condiciones "déficit de atención con hiperactividad" y "déficit de atención" con los problemas de conducta y rendimiento escolar, que es en lo que en realidad consiste el trastorno por DAH o por DA, se procedió a estudiar las correlaciones entre ellas.

Los resultados obtenidos fueron los indicados en las tablas siguientes:

EMA-DDA Profesores. Correlaciones entre variables

	Inatención	Agresividad	Retraimiento	Ansiedad	Rendimiento
Hiperactividad	0.60	0.65	0.24	0.40	0.64
Inatención		0.22	0.50	0.27	0.81
Agresividad			0.20	0.23	0.26
Retraimiento				0.23	0.42
Ansiedad					0.30

EMA-DDA Padres. Correlaciones entre variables

	Inatención	Agresividad	Retraimiento	Ansiedad	Rendimiento
Hiperactividad	0.51	0.57	0.33	0.30	0.53
Inatención		0.26	0.38	0.29	0.60
Agresividad			0.35	0.25	0.28
Retraimiento				0.35	0.35
Ansiedad					0.33

Del análisis de estas correlaciones puede comprobarse la coincidencia con lo ya anticipado por estudios anteriores (Lahey y otros (1985, 87 y 88), Carlson y Mann (2002); Bauermeister y otros (1992, 2005). A saber:

1. La característica "inatención" muestra una correlación mayor con bajo rendimiento escolar que la característica "hiperactividad"; o lo que es lo mismo, que los niños y niñas "inatentos/as" tienen mucho mayor riesgo de presentar fracaso escolar que los niños y niñas "hiperactivos/as".
2. Los problemas de agresividad o "de conducta" se encuentran más frecuentemente asociados a la condición "hiperactividad" que a la condición "inatención". Lo cual es también una observación frecuente en los hogares y en los Centros educativos.
3. Los "hiperactivos" presentan niveles superiores de ansiedad que los inatentos. Lo cual permite predecir una mayor presencia de trastornos asociados a causa del estrés crónico del que es buen indicador la ansiedad.
4. Hiperactividad e Inatención muestran una correlación moderada (.50) lo que permite considerarlas independientes entre sí.

**E
M
A
-
D
D
A**

IV. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Achenbach, T. M. (1979). The Child Behavior Profile: An empirically based system for assessing children's behavior problems and competencies. *International Journal of Mental Health*, 7, 24-42.
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C., Martínez, J.J., Cumba, E. y Barkley, R. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:2, 166-179.
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Cumba-Avilés, E., Reina, G., y Salas, C. C. (2005). Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad: Evaluación y tratamiento. En G. Bernal y A. Martínez-Taboas (Eds.), *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico* (pp. 244-264). Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Bauermeister, J., Barkley, R., Martínez, J. J., Cumba, E., Ramírez, R., Reina, G., Matos, M., y Salas, C. (2005). Time Estimation and Performance on Reproduction Tasks in Subtypes of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* Vol.34, No1, 151-162.
- Bauermeister, J. J., Alegría, M., Bird, H., Rubio-Stipec, M., & Canino, G. (1992), Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 423-431.
- Barkley, R.A., DuPaul, G.J., & McMurray, M.B. (1990), A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 775-789.
- Carlson, C.L., y Mann M. (2002), Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 3, 123-129.
- Carlson, C.L., Lahey, B.B., Neeper, R., (1986), Direct assessment of the cognitive correlates of attention deficits disorders with and without hyperactivity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 69-86.
- Cerezo, A., Del Barrio, M. V. y Cantero, M. J. (1993): *Adaptación, Factorización y Baramación del CBCL de Achenbach en población española*. Actas del IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela (pag.322).
- Del Barrio, M. V., Cerezo, A. y Cantero, M. J. (1993): *Achenbach's Child Behavior Checklist: Profile for Spanish boys aged 6-11*. Actas de la 2nd. European Conference on Psychological Assessment. Groningen.

- Farré. A. y Narbona, J. (1997): EDAH. Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones.
- Farré. A. y Narbona, J. (1989): Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación de Conners en nuestro medio. Acta Pediátrica Española. vol. 47 nº 2. págs. 103-109.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobles, J.A. (1981): *Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- García Pérez, E.M. y Magaz, A. (1998): *EACP. Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema*. Bilbao: COHS, Consultores en Ciencias Humanas.
- García Pérez, E.M. y Magaz, A. (1998): *EMTDAH. Escalas Magallanes de Identificación de TDAH*. Bilbao: COHS, Consultores en Ciencias Humanas.
- García Pérez, E.M. y Magaz, A. (1999): Modelo Conceptual de Análisis del Desarrollo Personal y de Análisis del Retraso y Fracaso Escolar, en *Dificultades de Aprendizaje. Manual de Referencia del Curso Máster de Asesoramiento, Orientación e Intervención Educativa*. Bilbao: COHS, Consultores en Ciencias Humanas.
- Lahey, B.B., Schaughency, E.A., Frame, C.L., & Strauss, C.C. (1985), Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 613-616.
- Lahey, B.B., Schaughency, E., Hynd, G., Carlson, C., & Nieves, C. (1987), Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinic referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 718-723.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Schaughency, E.A., Atkins, M.S., Murphy, H.A., Hynd, G.W., Russo, M., Hartdagen, S., & Lorys, A. (1988), Dimensions and types of attention deficit disorder with hyperactivity in children: A factor and cluster analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 330-335.
- Lahey, B.B. & Willcutt, E.G. (2002), Validity of the diagnosis and dimensions of attention deficit hyperactivity disorder. In P.S. Jensen & J.R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science; best practices*. (pp. 1-1 a 1-23). Kingston NJ: Civic Research Institute.
- McBurnett, K., Pfiffner, L.J., & Frick, P. J. (2001), Symptom property as a function of ADHD type: An argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 207-213.
- Milich, R., Balentine, A .C., & Lynam, D.R. (2001), ADHD/combined type and ADHD/predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488.

OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ADCA: Escalas de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales

BAMADI: Escalas Magallanes de Aptitudes Básicas para el Aprendizaje

EMA: Escalas Magallanes de Adaptación

EMANS: Escalas Magallanes de Ansiedad

EMAV: Escalas Magallanes de Atención Visual

EMIC: Escala Magallanes de Impulsividad Computarizadas

EMEST: Escala Magallanes de Estrés

EMHAS: Escalas Magallanes de Hábitos Asertivos

EMIN-6: Escala Magallanes de Inteligencia para Niños

ESMIDAS: Escalas Magallanes de Identificación de TDAs

EPANS: Escala Magallanes de Problemas de Ansiedad

EVHACOSPI: Test de Evaluación de Habilidades Cognitivas para Evitar Problemas Interpersonales

I.E.G.: Instrumentos de Evaluación General

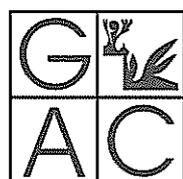
I.E.E. Parejas: Instr. de Evaluación Específica de Problemas de Pareja

I.E.E. Sexual: Instr. de Evaluación Específica de Problemas Sexuales

PEE: Perfil de Estilos Educativos

Protocolo de Evaluación General y Específica de los TDAs

TAISO: Test de Actitudes ante la Interacción Social



Grupo
ALBOR-COHS

Para mantenerse informado/a:
SOLICITE NUESTRO CATÁLOGO o VISITE
NUESTRA PÁGINA WEB:

www.gac.com.es

Anexo 16: Programa Trabajo con TDAH

Programas de Innovación Educativa

Programa para la atención educativa
del alumnado con TDAH

**Escolares con Trastorno por Déficit
de Atención con o sin Hiperactividad
(TDAH)**
Orientaciones para el
profesorado



Escolares con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)

Orientaciones para el profesorado

*Ceferino Artiles Hernández
Juan E. Jiménez González*

Programas de Innovación Educativa

Programa para la atención educativa
del alumnado con TDAH

Escolares con Trastorno por Déficit
de Atención con o sin Hiperactividad
(TDAH)

**Orientaciones para el
profesorado**

*Ceferino Artilés Hernández
Juan E. Jiménez González*



Gobierno de Canarias
Consejería de Educación,
Cultura y Deportes
Dirección General de Ordenación
e Innovación Educativa

- Colección:** PROGRAMAS DE INNOVACIÓN EDUCATIVA
PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN EDUCATIVA DEL ALUMNADO
CON TDAH
- Título:** ESCOLARES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH). ORIENTACIONES PARA
EL PROFESORADO
- Edita:** © CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES DEL
GOBIERNO DE CANARIAS.
DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
- Autores:** Ceferino Artiles Hernández
Juan E. Jiménez González
- Fotografías:** Banco de imágenes del MEC
- Primera edición:** Canarias, 2006
- Fotocomposición:** Producciones Gráficas S.L.
- Impresión:** Producciones Gráficas S.L.

Presentación

La Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias es consciente de las necesidades de los escolares diagnosticados con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y, por ello, desde la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa, se ha tomado la iniciativa de promover actuaciones para que el sistema educativo de una respuesta adaptada a sus necesidades educativas. Dichas actuaciones están dirigidas a la detección e identificación temprana, así como a la intervención educativa en estos alumnos y alumnas; a la formación de los profesionales, al asesoramiento y orientación de las familias; y a la regulación normativa conducente a una acción coordinada y uniforme en toda la Comunidad Autónoma de Canarias. Estas acciones se irán desarrollando en el contexto del "Programa para la atención educativa al alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)" que se ha iniciado en el curso escolar 2005-2006.

Los alumnos y alumnas con TDAH se caracterizan por graves deficiencias en la atención, por su impulsividad y por un excesivo grado de actividad. Existen datos suficientes que nos indican la necesidad de una atención y trato diferenciado para afrontar la conducta de este alumnado por parte de los docentes en las distintas situaciones de aprendizaje en el aula, como son las explicaciones del profesorado, la toma de apuntes, el desarrollo de las actividades individuales o en grupo, los exámenes y pruebas escritas, etc. De igual modo también existe evidencia de que en ocasiones influyen los instrumentos y procedimientos de evaluación en el resultado de las calificaciones académicas de estos escolares. Confiamos en que el repertorio de pautas recogidas en la presente guía, incluyendo aquellas derivadas de su adaptación curricular, contribuyan a una mejor atención de este alumnado.

