

BORDÓN

Revista de Pedagogía



Volumen 67
Número, 3
2015

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDAGOGÍA

PATRONES DIFERENCIALES ENTRE PADRES Y PROFESORADO EN LA DETECCIÓN DE TDAH

Differential patterns between parents and teachers in detecting ADHD

PURIFICACIÓN SÁNCHEZ-DELGADO

Universitat de València

ANA ROSA BODOQUE OSMA

Universidad de Castilla-La Mancha

JESÚS MIGUEL JORNET MELIÁ

Universitat de València

DOI: 10.13042/Bordon.2015.67308

Fecha de recepción: 16/06/2014 • Fecha de aceptación: 20/10/2014

Autor de contacto / Corresponding Author: Purificación Sánchez-Delgado. E-mail: purificacion.sanchez@uv.es

Fecha de publicación *online*: 18/05/2015

INTRODUCCIÓN. El diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ha ido incrementando en los últimos años (CDC, 2014; UNESCO, 2011: 14). Los criterios sobre el TDAH se han ido aclarando entre la comunidad científica. Sin embargo, se trata de un trastorno complejo que requiere la participación en el diagnóstico de un equipo multidisciplinar. **MÉTODO.** En este estudio se analiza, con una muestra (N = 331) de alumnado de 6 a 9 años de Cuenca, la existencia de patrones diferenciales entre las dos valoraciones, mediante las Escalas EMA-D.D.A. (García-Pérez y Magaz, 2006). Se utilizan diversas aproximaciones de contraste de hipótesis, así como se valora la consistencia interna de las escalas. **RESULTADOS.** Las diferencias que se observan apuntan al influjo diferencial del contexto observacional y es coincidente con los resultados obtenidos en otros estudios. **DISCUSIÓN.** En el diagnóstico se requiere de una detección escolar, y una evaluación clínica y otra neurológica. En la detección escolar se utilizan escalas de evaluación comportamental, a las que responden padres y profesorado. El establecimiento del diagnóstico requiere que ambas valoraciones sean positivas, es decir, coincidentes en la detección de condición TDAH. Los estudios realizados muestran que existen diferencias entre ambas valoraciones hecho que analizaremos en la interpretación y conclusiones del presente trabajo.

Palabras clave: TDAH, Diagnóstico, Detección escolar, Análisis diferencial, Valoración de padres y profesorado.

Introducción

En la 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. La falta de las habilidades requeridas, donde se pide al niño una atención y un comportamiento adecuados, 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 TDA-H, donde, de forma genérica, se incluyen alumnos cuyo diagnóstico no está claro.

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. Cuando los niños no son bien diagnosticados pueden recibir tratamientos que les perjudiquen (Morrow, Wright, Maclure, Taylor y Dormuth, 2012). Por ello, es de suma importancia que aclaremos la diferencia entre niños inquietos, ansiosos o inadaptados emocional y socialmente de aquellos que presentan un comportamiento y funcionamiento cognitivo que puede llegar a ser patológico en el caso de que exista una elevada intensidad de una sintomatología, pudiendo generar problemas de adaptación para poder ofrecerles una atención educativa y social acorde a sus necesidades (Orjales, 2003).

La identificación de este tipo de niños o niñas nace inicialmente en el seno de la familia o en el de la escuela. Por ello, buena parte de las escalas que se utilizan para el diagnóstico implican la valoración del comportamiento de los niños por parte del profesorado y de los padres. Sin embargo, existen evidencias acerca de que ambas valoraciones no son concurrentes sino en todo caso complementarias, pues el tipo de comportamientos que pueden darse en

ambos ambientes (escolar y sociofamiliar) no son necesariamente los mismos, ni tampoco la percepción que puedan tener al respecto padres y profesores. Su detección y diagnóstico es compleja pues necesita de una detección que puede ser escolar-familiar o clínica, pero el diagnóstico debe llevarlo a cabo un profesional clínico especializado.

El estudio que aquí presentamos forma parte de una investigación más amplia realizada en Cuenca, dirigida a estudiar las claves evaluativas que nos permitan mejorar los patrones diagnósticos de esta casuística.

En este artículo presentamos una breve revisión conceptual de la definición de TDAH, unas reflexiones acerca del proceso de evaluación/diagnóstico para su detección escolar y un estudio diferencial entre los patrones de valoración que presentan padres y profesores a partir de las *Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención -EMA-D.D.A* (García-Pérez y Magaz, 2006) en niños de entre 6 y 9 años de edad.

Algunas notas respecto al concepto de TDA-H

El trastorno que hoy en día conocemos como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha tenido múltiples nombres y ha sido determinado como alteración, trastorno, síntoma, síndrome y/o reacción. Esta variedad de términos refleja la dificultad para establecer un único concepto del mismo. Las primeras referencias acerca de esta problemática (aunque no identificada con esta denominación) se remontan al siglo XVIII. Sin embargo, no haremos una revisión detallada de su evolución, dado que excedería con mucho el espacio disponible, y nos centraremos en las características que se le reconocen al TDAH en la actualidad. En el cuadro 1 se recoge una síntesis histórica de la evolución del concepto hasta el DSM-IV, en el que por primera vez se distinguen tres subtipos:

hiperactivo-impulsivo, hiperactivo-inatento y combinado. La revisión del manual dio como resultado el DSM-IV-TR (APA, 2002), en el que se definieron mejor los criterios de evaluación, así como la descripción de las

diferentes categorías diagnósticas al recoger una información más detallada sobre los propios criterios diagnósticos, en la que se describían aspectos clínicos determinantes sobre los trastornos (Sandin, 2013).

