

IDENTIFICACIÓN POR PADRES Y MAESTROS DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Alberto Germán Hernández-Hernández^{1*}, Teresita Montiel Ramos^{2**}, Juan Gerardo Martínez Borrayo^{2***}

¹Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, México, ²Universidad de Guadalajara, México

Recibido, abril 25/2014

Concepto de evaluación, mayo 12/2014

Aceptado, mayo 20/2014

Referencia: Hernández-Hernández, A.G., Montiel Ramos, T., Martínez Borrayo, J.G. (2014). Identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), pp. 33-41. DOI:10.14718/ACP.2014.17.2.4

Resumen

Con el fin de contribuir a la investigación epidemiológica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad–TDAH se analizaron las semejanzas y diferencias en los cuestionarios contestados por padres y maestros para la identificación de síntomas del TDAH en niños que acuden a consulta psicológica al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, México. Padres y maestros de 168 niños (46 niñas, 122 niños, edad promedio de 8.2 años) contestaron respectivamente un cuestionario de 18 preguntas, estructurado a partir de los criterios diagnósticos para el TDAH propuestos en el DSM-IV. Como resultados, el análisis estadístico arrojó una concordancia moderada entre padres y maestros, observando diferencias significativas ($p < 0.05$) en 6 de los 18 reactivos. Los criterios concordantes se refieren, en su mayoría, a síntomas de desatención, mientras que las diferencias observadas tienen que ver con conductas asociadas a hiperactividad e impulsividad, con puntuaciones más altas otorgadas por parte de los padres. También se observó que al analizar en forma separada a niños y niñas no se encuentran diferencias significativas en la mayoría de las puntuaciones otorgadas a las niñas, mientras que las discrepancias son observadas principalmente en los puntajes otorgados a los niños, tanto de los primeros como de los últimos grados escolares, con mayores puntuaciones asignadas por los padres de familia. Se concluye que, efectivamente, tanto padres como maestros dan diferente significación a la conducta de los menores, dependiendo de su edad y su género, principalmente por su capacidad de control atencional y de su actividad motora, tanto en casa, como en la escuela.

Palabras clave: TDAH, Cuestionarios, Profesores, Padres, Informantes.

IDENTIFICATION BY PARENTS AND TEACHERS OF SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Abstract

In order to contribute to the epidemiological research on Attention Deficit Disorder with Hyperactivity –ADHD- similarities and differences in the questionnaires completed by parents and teachers were analyzed to identify ADHD symptoms in children attending psychological counseling at the Civil Hospital Fray Antonio Alcalde in Guadalajara, Mexico. Parents and teachers of 168 children (46 girls, 122 boys, mean age 8.2 years) completed, respectively, an 18 items questionnaire, structured from the diagnostic criteria for ADHD in DSM-IV. As a result, the statistical analysis showed moderate agreement between parents and teachers, noting significant differences ($p < 0.05$) in 6 out of the 18 questions. Consistent agreements relate mostly to symptoms of inattention, while observed differences are related to behaviors associated with hyperactivity and impulsivity, where parents gave higher scores. It was also noted that when analyzing separately the results for boys and girls, no significant differences were found in most of the scores given to girls, while discrepancies are mainly observed in the scores given to boys, both of the first and last school grades, with higher scores assigned by parents. It is concluded that parents and teachers give different meaning to the behavior of children, depending on their age and gender, primarily for their attentional control ability and motor activity, both at home and at school.

Key words: ADHD, Checklist, Teachers, Parents, Informant.