LA DIRECTORA GENERAL DE ORDENACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
Juana del Carmen Alonso Matos

Índice

1. CONVIENE SABER QUE	11
2. ALGUNAS ORIENTACIONES PARA EL PROFESORADO.....	13
3. ¿CÓMO SE INICIA EL PROCESO DE DETECCIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR?	23
4. ¿QUÉ SE PUEDE HACER EN LOS CENTROS EDUCA- TIVOS CON LOS ALUMNOS Y ALUMNAS QUE PRE- SENTAN TDAH?	27
5. REFERENCIAS	29
ANEXOS	31
1. CUESTIONARIO PARA PADRES, MADRES Y PROFESORADO	33
2. CUADRO DEL PROCESO PARA LA IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN CON EL ALUMNADO QUE PRE- SENTA TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH)	37

1. CONVIENE SABER QUE...

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una alteración neurobiológica que se manifiesta en dificultades de autorregulación de la conducta en tres aspectos concretos: la capacidad para mantener la atención, el control de la impulsividad y el grado de actividad. El primero, el *déficit de atención*, se presenta cuando el alumno o alumna se aburre con frecuencia y se distrae con facilidad. El segundo es la *impulsividad*, los escolares con TDAH se muestran impacientes, interrumpen en ocasiones en las que no es adecuado, les cuesta pararse y pensar en las consecuencias de sus acciones, y no tienden a planificar sus actos futuros. El tercer rasgo distintivo es la *hiperactividad*. Los escolares que padecen este trastorno parecen incansables y nunca se están quietos. Les cuesta mucho estar sentados, y cuando lo consiguen no dejan de mover las piernas, tocar todo lo que está a su alcance, dar golpecitos con los dedos y con los pies. Todos estos síntomas suelen provocar malestar a su alrededor, en especial entre aquellos adultos que consideran de forma errónea que se trata de una manifestación de mala educación.

Estas conductas se detectan con claridad a partir de los seis años, aunque en ocasiones antes de esa edad. Tales demostraciones conductuales repercuten negativamente en el desarrollo cognitivo, personal y social e interfieren de manera muy significativa en los aprendizajes escolares desde el primer momento, así como en la integración y el equilibrio socio-personal del individuo (Miranda, Amado y Jarque, 2001).

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 (Gómez-Beneyto et al., 1994) y de 6 a 14 años (Breton et al., 1999).

En ocasiones, los escolares mayores de diez años si no son tratados de forma adecuada, verán aumentado los síntomas iniciales y, además, presentarán *...inadaptación escolar, problemas de conducta, autoimagen negativa, autoconcepto erróneo (se hipervaloran o infravaloran) y en algunos casos hasta síntomas depresivos* (Orjales, 2005 p 24).

Existen tratamientos seguros y eficaces para el alumnado con TDAH que requieren en la mayoría de los casos una actuación psicopedagógica combinada con tratamiento farmacológico a través de psico-estimulantes (Brown, 2003) e intervención conductual con apoyo individual, familiar y escolar. La respuesta facilitada será diferente según los tres subtipos de TDAH predominantes: subtipo

inatento, subtipo hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad).

Las alteraciones que se presentan en ocasiones asociadas al TDAH son dificultades en el lenguaje, problemas perceptivo-motores, graves dificultades en el aprendizaje, relaciones sociales conflictivas, trastorno oposicionista desafiante, trastorno grave de conducta, trastornos afectivos y de ansiedad, tics y el síndrome de Gilles de Tourette (Miranda, Amado, Jarque,2001).

Las familias o el profesorado que sospechen de la presencia del TDAH en el alumnado, deberán dirigirse al personal de orientación y al tutor o tutora de su centro educativo.

2. ALGUNAS ORIENTACIONES PARA EL PROFESORADO

Estas orientaciones no pretenden tener en cuenta todas las situaciones del aula. Se proponen algunas sugerencias que, según la experiencia, podrían resultar eficaces. No obstante, se han de ajustar a cada edad y circunstancia, siendo el docente quien, con toda la información de que dispone, decida lo más adecuado en cada momento para el alumno o la alumna. Es muy probable que la mayoría del profesorado ya lleve a la práctica con este alumnado o con todos muchas de las recomendaciones que aquí se presentan. En ese caso, tenemos la esperanza de que pueda ser de utilidad para la reflexión sobre la práctica educativa del equipo docente que atiende a escolares con TDAH.