CUADRO 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad hasta el de TDA-H

Año	Autor	Referencia
1798	Alexander Crinchtton	Inquietud mental
1846	Hoffman	El intranquilo
1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales
1876	Ferrier	“Defecto de una función motor-inhibitoria” del lóbulo frontal
1877	Ireland	Perturbaciones conductuales.
1892	Cloustond	Estados de defectuosa inhibición asociados al exceso de actividad
1892	Tuke	Síntoma de enfermedad impulsiva
1892	Maudsley	Hiperactividad síntoma central del trastorno “niños inestables”
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales. Hiperexcitabilidad
1901	Denoor	Corea mental
1902	Still	Defecto del control moral
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito
1901	Demoor	Corea mental
1905	Boncour	Escolar inestable
1913	Durot	Pionero en diferenciar síntoma y síndrome
1914	Heuyer	La hiperactividad como síndrome
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica
1923	Vermeylen	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo
1925	Wallon	Alteración de la subcortezaintegradora
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno hiperkinético
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica
1936	Blau	Lesiones en el lóbulo frontal
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal
1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil
1956	Hoff	Trastorno hiperkinético
1957	Laufer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talámica del SNC
1960	Chess	Trastorno hiperkinético
1968	DSM-II	Reacción hiperkinética de la infancia
1972	Douglas	Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad

CUADRO 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad hasta el de TDA-H (cont.)

Año	Autor	Referencia
1962	Clemens y Peters	Daño cerebral mínimo
1978	CIE-9	Trastorno hiperactivo de la infancia
1980	DSM-III	Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad
1987	DSM-III-TR	Déficit de atención con hiperactividad
1992	CIE-10	Trastorno de la actividad y de la atención (en trastornos hiperactivos)
1994/2000	DSM-IV y DSM-IV-TR	El TDAH. Tres subtipos: hiperactivo-impulsivo, hiperactivo-inatento y combinado

Fuente: adaptado de Navarro González y García-Villamizar, 2010.

Los criterios normalizados para determinar el diagnóstico del TDAH y del subtipo se establecen mediante unos estándares clínicos, atendiendo a la presencia/ausencia de unos síntomas y de su grado de intensidad, en nuestro caso hemos utilizado los establecidos en el DSM-IV-TR (APA, 2002). 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. Estos mismos criterios están ahora recogidos

en el DSM-5 (AAP, 2013) aunque con pequeños cambios y son coincidentes en su mayor parte con los de la CIE-10 (OMS, 1995), que en breve sacará su undécima edición. Casualmente las últimas versiones de ambos manuales son las más próximas entre sí, en cuanto a criterios y nomenclatura se refiere. En el cuadro 2 se recogen los criterios diagnósticos del TDAH en diferentes versiones del DSM y la CIE-10 de forma que nos permite observar los cambios que se han producido a lo largo de las distintas ediciones.

CUADRO 2. Comparación de los criterios diagnósticos del TDAH en diferentes versiones del DSM y la CIE-10

	DSM-III	DSM-III-TR	DSM-IV y DSM-IV-TR	DSM-5	CIE-10
Denominación	Trastorno por déficit de atención	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno hiperactivo
Edad de inicio	Antes de los siete años (de forma típica a los tres)	Antes de los siete años (en la mitad de los casos antes de los cuatro años)	Antes de los siete años	Algunos síntomas estaban antes de los doce años	Antes de los seis años
Duración de los síntomas	Al menos seis meses	Al menos seis meses	Al menos seis meses	Al menos seis meses	Al menos seis meses

CUADRO 2. Comparación de los criterios diagnósticos del TDAH en diferentes versiones del DSM y la CIE-10 (cont.)

	DSM-III	DSM-III-TR	DSM-IV y DSM-IV-TR	DSM-5	CIE-10
Síntomas centrales	Falta de atención, impulsividad e hiperactividad	Falta de atención, impulsividad e hiperactividad	Desatención, e hiperactividad-impulsividad	Inatención y/o hiperactividad-impulsividad	Falta de atención e hiperactividad
Nº de síntomas necesarios para el diagnóstico del trastorno	Al menos tres de falta de atención e impulsividad (de los cinco propuestos para desatención y seis para impulsividad) y dos o más de hiperactividad (de los cinco propuestos)	Ocho o más (de los catorce propuestos)	Seis o más de desatención o de hiperactividad-impulsividad (de los nueve propuestos para cada agrupación)	En pacientes menores de 17 años: 6 síntomas de inatención y/o 6 de hiperactividad/impulsividad. En pacientes de 17 años o más: 5 síntomas de inatención y/o 5 de hiperactividad/impulsividad	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
Necesaria la presencia de síntomas en más de un contexto	No	No	Sí en dos o más (casa y escuela, escuela/ trabajo)	Sí algunos síntomas en dos o más (casa y escuela, escuela/ trabajo)	Sí en más de uno (casa, contexto escolar o en evaluación clínica y psicométrica)
Otras áreas afectadas por el trastorno	Frecuentemente el deterioro escolar y social	Frecuentemente el deterioro escolar y social	Actividad social, académica o laboral	Actividad social, académica o ocupacional	Actividad social, académica o laboral
Subtipos	– Trastorno por déficit de atención con hiperactividad – Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad – trastorno por déficit de atención tipo residual	– Trastorno por déficit de atención indiferenciado	– Con predominio del déficit de atención – Con predominio hiperactivo-impulsivo – Tipo combinado – No especificado	– Con predominio del déficit de atención – Con predominio hiperactivo-impulsivo – Tipo combinado – TDAH Especificado /TDAH No especificado	– Trastorno de la actividad y la atención – Trastorno hipercinético disocial – Otros trastornos hipercinéticos – Trastorno hipercinético sin especificación

Fuente: adaptación de Amador, Forns y González, 2010: 55.