* Maestro en Investigación en Ciencias de la Educación. Clínica de Neuropsicología Infantil. Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Guadalajara Jalisco México. hdezag@gmail.com

** Doctora en Neurociencias. Profesora-Investigadora. Departamento de Estudios en Educación. Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad de Guadalajara. t_montiel@hotmail.com

*** Doctor en Neurociencias. Profesor-Investigador. Departamento de Neurociencias. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. jugemabl@yahoo.com.mx

IDENTIFICAÇÃO POR PAIS E PROFESSORES DE SINTOMAS DO TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

Resumo

Com o objetivo de contribuir à pesquisa epidemiológica do Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade–TDAH analisaram-se as semelhanças e diferenças nos questionários respondidos por pais e professores para a identificação de sintomas do TDAH em crianças que fazem consulta psicológica no Hospital Civil Frei Antonio Alcalde em Guadalajara, México. Pais e professores de 168 crianças (46 meninas, 122 meninos, idade média de 8.2 anos) responderam respectivamente a um questionário de 18 perguntas, estruturado a partir dos critérios diagnósticos para o TDAH propostos no DSM-IV. Como resultados, a análise estatística mostrou uma concordância moderada entre pais e professores, observando diferença significativas ($p < 0.05$) em 6 dos 18 reativos. Os critérios concordantes se referem, na sua maioria, a sintomas de desatenção, enquanto que as diferenças observadas estão relacionadas com condutas associadas à hiperatividade e impulsividade, com pontuações mais altas dadas pelos pais. Observou-se também que ao analisar em forma separada a meninos e meninas não se encontram diferenças significativas na maioria das pontuações dadas às meninas, enquanto que as discrepâncias são observadas principalmente nas pontuações dadas aos meninos, tanto dos primeiros como de os últimos anos escolares, com maiores pontuações atribuídas pelos pais de família. Conclui-se que, efetivamente, tanto pais como professores dão um significado diferente à conduta dos menores, dependendo de sua idade e seu gênero, principalmente por sua capacidade de controle de atenção e de sua atividade motora, tanto em casa, como na escola.

Palavras chave: TDAH, Questionários, Professores, Pais, Informantes.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – TDAH se refiere a un desorden persistente y perjudicial que resulta de niveles anormales de desatención, hiperactividad y conducta impulsiva (Sharkey & Fitzgerald, 2007a).

De acuerdo con Sharkey & Fitzgerald (2007b), los primeros reportes del trastorno se ubican en 1798 a partir de los trabajos de Alexander Crichton y, posteriormente, se siguieron reportando casos aislados de pacientes con conductas características de impulsividad, hiperactividad y violencia; sin embargo, gracias a la escolarización infantil obligatoria, fue posible la identificación y caracterización de niños con TDAH. A partir de la década de los 60 se populariza la utilización de cuestionarios conductuales como herramienta en el diagnóstico clínico. Actualmente, la utilización de cuestionarios estructurados para la identificación de los síntomas de TDAH es una práctica común en el diagnóstico del TDAH y sus trastornos comórbidos.

Existe suficiente bibliografía que refiere la confiabilidad del uso de cuestionarios para el diagnóstico de deficiencia atencional (Pineda, Henao, Puerta, Mejía, Gómez, Miranda, Roselli, Ardila, Restrepo, Murrelle, 1999; Jae-won Kim, Ki-hong Park, Keun-ah Cheon, Boong-nyu Kim, Soo-churl Cho, Kang-E Michael Hong, 2005; Tripp, G., Schaughency, E. A., Clarke, B., 2006, y de trastornos comportamentales (Pineda y Puerta, 2001; López, Serrano y Delgado, 2005).

Pineda, Henao y colaboradores (1999) validaron un cuestionario (lista de síntomas) con los criterios diagnósticos del DSM-IV, obteniendo un coeficiente de fiabilidad bastante consistente (coeficiente alfa de Cronbach de 0.85 a 0.92) tanto con los 18 ítems de la escala total, como con los nueve ítems de desatención, los nueve ítems de hiperactividad/impulsividad y los seis ítems de hiperactividad. Este nivel de consistencia interna es lo suficientemente alto para considerar al instrumento como una excelente herramienta de diagnóstico clínico individual.