Por tal motivo, las recomendaciones van especialmente dirigidas al profesorado que en su clase o aula tiene a una persona con un diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), según el informe clínico del pediatra o médico de familia del Centro de atención primaria de salud, formando parte, como anexo, de un informe psicopedagógico cumplimentado por los Equipos psicopedagógicos de la Consejería de Educación. El profesorado habrá de conocer si el alumno o la alumna presenta un diagnóstico de TDAH, el subtipo correspondiente, el tratamiento y seguimiento clínicos, para de esta manera ajustar de forma conveniente los procesos de enseñanza y aprendizaje. El informe psicopedagógico le aportará información relevante para el tratamiento de su conducta en el aula y las orientaciones encaminadas a mejorar la eficacia metodológica, así como a optimizar la adquisición de aprendizajes curriculares y a adquirir hábitos y habilidades de adaptación escolar y social. A continuación se exponen algunas orientaciones:



1. **Con relación a la ubicación de este alumnado en el aula**, se considera que debe estar sentado cerca del docente, rodeado de personas «tranquilas» y lejos de puertas, ventanas u objetos que puedan ser motivo de distracción. El profesorado deberá prestarle especial atención, sin que se note demasiado. En algunas ocasiones es difícil que el resto de la clase entienda por qué un determinado estudiante tiene ciertas «ventajas» en el trato respecto al resto del grupo. De llegarse a este punto, se aconseja explicarles el principio de atención a la diferencia y aceptación de la diversidad como una actitud necesaria para la convivencia. Se podría valorar en cada circunstancia la conveniencia de que sea alguno de los padres o tutores legales o el propio escolar (con el consentimiento de los padres o tutores legales) quien explique al resto del grupo-clase las características de su problema.



2. **Respecto a las tareas y deberes para el alumno o alumna con TDAH**, conviene reducir y fragmentar las actividades exigidas al resto de la clase, supervisar los ejercicios a medida que los acaba, mostrarse un poco más pendiente de su actuación y asegurarse de que ha realizado los deberes y conoce las tareas que tiene que desarrollar. Se combinarán las actividades y trabajos más estimulantes con otros menos motivadores. Se aconseja utilizar refuerzos y apoyos visuales en la instrucción oral, variar los ejercicios para que no se aburra, permitiendo que, cuando acabe una parte de la tarea, pueda ir a mostrársela al docente.

3. **Por lo que se refiere al trabajo en el aula** de las actividades propuestas por el profesorado, se tendrán en cuenta las dificultades de atención que muestran tales escolares. En este sentido conviene recordar las siguientes particularidades: presentan problemas para dividir su atención; mientras realizan una tarea, es difícil que atiendan a nuevas instrucciones dadas por el profesor o profesora. Por ello conviene asegurarse de que han entendido lo que se les dice, espaciando las directrices de trabajo de forma que demos una nueva consigna después de realizada la anterior y, en ocasiones, pidiéndoles de manera discreta, que repitan verbalmente lo que tienen que hacer. Sería aconsejable que las orientaciones para realizar los trabajos en el aula estuvieran escritas en un folio y fueran entregadas al escolar (o a todos los escolares) o bien se anotaran en la pizarra. De igual modo, sería adecuado mantener las rutinas del desarrollo de la clase y, ante los cambios de actividad, advertir individualmente al alumno o alumna con TDAH. Asimismo, conviene resaltar la información importante mediante subidas o bajadas del tono de voz, diferentes colores o tamaños en la escritura de las instrucciones, etc.

4. **En cuanto a la atención en clase**, se negociará con este alumnado periodos cortos de atención cuando realiza tareas individuales o en grupo, para ir aumentando de forma progresiva su duración. Se reforzará el esfuerzo por el aumento del tiempo de atención. Se procurará evitar que el alumno o alumna vaya de fracaso en fracaso en la realización de las tareas. Para ello se incluirán actividades (individuales o colectivas) donde pueda tener éxito, y se segmentarán en fases las más difíciles, negociando un tiempo para terminar cada fase.



5. En relación con el rendimiento en los exámenes o pruebas escritas se pactará con el alumnado con TDAH la fórmula más idónea de realizarlos, es decir, de forma oral o utilizando el ordenador, ello es debido a las dificultades de escritura que algunos escolares pueden presentar.



Si consideramos los inconvenientes que tienen dichos escolares para mantener la atención y concentración durante periodos prolongados, se aconseja dividir, al menos en dos sesiones, los exámenes o pruebas escritas que se aplicarían a toda la clase en una sola sesión, siendo flexibles en su duración. Se recomienda realizar pruebas cortas en días sucesivos antes que efectuar una larga en un solo día. El texto de los exámenes se presentará escrito en papel (en ocasiones, este alumnado es bastante lento copiando de la pizarra o al dictado).

Las preguntas habrán de ser breves y cerradas, siguiendo un solo modelo, pues la combinación de formas podría aumentar los fallos, los cuales no ocurren por desconocimiento de los conceptos, sino por la forma en que se formula la pregunta. Será procedente indicarle al escolar durante el examen que controle el tiempo y repase lo realizado.