El trastorno por déficit de atención —con o sin hiperactividad— 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 y que sigue manifestándose a lo largo

de su adolescencia e incluso perdura en la edad adulta aunque con distintas manifestaciones.

La triada característica del TDAH la constituye el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, y se clasifica en función de los

síntomas. Estos son utilizados para el diagnóstico, llevando en algunas ocasiones a confusión.

¿Cuál es su etiología? En un principio sus causas eran desconocidas y se fueron atribuyendo a infecciones, traumatismos, daños cerebrales, etc. Estudios realizados por Buchsbaum y Wender en 1973 (citados en González Acosta, 2006) 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. Las distintas investigaciones se han ido sucediendo en el tiempo y aportando datos esclarecedores.

En este sentido, muchos trabajos señalan que los niños con TDAH además de la inatención y del comportamiento hiperactivo-impulsivo manifiestan problemas en las funciones ejecutivas, que afectan la inhibición, memoria de trabajo, planeación, organización, iniciativa, flexibilidad mental, entre otras funciones (p.e., Houghton *et al.*, 1999; Pennington y Ozonoff, 1996; Pineda, Ardila, y Rosselli, 1999; Shallice *et al.*, 2002). Estas dificultades se han puesto en evidencia por medio de pruebas neuropsicológicas específicas. Se sabe que la corteza prefrontal constituye el sustrato esencial del funcionamiento ejecutivo, ya que determina la inhibición activa de las acciones irrelevantes mientras facilita el curso de aquellas dirigidas a un objetivo (Miller y Cohen, 2001). Esto le permite controlar niveles simultáneos del procesamiento, selección, mantenimiento, actualización y reorientación de la conducta, explicando asimismo, la regulación emocional de la misma (Shimamura, 2000).

Esto explicaría la dificultad que tienen los individuos con TDAH para frenar las respuestas impulsivas, para detener las conductas que ya estaban en marcha, para resistir a la interferencia, para organizar de manera secuencial sus actividades y para mantener los esfuerzos cognitivos centrados en una sola actividad (López-Campo, 2004). Todo ello, se relaciona con el

modelo de disfunción ejecutiva en las personas con TDAH (Vaquerizo-Madrid, Estévez-Díaz y Pozo-García, 2005).

Barkley (2002) 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.

En el 2006 no existía ninguna duda de que el TDAH era un *trastorno neurobiológico, en el que influyen factores biológicos y ambientales* (Muñoz Yunta, Palau, Salvadó y Valls, 2006: 184). Unos años más 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, en el que confluyen además de factores psicobiológicos, otros ambientales y/o educativos. Otros estudios como los realizados con tomografía por emisión de positrones (PET) determinan que las personas que presentan TDAH utilizan menor cantidad de glucosa en las áreas que controlan la atención (Kollins, 2009). Y los realizados por Biederman y Faraone en 1990 (citado en Martínez y Conde, 2009) determinan influencias genéticas en hermanos hasta en un 80%, y sostienen que aproximadamente un 25% de familiares de primer grado de niños con TDAH, presentan también este trastorno.

Por tanto, los niños con TDAH presentan alteraciones en procesos cognitivos, conductuales y emocionales que dificultan la realización de tareas de la vida cotidiana y la adaptación social (Ramos-Loyo, Taracena, Sánchez-Loyo, Mature y González-Garrido, 2011).

Además de los factores genéticos existen factores ambientales que se han asociado con aumento de riesgo de presentar TDAH (Thapar, Cooper, Jefferies, y Stergiakouli, 2012) y médicos como hipertensión, anemia, sepsis urinaria

de la madre, partos prolongados, edad gestacional de más de 40 semanas, sufrimiento fetal, que también podrían provocarlo (Guillen, Gracia Marco, Sánchez García y Herreros Rodríguez, 2002).

Durante los últimos 20 años las técnicas de neuroimagen han demostrado que está asociado a alteraciones morfológicas, funcionales y de la conectividad de varios circuitos frontoestriadosparietales y frontocerebrales que intervienen en las funciones ejecutivas (Rubia, Alegría y Brinson, 2014).

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, Sergeant, Guillberg y Biederman, 2003), de ahí que sea un tema controvertido pues puede variar dependiendo de los medios diagnósticos, los criterios utilizados e incluso el país donde se realice el estudio (Cardo y Servera,

2005). En España se estima que hay una prevalencia del 5% (Cardo, Servera y LLobera, 2007), lo que equivaldría a uno o dos niños por aula.

Según la revisión realizada sobre estudios de prevalencia en torno al TDAH, a pesar de tener unos criterios diagnósticos marcados por la CIE o el DSM, todavía podemos observar discrepancias en los porcentajes de prevalencia que nos ofrecen. Las causas de las mismas se pueden valorar en el cuadro 3 donde queda reflejada la disparidad de datos de las últimas décadas y podemos ver diferentes aspectos (criterios, edades...) que contribuyen a estas diferencias. Como podemos observar, en los estudios realizados en diferentes países, la prevalencia va desde el 0,78 al 20,4% de valores mínimo y máximo recogidos en el cuadro. Esta variabilidad puede deberse tanto al contexto geográfico como al año de realización del estudio, edad de los sujetos de la muestra, así como a los criterios utilizados para realizar el diagnóstico. En este sentido, podemos señalar que el criterio utilizado es determinante en los datos de prevalencia como puede verse claramente si nos fijamos por ejemplo en el caso de Hong Kong o Alemania.