En dicho estudio, Pineda y colaboradores utilizaron el listado de síntomas del TDAH para evaluar la presencia del diagnóstico en una población abierta de 540 sujetos de cuatro a diecisiete años de edad, cuyos padres contestaron la escala. Aunque se encontró una adecuada consistencia interna y el análisis factorial muestra los factores de desatención e hiperactividad-impulsividad, el género representó diferente porcentaje de la varianza.

Este estudio encontró prevalencias del TDAH de 12.3% y 19.8% para mujeres y hombres, respectivamente. Esta cifra, mayor a la reportada en otros países del mundo, sugiere la necesidad de realizar más estudios para examinar su validez en nuestro idioma.

La utilización de este tipo de instrumentos suele ser aplicada, por lo general, tanto con los padres de familia, como con los profesores de los pacientes, con un alto grado de eficiencia, tanto con combinaciones de escalas tales como con la escala Conners (Conners, 1997) como con otras conductuales (Jae-won Kim, Ki-hong Park, Keun-ah Cheon, Boong-nyu Kim, Soo-churl Cho, Kang-E Michael Hong, 2005).

Montiel y Peña (2001) consideran que los padres y los maestros son mejores informantes que los mismos niños en la identificación de síntomas del TDAH. Sin embargo, se han reportado discrepancias en los resultados que arrojan padres y maestros; por ejemplo, en un estudio realizado por Ortiz y Acle en 2006, tales autoras aplicaron Escalas de Conners para padres y maestros, previamente validadas en población mexicana con un alfa de Cronbach de 0.928 para profesores y de 0.8941 para padres. Se encontró que en 129 de las Escalas de Conners contestadas por los docentes (al evaluar a 75 niños y 54 niñas) calificaban con puntajes más altos a los niños que a las niñas de segundo grado escolar en los Trastornos de Conducta ($F=4,131, p=0.048$) y de Hiperactividad-Impulsividad ($F=9.693, p=0.003$).

Por otro lado, al comparar en esas mismas escalas los puntajes otorgados a cada género, se encuentra que en las contestadas por los padres (139 en total, 75 niños y 64 niñas) también calificaron más alto a los niños de segundo grado de escolaridad con los tres factores: Trastorno de Conducta ($F=9.511, p=0.003$), Desatención ($F=23,134, p=0.000$) e Hiperactividad-Impulsividad ($F=14,318, p=0.000$). Para primer y tercer grado, los hallazgos entre las calificaciones de padres y maestros fueron prácticamente similares.

Estos cuestionarios que guían el diagnóstico se basan en la descripción de las características conductuales del trastorno. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995) se señala que la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que puede haber aparecido antes de los siete años de edad, sin que llegue a ser un criterio de exclusión para niños de otras edades.

Otros criterios con los que se diagnostica el TDAH son la presencia de los síntomas en al menos dos contextos (casa y escuela o trabajo), así como pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral del individuo. Además, el trastorno no aparece 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.

Entre las características de quienes padecen este trastorno figuran no prestar suficiente atención a los detalles o cometer errores por descuido, realizar un trabajo sucio, descuidado y sin reflexión; tener dificultades en la persistencia de una tarea hasta finalizarla; divagar, con fuga de ideas. Así mismo, pueden presentar cambios frecuentes de actividad sin completar ninguna de ellas, no seguir instrucciones ni órdenes, y no llegar a cumplir tareas escolares, encargos u otros deberes. Presentan dificultades para organizar tareas y actividades, especialmente aquellas que exigen un esfuerzo

mental sostenido o que implican exigencias organizativas o una notable concentración, las cuales son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas.

Es factible encontrar también en estos sujetos hábitos de trabajo desorganizados; constantemente pierden los materiales necesarios para realizar tareas escolares. Además, los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes, e interrumpen frecuentemente las tareas que realizan para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problema por los demás. En situaciones sociales, los déficits de atención pueden expresarse por cambios en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades (APA, 1995).