6. En lo concerniente a la utilización de las estrategias expositivas se tendrá en cuenta las características de la memoria de trabajo del alumnado con TDAH. La memoria de trabajo es la capacidad que nos permite retener información inmediata (memoria a corto plazo) mientras estamos consultando información que ya hemos aprendido (memoria a largo plazo). Los escolares con TDAH suelen tener dificultades con la memoria de trabajo, ya que su capacidad está limitada por la cantidad de información retenida simultáneamente y la duración temporal en la que puede ser mantenida. Por ello el docente será consciente de que las explica-

ciones con cierto grado de complejidad demandan, por lo general, una mayor participación de la memoria de trabajo.

Para compensar esta carencia conviene que el profesorado cuando explique en presencia de un alumno o alumna con TDAH tenga en cuenta lo siguiente (Miranda, Amado, Jarque, 2001: 45): *a) utilizar frases cortas, claras, con construcciones sintácticas sencillas; b) focalizar la atención en los conceptos «claves» proporcionando al estudiante un listado antes de comenzar la explicación; c) presentar la idea principal explícitamente al principio de la explicación; d) instigar estrategias de categorización y de formación de imágenes mentales de los conceptos; e) proporcionar al alumnado un sistema de tutoría por parte de un compañero o compañera que le ayude a revisar los puntos fundamentales de la explicación y, a su vez, le dé la oportunidad al alumno o alumna con TDAH de explicar los conceptos a otro estudiante con más dificultades que él o ella en el aprendizaje.*

El docente se asegurará de que el alumno o alumna lo mira a los ojos y entiende lo expuesto; para tal fin le formulará algunas preguntas para que pueda contestarlas correctamente. Se aconseja ser pacientes con los movimientos continuos del escolar con TDAH en su pupitre, mientras no sean en exceso perturbadores. De igual modo, cuando tome apuntes conviene parar un minuto después de exponer un concepto para que pueda escribirlo, es decir, exagerar un poco más esta práctica de lo que se hace de manera habitual. Se deberá ser consciente de que cuando el alumnado con TDAH no pregunta suele estar «perdido» y que, de ordinario, no interviene para no quedarse en evidencia ante sus compañeros y compañeras.

Al alumnado de la ESO se le debe enseñar a tomar apuntes, a estudiar y a realizar exámenes mediante la instrucción directa y de forma individualizada. Esta tarea puede ser compartida entre el profesorado de las distintas materias y el especialista de apoyo a las necesidades educativas especiales del centro.



7. **Con referencia a la agenda**, el profesorado se esforzará en estimular su uso. Al igual que para otros alumnos y alumnas la agenda de deberes es muy útil, pero para los escolares con TDAH es imprescindible. No es fácil, sobre todo en la ESO, que cada docente supervise al final de la clase la agenda en la que el alumnado con TDAH recoge las actividades que ha de realizar o los temas que habrá de estudiar en casa. Las familias agradecerán esta práctica de antemano.

8. **En cuanto a la convivencia en el aula**, cada docente que imparte clase al grupo donde se encuentra el alumno o la alumna con TDAH ha de negociar unas cuantas normas de funcionamiento (no muchas) y las consecuencias para quienes no las cumplan. Es preferible que el equipo educativo llegue a un consenso y se fijen unas reglas mínimas comunes a todo el profesorado y otras (pocas) específicas



para cada área/materia, si fuera necesario. Tales normas deben estar escritas y visibles en el aula. De vez en cuando se repasarán estos acuerdos con el conjunto de la clase, pudiendo establecerse un código «secreto» dirigido al alumnado con TDAH para avisarle cuando está iniciando o está inmerso en una conducta inadecuada. Los niños y las niñas con TDAH mejorarán su comportamiento si disponen del mismo sistema de disciplina y convivencia día tras día. Debemos asegurarnos de que se entienden las normas y sus consecuencias al incumplirlas.

9. **En lo concerniente a la relación entre el alumnado y el profesorado**, este último evitará las discusiones o enfrentamientos verbales y retadores cuando se exige el cumplimiento de las normas o la aplicación de las consecuencias cuando no se cumplen. Se aconseja ser firmes, sin implicarnos emocionalmente y sin ser muy

duros en las expresiones y en los gestos. Conviene evitar humillaciones o culpabilizarlo delante de sus compañeros y compañeras.

A veces la persona con TDAH suele ser muy hostil, cuando simultáneamente presenta un trastorno negativista y desafiante. En estos casos el profesorado, ante conductas inadecuadas o expresiones hostiles e insultantes, no perderá la compostura y habrá de mantener el tono sin responder a sus provocaciones y decirle que su conducta no es aceptable. Se le atenderá en la medida en que se reduzca la conducta inadecuada y su actitud sea más correcta. Se tendrá presente que estas personas no actúan de esta manera porque quieren, sino porque no pueden evitar este comportamiento.

10. **Respecto al control de la conducta en el aula** conviene tener presente varios principios elementales que funcionan mejor cuanto menor edad tiene el alumnado con TDAH. Con este, y con todos los escolares se debería invertir la tendencia habitual que, a veces, mantienen los docentes, como señalar, llamar la atención o hacer hincapié en los errores, fallos y equivocaciones del alumnado, para, en su lugar, resaltar los pequeños avances, los éxitos o las conductas adecuadas mostradas por el alumnado. Se considerarán las siguientes recomendaciones:



- Cada vez que se produce una consecuencia positiva a una conducta, se aumenta la probabilidad de que se incremente dicha conducta.
- Las actividades realizadas con más frecuencia por un alumno o alumna pue-

den actuar como reforzadores positivos de otras actividades menos apetecibles. Cada sujeto requiere unos reforzadores muy concretos.