CUADRO 3. Síntesis de estudios sobre prevalencia de TDAH

Estudio	Año	País	Criterios	Edades	Prevalencia
Esser <i>et al.</i>	1990	Alemania	ICD-9	8 años	4,2%
Pelhalm <i>et al.</i>	1992	EE.UU.	DSM-III-R	Preescolar a 8º grado	7,1%
Galluci <i>et al.</i>	1993	Italia	DSM-III-R	4º grado	3,9%
Baumgaertel <i>et al.</i>	1995	Alemania	DSM-III-R DSM-IV	5 a 12 años 5 a 12 años	9,6% 17,8%
Leung <i>et al.</i>	1996	Hong Kong	DSM-III DSM-III-R CIE-10	1º grado 1º grado 1º grado	6,1% 8,9% 0,78%
Verhulst <i>et al.</i>	1997	Holanda	DSM-III-R	13 a 18 años	7,9%
Gaub y Carlson	1997	EE.UU.	DSM-IV	6 a 9 años	8%
Gomez <i>et al.</i>	1999	Australia	DSM-IV	5 a 11 años	2,4%
Guardiola <i>et al.</i>	2000	Brasil	DSM-IV	1º grado	18%

CUADRO 3. Síntesis de estudios sobre prevalencia de TDAH (cont.)

Estudio	Año	País	Criterios	Edades	Prevalencia
Rowland <i>et al.</i>	2001	EE.UU.	DSM-IV	1º-5º grado	16%
Pineda <i>et al.</i>	2001	Colombia	DSM-IV	4 a 7 años	17,1%
Montiel- Nava <i>et al.</i>	2002	Venezuela	DSM-IV	6 a 12 años	7%
Cornejo <i>et al.</i>	2005	Colombia	DSM-IV	4-17 años	20,4%
Cardo <i>et al.</i>	2007	España	ADHD-RS-IV	6-11 años	4,6%
Rodríguez <i>et al.</i>	2009	(Castilla La Mancha) España	DSM-IV	6-16 años	6,66%
Alloway <i>et al.</i>	2010	Reino Unido	ADHD-RS-IV	10	8%
Jiménez <i>et al.</i>	2012	(Canarias) España	ADHD-RS-IV	6-12 años	4,9%

Fuente: extraído y adaptado a partir Díaz, Jiménez, Rodríguez, Alfonso y Ariles (2013: 157).

La *comorbilidad* de esta patología es muy alta como demuestran numerosos estudios, entre ellos está el realizado por Kadesjo y Gillberg (2001) en el que un 87% de niños que cumplían criterios del trastorno TDAH tenían al menos un diagnóstico comórbido (Larson y Liverman, 2011). 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. Asimismo, 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, le dificultan a lo largo de su desarrollo biopsicosocial, y la inmadurez neuroevolutiva

se ve reflejada en su desarrollo (Barkley, 2011).

Esta comorbilidad tan alta contribuye a la heterogeneidad en las manifestaciones clínicas y da lugar a un diagnóstico poco específico, en algunas ocasiones.

Consideraciones diagnósticas en TDAH

En cuanto al diagnóstico del TDAH es una labor compleja, ya que debe realizarse desde un punto de vista multidisciplinar. La forma de evaluar sigue planteando ciertas dudas, hecho que no debe sorprendernos cuando ni en el DSM-IV o el DSM-5 (ver cuadro 4), ni en la CIE-10, aparece una definición al uso de dicha patología y tan solo se enumeran unos rasgos de conducta.

En el DSM-IV TR 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”.

CUADRO 4. Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Criterios	DSM-IV-TR	DSM-5
A	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
B	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
C	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
D	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
E	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: extraído de DSM-IV-TR y DSM-5.

Esto da lugar a dificultades de precisión en el diagnóstico. 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, lo que aún dificulta más el diagnóstico.

Al ser una patología que puede afectar al desarrollo integral del niño y que se mantenga 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) y 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).

En España también se han editado distintas guías tanto desde el ámbito sanitario como educativo, estas han sido elaboradas por comités de investigación. En ellas se aborda 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 (ver cuadro 5).

El proceso de evaluación normalmente comienza bien por solicitud de los padres (movidos por iniciativa propia o por el colegio) o por el pediatra, al haber notado una conducta inapropiada, sin olvidar que ciertas conductas infantiles son fáciles de confundir con algunos síntomas de TDAH. El proceso es el siguiente:

1. Entrevista: con los padres, profesores, niño.
2. Valoración mediante las escalas de evaluación del comportamiento. Evaluación médico-pediátrica.
3. Valoración por parte del Equipo Infanto-Juvenil. Tests y pruebas clínicas.
4. Observación directa del comportamiento.
5. Informe, diagnóstico y tratamiento.

Debido a la falta de coincidencia en la valoración de las pruebas entre padres y profesores (ambos cuestionarios han de dar positivo por exigencias del DSM-IV o de la CIE-10 para tener condición TDAH y poder ser evaluados) es necesario que estas se apoyen en pruebas objetivas de laboratorio y en registros de observación conductual.

Las pruebas clínicas neurológicas permiten 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).

En los cuadros 6 y 7 se recogen las pruebas comportamentales más usuales (seleccionadas en AACAP, 2007), así como los tests neurológicos más difundidos en la exploración del TDAH (citados por Etchepareborda, Paiva-Barón y Abad, 2009).

CUADRO 5. Síntesis de guías de apoyo para la detección del TDAH en España

Autor/Fundación	Año	Características de las guías Observaciones
ADANA: Fundación Ayuda al Déficit de Atención en Niños, Adolescentes y Adultos	2006	Dirigida a educadores. Finalidad: detección y guía de intervención. Base: DSM-IV
STILL: Asociación balear de niños con TDAH	2006	Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	2011	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
Ministerio de Educación, Cultura y Deporte	2012	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

Fuente: elaboración propia.