En el presente trabajo se establece como objetivo el indagar si padres y maestros coinciden en la presencia y severidad de las conductas asociadas al TDAH en niños diagnosticados con dicho trastorno. Para tal efecto, se abordarán las siguientes preguntas:

¿La identificación de conductas compatibles con TDAH es igual en el medio escolar que en casa? ¿Existe diferencia en la identificación de los criterios del TDAH por parte de profesores y padres de familia tanto en niños como en niñas? ¿La edad de los niños que presentan este tipo de comportamiento determina su consideración como un criterio propio del TDAH?

Objetivo general

Analizar semejanzas y diferencias en la identificación de síntomas de TDAH por parte de padres y maestros de niños que acuden a consulta psicológica en el Hospital Civil de Guadalajara.

MÉTODO

Participantes

Los participantes fueron 168 niños (46 niñas, 122 niños, edad promedio= 8.2 años) que acudieron entre enero y julio de 2006 al Servicio de Neuropediatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, los cuales fueron derivados para evaluación neuropsicológica a la Clínica de Neuropsicología Infantil por presentar diferentes criterios compatibles con TDAH. La participación de los niños fue voluntaria y se contó con la autorización por escrito de los padres de familia.

Instrumentos

Cuestionario para padres para la identificación del TDAH, según criterios del DSM-IV (Barrios, 2006).

Dicho instrumento es un cuestionario estructurado según los criterios diagnósticos del DSM-IV para identificar el

TDAH, en el que el padre o tutor responde con qué frecuencia observa en casa cierto tipo de comportamiento (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre). Se incluye también un apartado en donde el padre informa sobre los comportamientos observados con mayor frecuencia: desde cuándo los presenta, el contexto en el que los ha observado y el tipo de apoyo dado al niño para el control de dicho comportamiento (médico, educativo, psicológico).

Además, permite recabar datos como nombre del niño, sexo, edad, fecha de nacimiento, grado y grupo escolar, nombre de la escuela, turno, municipio, persona que llena el cuestionario, fecha en que éste se contestó y número de teléfono. Incluye los nueve síntomas de desatención, los seis de Hiperactividad y los tres de Impulsividad para el criterio A del DSM-IV. Para los criterios B, C y D se incluyen las siguientes preguntas: ¿Desde cuándo los ha observado? (Criterio B, síntomas presentes antes de los siete años), ¿En qué otros lugares los presenta? (Criterio C, presencia en dos o más ambientes) y ¿Le ocasiona problemas en su rendimiento académico, relaciones familiares o sociales? (Criterio D, deterioro de la actividad social o académica).

Cuestionario para maestros para la identificación del TDAH, según criterios del DSM-IV (Barrios, 2006).

Este instrumento fue estructurado también con los criterios que marca el DSM-IV, para ser contestado por el profesor del niño, quien responde con qué frecuencia (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) ha observado cierto tipo de conductas en el niño que confirmarían la presencia de síntomas de TDAH en el medio escolar, lo que correspondería a los Criterios A y C del DSM-IV.

En esta versión del cuestionario se recaban datos como nombre del niño, sexo, edad, fecha de nacimiento, grado y grupo escolar, nombre de la escuela, turno, municipio, persona que llena el cuestionario, y la fecha en que se contestó. Así mismo, comprende los nueve síntomas de desatención, los seis de hiperactividad y los tres de impulsividad. Además, se presenta una tabla adicional con los síntomas del Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial, y una tercera sección en la que el docente describe al niño respecto a su desempeño escolar y comportamiento, calificándolo con una escala de “1 ó 2=Bajo”, “3=Regular”, “4 ó 5=Alto”.

Para cada característica del trastorno se hace una pregunta y se califica de acuerdo con la frecuencia con que padres y maestros observan dichos síntomas en el niño: “Nunca”, “Algunas Veces”, “Muchas Veces” y “Casi Siempre”, considerando como indicadores de la presencia del síntoma a aquellos síntomas que fueran referidos como “Muchas Veces” y/o “Casi Siempre”. Los niños que puntuaban con

seis o más síntomas fueron identificados como posibles casos del TDAH.