- El refuerzo ha de darse inmediatamente después de la conducta que queremos incrementar. Si se abusa de un reforzador, pierde su valor.
- Prestar atención a una conducta inadecuada, la refuerza. En clase, en lugar de mandar a callar, es mejor resaltar la conducta de los que están trabajando



en silencio. Al reprenderlo, reforzamos la conducta que deseamos eliminar.

- Se debe reforzar al escolar en cada paso o esfuerzo de aproximación a la conducta adecuada que pretendemos.
- Para producir un aumento rápido de frecuencia o intensidad de una conducta adecuada se ha de reforzar cada vez que ocurra esta. Para mantenerla, se ha de recompensar solo de vez en cuando.
- La atención del docente (elogio, aprobación) es un potente y eficaz reforzador de aquellas conductas que queremos incrementar en clase.
- Una estrategia eficaz para eliminar conductas inadecuadas consiste en no prestar atención cuando el escolar las realiza, siempre y cuando no esté en peligro su integridad física, la del profesor o la del resto de la clase. Para aplicar esta estra-

tegia debemos tener en cuenta que a la vez que tratamos de extinguir la conducta inadecuada, reforzaremos conductas adecuadas e incompatibles con aquellas.

11. **En cuanto a la aplicación de sanciones** derivadas del empleo de la normativa recogida en el decreto de derechos y deberes, convendría considerar que el alumnado diagnosticado con TDAH, en ocasiones, no tiene control sobre su propia conducta y, por tanto, es necesario agotar previamente todas las medidas de conciliación. Las sanciones serán proporcionales al grado y tipo de la enfermedad, a otros problemas psiquiátricos añadidos y a las circunstancias médicas por las que pase el escolar. Debemos ser conscientes de que las medidas sancionadoras se toman con la intención de mejorar y cambiar la conducta del alumno o alumna. Habrá algunas conductas que por la enfermedad del escolar no van a cambiar de forma inmediata con una sanción, pudiendo ser más efectivo el tratamiento médico y psicopedagógico adecuado. Por ello se tendrá presente lo mencionado antes de decidir el tipo y grado de la sanción. En cualquier caso, no existe en la normativa actual ninguna exención ni especificidad para este alumnado.

12. **En lo concerniente a sus dificultades o manifestaciones de pereza**, debemos ser conscientes que, en ocasiones, la persona con TDAH puede utilizar su enfermedad como excusa para trabajar menos o comportarse como quiera. En este caso, se mantendrá la exigencia para que actúe conforme a las normas y haga sus tareas, diferenciando si realmente presenta una dificultad o está siendo perezosa o indisciplinada.



3. ¿CÓMO SE INICIA EL PROCESO DE DETECCIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR?

El recorrido del proceso de detección debe comenzar en el centro educativo ante la sospecha del profesorado o de las familias, tal como lo plantea Orjales (2005) y Miranda, Amado y Jarque, (2001).

Cuando en el entorno familiar se perciban indicios de que determinado escolar puede poseer necesidades educativas especiales asociadas al TDAH o cuando en el centro educativo el equipo docente considere que el alumno o la alumna necesita la adopción de medidas excepcionales por manifestar determinados síntomas y señales de alerta de un posible TDAH, y esté suficientemente acreditado a juicio de la Comisión de Coordinación Pedagógica, con la conformidad de los padres, se iniciará una valoración previa por el orientador u orientadora con la recopilación de datos, que incluya una entrevista a la familia, al profesorado y al estudiante (si cursa la ESO).

Considerando la valoración previa realizada y la opinión de la Comisión de Coordinación Pedagógica sobre aquella, la dirección del centro educativo podrá solicitar, mediante el respectivo orientador u orientadora, la evaluación psicopedagógica al coordinador o la coordinadora del EOEP de zona, con la conformidad de los padres o tutores legales del interesado. En el supuesto de que el EOEP de zona desestimara la realización de la evaluación solicitada, lo justificará razonadamente por escrito a la dirección del centro y a los padres o tutores legales a través del coordinador o de la coordinadora.

Para efectuar la valoración previa citada, podrán utilizarse los cuestionarios adaptados a padres y madres, profesorado y alumnado, con los indicadores propuestos por la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-IV), para detectar el déficit de atención con hiperactividad. En este documento se adjunta una propuesta del citado cuestionario, y se recomienda que cada respuesta sea ilustrada con dos situaciones o ejemplos de la conducta señalada. En Educación Primaria el orientador u orientadora entrevistará al tutor, y en la ESO, al profesorado tutor y al profesorado del equipo educativo; también se podrán emplear en estas entrevistas otras escalas y cuestionarios para obtener información del contexto familiar y de los hábitos y habilidades de autonomía del alumno o alumna.