Además de las pruebas comportamentales que se han desarrollado en el extranjero y que se ha ido traduciendo al castellano, ya desde hace unos años, disponemos de una escala que se ha popularizado en la actividad psicopedagógica. Se trata de las *Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención* —EMA-D.D.A.— (García-Pérez y Magaz, 2003, 2006). El EMA-D.D.A. es un instrumento de observación conductual que permite identificar niños que puedan poseer condiciones de base biológica conocidas como TDA o TDAH. Esta escala es la que hemos utilizado en el presente trabajo y 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. Son, pues, escalas muy útiles y de fácil manejo en el ámbito escolar:

En este sentido, y considerando la importancia que tiene el diagnóstico precoz y la dificultad para llevar a cabo pruebas neurobiológicas, pruebas genéticas o análisis bioquímicos que puedan determinar si un niño presenta o no

CUADRO 6. Resumen de las escalas de valoración del comportamiento más utilizadas en la evaluación y el tratamiento del TDAH

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

Fuente: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 2007: 899.

TDAH, debemos basarnos en los estudios de comportamiento para valorar la intensidad de la conducta del niño y concluir si esta 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, dado que es donde el niño pasa más horas y con quienes se desenvuelve con mayor naturalidad. De ahí el interés de centrar este estudio en el funcionamiento diferencial de la identificación que realizan padres y profesorado.

Estudio empírico

Planteamiento del problema y objetivos

La detección precoz de un TDAH es fundamental para poder conseguir mejores niveles de éxito en la intervención, y evitar que esta problemática se vaya, en su desarrollo, asociando a otros factores. La complejidad del diagnóstico

aconseja que la detección escolar sea muy sólida. Y, en este sentido, habitualmente se fundamenta en la identificación que se lleva a cabo a partir de las valoraciones que realizan del comportamiento del niño sus padres y el profesorado. La escala EMA-D.D.A (García-Pérez y Magaz, 2006) se ha difundido en el ámbito escolar como un buen instrumento de ayuda a la detección. Incluye escalas para padres y profesorado, y presentan buenas propiedades métricas.

La Escala EMA-DDA está compuesta por seis dimensiones (hiperactividad, inatención, agresividad, retraimiento, ansiedad y rendimiento) compuestas por ítems que se responden con una escala de 4 puntos (casi nunca, pocas veces, a menudo y casi siempre). Para la corrección se utiliza la escala Likert 0-3 teniendo 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 y 1 en

CUADRO 7. Tests neuropsicológicos más usuales en la exploración del TDAH

Test	Utilidad
Continuous Performance Test (CPT)	Permite evaluar la atención sostenida y la capacidad de control motor
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
Test de selecciones de cartas de Wisconsin (WCST)	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
Test de emparejamiento de figuras familiares (MFF) o test de Kagan	Mide el estilo cognitivo y la capacidad de reflexión-impulsividad
Figura compleja de Rey	Investigar la organización perceptual y la memoria visual en individuos con lesión cerebral

Fuente: Etchepareborda, Paiva-Barón y Abad (2009).

el caso de valores 3-4. La puntuación total de la dimensión es la suma de las puntuaciones corregidas.

Los ítems están distribuidos de la siguiente forma:

- Dimensión 1: 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 ítems.
- 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.

No obstante, existen estudios (Amador, Forns y Martorell, 2001; Trujillo y Díaz-Sibaja, 2007) que señalan que las nominaciones que realizan padres y profesorado presentan diferencias. Para la identificación de condición de TDAH se requiere que esta se pueda señalar a partir de la valoración que realizan tanto padres como profesorado (DSM-IV/V).

De este modo, el *objetivo de este estudio es analizar si se dan patrones diferenciales en la valoración que realizan padres y profesorado a partir de las escalas EMA-D.D.A en niños de entre 6 y 9 años de edad (escolarizados en Cuenca —ciudad y provincia—), por lo que se analiza si existe concurrencia entre las valoraciones que emiten ambos colectivos.*

Metodología

Población y muestra: participantes

El estudio forma parte de una investigación más amplia que fue dirigida a la totalidad del

alumnado de entre 6 y 9 años de edad (1º a 4º de educación primaria) de la provincia de Cuenca, la población de referencia son los niños escolarizados en esta provincia, con la finalidad de identificar el alumnado con posible TDA-H. En la tabla 1 se sintetizan las respuestas obtenidas desde los centros educativos. En cuanto al alumnado de la población de referencia sobre la que finalmente trabajamos es de 2.385 alumnos, que han sido valorados con la Escala EMA-D.D.A. bien sea por el profesorado, por los padres o por ambos.

Atendiendo al objetivo de estudio del que informamos en este trabajo, 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 Escala¹, 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 1 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.

En cuanto a los *análisis de datos* realizados para llevar a cabo el análisis diferencial entre las valoraciones emitidas por padres y profesores se ha enfocado desde dos perspectivas: correlacional,

mediante el coeficiente de correlación de Pearson (R_{xy})², y contraste de medias mediante las pruebas *t* de Student y U de Mann-Whitney. Para ello se ha utilizado el paquete estadístico SPSS, v.19, bajo licencia de la Universitat de València.