Una vez iniciado el informe psicopedagógico, es aconsejable valorar, mediante la aplicación de pruebas formales, el control inhibitorio, la atención y la inteligencia general. El control inhibitorio permite la autorregulación y ayuda a inhibir el comportamiento, suprimiendo, demorando o cesando comportamientos inapropiados en un momento determinado. Nos interesa conocer este dato en los casos en los que los cuestionarios nos aporten suficientes indicadores de la presencia de un posible TDAH subtipo impulsivo o combinado. Medir la atención mediante una prueba afianza o no la sospecha de un TDAH subtipo inatento. Evaluar la inteligencia se hace necesario para descartar que, de existir problemas atencionales, no se deben a una escasa habilidad intelectual.

En el supuesto de observarse la presencia de indicadores suficientes de algún subtipo del TDAH, se profundizará en el conocimiento conductual del estudiante utilizando otras escalas de estimación del comportamiento, cumplimentadas en entrevistas con la familia y el profesorado. Su finalidad es evaluar la variación situacional, ayudar a conocer la persistencia y severidad de los síntomas, así como realizar inventarios de problemas donde se podrían detectar indicadores de dificultades o de trastornos asociados al TDAH. Es necesario que el profesorado proporcione información de la competencia curricular y de las dificultades de aprendizaje que el alumno o la alumna pueda presentar.

En el supuesto de que en el escolar explorado se fuera confirmando la presencia de indicadores o señales de alerta de algún subtipo de TDAH, el orientador u orientadora con la información disponible hasta ese momento, elaborará y firmará un «Informe educativo», destinado a los servicios sanitarios, conforme al protocolo establecido, mientras continúa la valoración psicopedagógica.

El contenido del informe citado se comunicará a los padres o tutores legales, informándoles de la necesidad del reconocimiento del escolar por su pediatra o médico de familia del Centro de atención primaria para que realice el diagnóstico clínico y el tratamiento y seguimiento que proceda, entregándoles una copia de éste para que la familia o tutores legales efectúen el traslado, si lo estiman oportuno.

El pediatra o médico de familia con los datos aportados por el centro y la familia, una vez concluidas todas las exploraciones oportunas, informará por escrito de los resultados a los padres o tutores legales, debiendo comunicarles la necesidad de entregar dicha información en el centro educativo (al director o directora) con la finalidad de optimizar la respuesta educativa que precisa el alumno o la alumna.

Se habrá de tener en cuenta que, en algunas ocasiones, las necesidades educativas de este alumnado no son exclusivamente curriculares, y pueden verse condicionadas por las posibles dificultades de aprendizaje, requiriendo, a veces, otros recursos para resolver sus problemas conductuales relacionados con la escasa atención, poco control de la conducta, los obstáculos para desarrollar autoinstrucciones, el déficit en las habilidades sociales, etc. Por ello, se hace necesario una evaluación psicopedagógica para ajustar la intervención en todos los ámbitos y se proporcionen orientaciones oportunas sobre la óptima respuesta educativa para el alumno o alumna. De esta manera, la convergencia, por una parte, de la respuesta médica recogida en el plan de actuación con el tratamiento y seguimiento y, por otra la respuesta educativa reunida en el informe psicopedagógico, proporcionarán al alumnado las medidas más eficaces para tratar sus dificultades.

En el caso de que un alumno o una alumna disponga del diagnóstico clínico realizado por el Servicio de atención primaria de salud, en el que se indica que presenta un TDAH y del correspondiente tratamiento y seguimiento médico, sin que se haya sometido a una evaluación psicopedagógica, no será necesario ningún trámite previo para que el orientador u orientadora del centro, con la conformidad de los padres o tutores legales, inicie la evaluación psicopedagógica en el orden de prioridad que le corresponda según los criterios fijados respecto al resto de las valoraciones que se han de realizar.

La intervención educativa no se habrá de retrasar en espera de la confirmación del diagnóstico clínico, debiéndose tomar medidas educativas desde el momento que se inicia el proceso y se observen que son necesarias por el equipo educativo y el orientador u orientadora.

El seguimiento de los casos detectados e identificados se realizará mediante la coordinación que se establezca entre los orientadores y orientadoras de los centros educativos y los profesionales de las unidades de salud mental, los pediatras o los médicos de familia, según corresponda. Estos contactos podrán ser telefónicos, por correo electrónico, presenciales, etc. Una de las finalidades del seguimiento es el intercambio de información sobre la evolución y eficacia de las medidas de intervención que se aplican al escolar. Los seguimientos se reflejarán por escrito en un protocolo establecido al efecto.

4. ¿QUÉ SE PUEDE HACER EN LOS CENTROS EDUCATIVOS CON LOS ALUMNOS Y ALUMNAS QUE PRESENTAN TDAH?