En el primer caso, se intenta analizar si los patrones de valoración emitidos por padres y profesores siguen un perfil similar, mientras que en el segundo caso se pretende estudiar sin los niveles que se aprecian en cada una de las dimensiones por parte de ambos colectivos, son similares o no. Utilizamos dos procedimientos

TABLA 1. Población de referencia y composición de la muestra (alumnado y centros) en el estudio global

	Alumnado	Colegios
Población total (referencia)	4.039	72
Provincia	1.534	31
Cuenca	851	11
Negativos (no participan)	625	16
Total de participantes (muestra estudio completo)	2.385	42

Muestra específica con la que se trabaja el objetivo que se analiza en este estudio: alumnado valorado por ambos colectivos (padres y docentes)

Edad	Total	Chicos	Chicas	Ns/Nc
	30,5	31,9%	34,5%	7,20%
	43,7	49,4%	41,8%	
	16,8	17,5%	20,9%	
	1,5	,6%	2,7%	
	,3	,6%	--	
Curso		47,2%	48,5%	10,20%
		50,9%	49,5%	
		1,2%	1,9%	
		,6%	--	
Sexo		Chicos	Chicas	Ns/Nc
		53,00%	36,20%	10,80%

de contraste de hipótesis, dado que en algunas de las dimensiones, se incumple algún supuesto de aplicabilidad de pruebas paramétricas. Por lo que la doble vertiente analítica la asumimos como un medio de validación de resultados.

Asimismo, y como garantía acerca de la fiabilidad de las escalas, se ha realizado un análisis basado en Teoría de Respuesta al Ítem —Modelo de Rasch— a partir de los datos recogidos. En este trabajo informamos acerca de la consistencia interna para cada una de las subescalas (fiabilidad entre ítems) que componen las escalas de padres y profesorado, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (en su especificación como Kuder-Richardson-20/KR-20). Para ello se ha utilizado el paquete estadístico Winsteps (Linacre, 1991, 2006a y b; González-Montesinos, 2008).

Resultados

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 2)

son ampliamente satisfactorios, por lo que puede asumirse como una garantía para el análisis posterior realizado.

En relación al análisis diferencial (tabla 3), 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 en la de *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.

Por otra parte, en cuanto a las pruebas *t* de Student (ver tabla 4) 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.

TABLA 2. Valores de KR-20 para todas las subescalas 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

TABLA 3. 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 4. Síntesis de análisis diferencial mediante prueba t de Student entre valoraciones emitidas por padres y profesores en las diferentes dimensiones

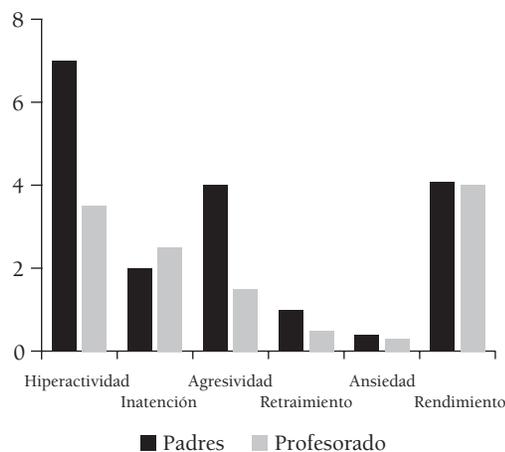
	Observador	Media	Desviación típ.	Error típico de la media	¿Hay diferencia de varianzas entre padres y profesorado? (Prueba de Levène)	¿Hay diferencia entre padres y profesorado? (t de Student)	¿Hay diferencia de entre padres y profesorado? (Prueba U)
Hiperactividad	Padres	6,82	2,470	,135	Sí***	Sí ***	Sí ***
	Profesores	3,61	3,471	,190			
Inatención	Padres	1,96	2,038	,112	Sí ***	Sí ***	Sí ***
	Profesores	2,53	2,397	,131			
Agresividad	Padres	4,10	2,529	,139	No	Sí ***	Sí ***
	Profesores	1,51	2,556	,140			
Retraimiento	Padres	1,23	1,564	,086	No	Sí ***	Sí ***
	Profesores	,83	1,446	,079			
Ansiedad	Padres	,72	,892	,049	No	Sí ***	Sí ***
	Profesores	,45	,964	,053			
Rendimiento	Padres	4,21	3,292	,181	No	No	No
	Profesores	4,08	3,874	,212			

*** $p \leq 0,000$

Normalmente son los padres los que ofrecen valoraciones más elevadas en la mayor parte de las dimensiones, salvo en la de *inatención* (ver gráfico 3) donde la media de valoración que ofrecen los padres es de 1,96, mientras que la de los profesores es de 2,53.

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.

GRÁFICO 3. Valoraciones medias de padres y profesorado en todas las subescalas



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 de 4,10 y de profesores es de 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 0,23 y la de los padres es de 0,83.

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 Levène de contraste de varianzas, se puede observar que normalmente no se dan diferencias significativas entre la variación de ambos grupos. Tan solo 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 3, 4 y 5).

Conclusiones

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).

TABLA 5. 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. asintót. (bilateral)	,000	,008	,000	,000	,000	,245

Las diferencias en la información aportada por padres y profesores no necesariamente implican que una sea más válida que la otra. 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).

En la valoración de los datos obtenidos 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).

Según los criterios del DSM-IV, una de las premisas que deben cumplirse para diagnosticar TDAH es que los síntomas deben darse en dos o más ambientes (APA, 1995). 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 estos tienen un menor número de referencias para comparar a sus hijos que las que pudieran tener los profesores.

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.

Notas

¹ En algunas dimensiones es ligeramente mayor, como, por ejemplo, en la de hiperactividad de 334 casos.

² Téngase en cuenta que, si bien las valoraciones que ofrecen padres y profesorado en cada ítem están en una escala Likert de 4 puntos (en la que puede asegurarse únicamente la ordinalidad), la Escala no trabaja con estos puntajes directos. Se corrige, como si se trata de una prueba de logro, en la que en función de la respuesta al ítem, se consigna presencia/ausencia en la dimensión y el puntaje total de cada dimensión es la suma que se adecua a una escala 0-10. En este sentido, asumimos que se trata de una métrica asimilable a la de intervalo, por lo que trabajamos con r_{xy} de Pearson.

Referencias bibliográficas

- Acle, G., y 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 (1), 17-21.
- Amador, J. A., y 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 (4), 65-78.
- Amador, J. A., Forns, M., y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Síntesis S.A.
- Amador, J. A., Forns, M., y Martorell, B. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*, 32 (1), 51-66.
- Amador, J. A., Forns, M., Guàrdia, J., y Però, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18 (4), 696-703.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (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 (7), 894-921.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2000). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105 (5), 1158-1170.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the School-Aged Child with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108 (4), 1033-1044.
- 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 (5), 1007-1024.

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM- 5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clin child Fam Psychology Review*, 5 (2), 89-111
- 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: Paidós.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V., Bolduc, E. A., Gersten, M., Meminger, S. R., Kagan, J., Snidman, N., Reznick, J. S., y Reznick, PhD. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 47 (1), 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.
- Buchsbaum, M., y Wender, P. (1973). Average evoked responses in normal and minimally brain dysfunctioned children treated with amphetamine. *Arch Gen Psychiatry*, 29 (6), 764-770.
- Cardo, E., y Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Neurología*, 40 (Supl. 1), S11-5.
- Cardo, E., Servera, M., y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia de déficit de atención con hiperactividad entre la población de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-14.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2014). Data and Statistics in the United States. Recuperado de: <http://www.cdc.gov>
- Corral, P. (2005). La hiperactividad infantil y juvenil. En M. Comeche y M. Vallejo (eds.), *Manual de Terapia de la conducta en la infancia* (pp. 519-549). Madrid: DyKinson.
- Díaz, A., Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Alfonso, M., y Artilles, 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 (2), 155-170.
- Díaz-Sibaja M. A., y Trujillo, A. (2008). Eficacia de un protocolo de evaluación multi-metodológico para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 8 (1), 1-11.
- Etchepareborda, M. C., Paiva-Barón, H., y Abad, L. (2009). Ventajas de las baterías de exploración neuropsicológicas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48, nº extra 2, 89-93.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., y Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- García-Pérez, M., y Magaz, A. (2003). *Hiperactividad. Guía para profesores*. Cruces-Baracaldo: ALBOR- COHS.
- García-Pérez, M., y Magaz, A. (2006). *Escala Magallanes de Detección de Déficit de Atención: EMA-DDA Burceña-Barakaldo: ALBOR-COHS*.
- González Acosta, E. (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- González Montesinos, M. J. (2008). *Análisis de Reactivos a través del Modelo de Rasch. Manual Técnico A. Serie Medición y Metodología*. México, DF: INEE -UNISON.
- Guillén Pino, F., Gracia Marco, R., Sánchez García, F., y Herreros Rodríguez, O. (2002). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH): puesta al día. *Centro de salud*, 10 (9), 536-542.

- Herjanic, B., y Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J. Abnorm Child Psychol*, 10 (3), 307-324.
- Houghton, S., Douglas, G., West, J., Whiting, K., Wall, M., Langsgord, S., Powell, L., y Carroll, A. (1999). Differential patterns of executive function in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder according to gender and subtype. *Journal of Child Neurology*, 14, 801-805.
- Kadesjö, B., y Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry*, May 42 (4), 487-492.
- Kollins, S. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *RET, Revista de toxicomanías*, 55, 19-27.
- Larson, E. L., y 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.
- Linacre, J. M. (1991-2006a). *Rasch-Model Computer Programs ©, Chicago, IL: Electronic Publication*. <http://www.winsteps.com>
- Linacre, J. M. (2006b). *A User's Guide to Winsteps Ministeps: Rasch-Model Computer Programs*. 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.com.
- López-Campos, G. X., Gómez-Betancur, L. A., Aguirre-Acevedo, D. C., Puerta, I. C., y Pineda, D. C. (2005). Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40, 331-339.
- Martínez, M. A., y Conde, H. (2009). *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*. Tesis Doctoral. Burgos: Universidad de Burgos.
- Martínez-Frutos, M. T., Herrera-Gutiérrez, E., y Peyres-Egea, C. (2014). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado. En J. Maquilón y N. Orcajada (eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia: Editum.
- Miller, E. K., y Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167-202.
- Montiel-Nava, C., y Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32 (6), 506-511.
- Morrow, R., Wright, J., Maclure, M., Taylor, S., y 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.
- Muñoz Yunta, J. A., Palau, M., Salvadó, B., y Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurológica Colombiana*, 22, 184-189.
- Navarro González, M. I. y García-Villamizar, D. A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Historia de la Psicología*, 31 (4), 23-36.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión: CIE-10*. Volumen 1. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Orjales, I. (2001). *Déficit de atención con hiperactividad manual para padres y educadores*. Madrid: 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: Editorial CCS.

- Pennington, B. F., y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 51-73.
- Pineda, D., Ardila, A., y Rosselli, M. (1999). Neuropsychological and behavioral assessment of ADHD in seven- to twelve-year old children: A discriminant analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 159-173.
- Portellano, J. A. (1989). *Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención. Una perspectiva neurológica*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Ramos-Loyo, J., Taracena, A. M., Sánchez-Loyo, L. M., Mature, E., y González-Garrido, A. A. (2011). Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo en Pruebas Neuropsicológicas y en el Contexto Social en Niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11, 1-16.
- Rubia, K., Alegría, A., y Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 58 (supl. 1): S3-18.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286.
- Servera, M., y 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.
- Shallice, T., Marzocchi, G. M., Coser, S., Del Savio, M., Meuter, R., y Rumiati, R. (2002). Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 21, 43-71.
- Shimamura, A. P. (2000). The role of the prefrontal cortex in dynamic filtering. *Psychobiology*, 28, 207-218.
- Steele, R., Forehand, R., y 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.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., y Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Dis Child*, 97, 260-265.
- Trujillo, A., y Díaz-Sibaja, M. A. (2007). Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: Diferencias entre padres y profesores. *Psiquiatría.com*, 11 (1), 1-9.
- United Nations Educations, Scintific and Cultural Organization UNESCO (2011). Las TIC accesibles y el aprendizaje personalizado para estudiantes con discapacidad: un diálogo entre los educadores, la industria, el gobierno y la sociedad civil. *Sector de Comunicación e Información División de las Sociedades de Conocimiento*.
- Vaquerizo-Madrid, J., Estévez-Díaz, F., y Pozo-García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41 (Supl. 1), S83-S89.
- Verhulst, F. C., y Van der Ende, J. (1991). Four year follow up of teacher reported problem behaviors. *Psychological. Medicine*, 21, 965-977.