En primer lugar, los docentes tendrán en cuenta las orientaciones expuestas en otro lugar de este documento. No se pretende generalizar para todos los TDAH, pues existe una serie de estrategias y técnicas que son de gran utilidad para el profesorado en el control de la conducta y mejora de los aprendizajes del escolar, debiendo ajustar su aplicación a cada caso y confiando en la creatividad, la preparación y el esfuerzo de cada educador o educadora. Es evidente que algunas estrategias requieren una atención más individualizada y temporal, las cuales podrán ser aplicadas por el profesorado de apoyo a las NEE (25-50% de los casos). Muchas otras estrategias se pueden llevar a cabo por el profesorado tutor o de área/materia en su actividad docente regular, precisando orientación y formación. La orientación será dispensada por los orientadores y orientadoras de los centros y la formación se ha de adquirir acudiendo a las convocatorias de cursos y seminarios que se establezcan anualmente por la Administración educativa.

Las técnicas para la modificación de la conducta (también aplicables en el contexto familiar) están basadas en el refuerzo positivo, la economía de fichas, la retirada de atención, el costo de respuesta, el tiempo fuera, etc.; de igual forma son aplicables los procedimientos cognitivos conductuales como la autoevaluación, las autoinstrucciones, el entrenamiento en habilidades para la solución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales, etc., para dotar al alumno o alumna con TDAH de instrumentos que ayuden a controlar su conducta. Todas estas técnicas constituyen importantes y eficaces recursos en manos del profesorado que se haya formado adecuadamente en su conocimiento y aplicación.

Por consiguiente, las dificultades de aprendizaje que puedan presentar estos alumnos y alumnas deberán ser tratadas, según su gravedad, por el profesorado especialista y por el resto del equipo docente.

Por último, es necesario que el profesorado y el orientador o la orientadora del centro sean capaces de asesorar a las familias de estos escolares sobre aspectos sencillos y fáciles de aplicar en casa y realizar su seguimiento. Por tanto, conviene orientar a las familias a proporcionar en su hogar una estructuración y supervisión diaria de la vida del escolar, a negociar normas y consecuencias, a programar sus tareas domésticas, a darles advertencias y margen de tiempo ante con-

ductas inadecuadas, a aplicar sencillas técnicas de modificación de conducta, etc. Se debe evitar el enfrentamiento o la mutua culpabilización por la conducta del alumno o alumna entre familias y docentes. En las reuniones de coordinación deben buscarse soluciones concretas a los problemas, procurando señalar ambas partes lo que pueden hacer para ayudarle. En definitiva, el profesorado se coordinará con los padres o tutores legales y con el orientador o la orientadora para guiar mejor la conducta y los aprendizajes del escolar. Tanto las familias como el profesorado deberán entender la actuación sobre el alumno o alumna como un trabajo en equipo hacia una meta común.

REFERENCIAS

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2003).DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- BRETON, J.J., L.BERGERON, J.P. VALLA, 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.
- BROWN,T.(2003). *Trastornos por déficit de Atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson S.A.
- COHEN, P., J.COHEN, S.KASEN, 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.
- GÓMEZ-BENEYTO, M., A.BONET, , M.A.CATALÁ, E.PUCHE, V.VILA, (2004). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand*, 89, 352-357.
- MIRANDA,A., L.AMADO, S. JARQUE,(2001).*Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe
- ORJALES,I. (2005), *Déficit de atención con hiperactividad .Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.

Anexos

CUESTIONARIO PARA PADRES, MADRES Y PROFESORADO

(Extraído del DSM-IV y adaptado por Díaz y Jiménez, 2006)

Nombre: _____ Apellidos: _____

Curso: _____ Edad: _____ Fecha: _____ Centro: _____

Contesta Sí o No a cada pregunta poniendo una X en el lugar correspondiente. Debajo escriba dos situaciones o ejemplos que ilustren lo que haya señalado:

1. Suele prestar atención suficiente a los detalles y no comete errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades.Sí () No()

2. Suele tener dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego.Sí () No()

3. Parece no escuchar cuando se le habla directamenteSí () No()

4. Suele seguir instrucciones y finalizar tareas escolares, encargos u obligaciones.....Sí () No()

5. Suele tener facilidad para organizar tareas y actividadesSí () No()

6. A menudo le gusta dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)Sí () No()

Programas de Innovación Educativa

7. Suele extraviar objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)Sí () No()

8. Con frecuencia se distrae fácilmente.....Sí () No()

9. Suele ser cuidadoso en las actividades diariasSí () No()

10. A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.....Sí () No()

11. Acostumbra a estar tranquilo en su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.....Sí () No()

12. De forma reiterada corre o salta en situaciones en que es inapropiado hacerloSí () No()

13. Tiene facilidad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocioSí () No()

14. Suele estar tranquilo y actuar de manera sosegada.....Sí () No()

Programa para la atención educativa del alumnado con TDAH

15. Con frecuencia habla en excesoSí () No()

16. A menudo da las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.....Sí () No()

17. Suele tener dificultades para guardar el turnoSí () No()

18. A menudo interrumpe o interfiere en las actividades de otros (por ejemplo, en conversaciones o juegos)Sí () No()

CUADRO DEL PROCESO PARA LA IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN CON EL ALUMNADO QUE PRESENTA TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH).