Abstract

Differential patterns between parents and teachers in detecting ADHD

INTRODUCTION. The diagnosis of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) has increased in recent years. The criteria for ADHD have become clearer in the scientific community.

However, it is a complex disorder that requires the participation of a multidisciplinary team for an appropriate diagnosis. **METHOD.** Taking as a sample (N = 331) 6 to 9 year-old students from Cuenca, this study analyzed the existence of differential patterns between the two ratings, using the EMA-D.D.A. Scales (García-Pérez y Magaz, 2006). Different approaches to hypothesis testing are used, and the internal consistency of the scales is valued. **RESULTS.** The differences observed suggest differential influence of observational context and is consistent with the results obtained in other studies. **DISCUSSION.** The diagnosis requires the detection at school, a clinical and a further neurological evaluation. In school screening behavioral assessment scales are used to which parents and teachers respond. The establishment of the diagnosis requires that both assessments are coincident to detect ADHD. However, studies show differences between both assessments.

Keywords: ADHD, Diagnosis, School screening, Differential analysis, Assessment of parents and teachers.

Résumé

Modèles différentiels de détection du TDAH vis-à-vis des expériences de parents et enseignants

INTRODUCTION. Le diagnostic du Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) a augmenté pendant les dernières années (CDC, 2014; UNESCO, 2011: 14). La communauté scientifique a éclairé les critères sur le TDAH. Cependant, il s'agit d'un trouble complexe qui demande la participation au diagnostic d'une équipe multidisciplinaire. **MÉTHODE.** Dans cette étude nous analysons, en utilisant les échelles EMA-D.D.A. (García-Pérez y Magaz, 2006) et auprès un échantillon (N = 331) d'élèves de 6 à 9 ans provenant de Cuenca, l'existence de modèles différentiels entre les deux évaluations. Nous utilisons diverses approximations de contraste de l'hypothèse et nous analysons la consistance interne des échelles. **RÉSULTATS.** Les différences observées signalent l'influence différentielle du contexte observationnel, à la fois qu'elle est coïncidente avec les résultats obtenus dans d'autres études. **DISCUSSION.** Pour arriver au diagnostic il est nécessaire une détection scolaire, c'est-à-dire, une évaluation clinique comme neurologique. Dans la détection scolaire on utilise des échelles d'évaluation comportementale, qui sont répondues par les parents et les enseignants. L'établissement du diagnostic exige que toutes les deux évaluations soient positives, c'est-à-dire, coïncidentes sur la détection du TDAH. Les études réalisées montrent qu'il existe des différences entre les deux évaluations, fait que nous analyseront dans l'interprétation et les conclusions de ce travail.

Mots clés: TDAH, Diagnostic, Détection scolaire, Analyse différentiel, Avis des parents et des enseignants.

Perfil profesional de los autores

Purificación Sánchez-Delgado (autora de contacto)

Profesora contratada doctora en el Departamento Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación (MIDE), de la Facultad de F^a y CC. de la Educación de la Universitat de València. Es miembro

del Grupo de Evaluación y Medición —GEM— (www.uv.es/gem) y ha impartido docencia en las áreas de Medición y Evaluación Educativas. Sus líneas de investigación giran en torno al desarrollo y validación de pruebas para medir diferentes tipos de variables educativas vinculadas al área del lenguaje, tanto orientadas para el diagnóstico individual como para la evaluación de instituciones y sistemas. Correo electrónico de contacto: purificación.sánchez@uv.es

Dirección para la correspondencia: Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Facultad de F^a y CC. de la Educación. Avda. Blasco Ibáñez, 30. 46010 Valencia.

Ana Rosa Bodoque Osma

Profesora titular de Escuela Universitaria, del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, de la Facultad de Educación Universidad de Castilla-La Mancha (sede Cuenca. Licenciada en Psicopedagogía, imparte docencia en Logoterapia, Psicopedagogía y el Máster en Promoción de la lectura y literatura infantil. Dirige el Postgrado en Comunicador en lengua de signos (5 ediciones). Sus líneas de trabajo se centran en lenguaje y comunicación, tanto en el ámbito educativo como sanitario, así como a problemáticas específicas (como los Trastornos por Déficit de Atención) y su vinculación con el lenguaje.

Correo electrónico de contacto: rosa.bodoque@uclm.es

Jesús Miguel Jornet Meliá

Catedrático de Universidad, Departamento Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación (MIDE), Facultad de F^a y CC. de la Educación, Universitat de València. Catedrático de Medición y Evaluación Educativas, del área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación en la Universitat de València (España). Coordinador del GEM (www.uv.es/gem). Líneas de trabajo: diseño de instrumentos de medición y evaluación educativas (competencias y constructos socioafectivos, alumnado y profesorado), evaluación de organizaciones y sistemas educativos (dimensión educativa de la cohesión social y equidad como consecuencia de la educación).

Correo electrónico de contacto: jornet@uv.es