Procedimiento

A cada menor que llegaba a la Clínica de Neuropsicología Infantil se le daba un par de cuestionarios, los cuales contenían de manera estructurada la información relativa a los criterios comportamentales del TDAH (puntos A, B y C) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Estos cuestionarios debían ser contestados, uno por los padres del menor, y otro por el profesor o profesora de la escuela primaria a la que asistían. Conjuntamente, los menores eran evaluados con el Protocolo de Evaluación Neuropsicológica para el TDAH.

Análisis estadístico

Los datos analizados con el programa SPSS versión 11.5 permitieron la obtención de estadísticas descriptivas de los cuestionarios, así como la comparación de puntuaciones otorgadas por padres y maestros a través de la prueba t de Student de grupos relacionados.

RESULTADOS

El análisis de las medias de los instrumentos contestados, tanto por los padres como por los maestros, arrojan diferencias significativas en los siguientes reactivos:

En el total del grupo se encontraron diferencias significativas en los siguientes reactivos: *corre en situaciones inapropiadas* ($t=2.63$, $p=0.010$); *se encuentra en movimiento permanente* ($t=2.5$, $p=0.011$); *habla demasiado* ($t=3.24$, $p=0.002$); *contesta rápido* ($t=2.63$, $p=0.010$); *se distrae con estímulos irrelevantes* ($t=2.03$, $p=0.044$), e *interrumpe conversaciones* ($t=5.05$, $p=0.000$). En todos los casos, los padres de familia asignaron mayores puntuaciones en comparación con los maestros.

Respecto al grupo formado sólo por niñas, el análisis muestra diferencias sólo en el reactivo *contesta rápido* ($t=2.62$, $p=0.015$), mientras que en el grupo de niños, la diferencia se encontró en los reactivos: *corre en situaciones inapropiadas* ($t=2.26$, $p=0.028$), *se encuentra en movimiento permanente* ($t=2.96$, $p=0.005$), *evita tareas de esfuerzo* ($t=3.12$, $p=.003$), *habla demasiado* ($t=2.55$, $p=0.014$), *se distrae con estímulos irrelevantes* ($t=3.33$, $p=0.002$), *dificultad para guardar turno* ($t=2.13$, $p=0.0038$), e *interrumpe conversaciones* ($t=4.80$, $p=0.000$). En todos los casos, tanto en los niños como en las niñas, los padres de familia asignaron un mayor puntaje en tales reactivos en comparación con los maestros.

Haciendo un grupo todavía más pequeño, tras separar por grado escolar a cada grupo de niños y niñas, se encontró que en las niñas de 1° a 3° grado de primaria no hubo diferencias significativas en las puntuaciones otorgadas por los padres de familia y los maestros; sin embargo, se observó una tendencia en el reactivo *contesta rápido* ($t=2.03$, $p=0.056$). En el caso de los niños de este mismo rango de escolaridad, padres y maestros difirieron significativamente en reactivos como: *evita tareas de esfuerzo* ($t=2.13$, $p=0.040$); *habla demasiado* ($t=2.86$, $p=0.007$); *se distrae con estímulos irrelevantes* ($t=2.17$, $p=0.037$), e *interrumpe conversaciones* ($t=5.01$, $p=0.000$). Al igual que en los análisis previos, las puntuaciones más altas fueron otorgadas por los padres de familia.

De igual manera, en el grupo de niñas, pero de los grados superiores de escolaridad, 4°, 5° y 6° de primaria, no se encontraron diferencias significativas al comparar los puntajes de padres y maestros, mientras que en el grupo de niños de este rango, se encontraron diferencias en reactivos como *movimiento permanente* ($t=2.45$, $p=0.024$); *evita tareas de esfuerzo* ($t=2.36$, $p=0.029$), y *se distrae con estímulos irrelevantes* ($t=2.55$, $p=0.019$). La puntuación más alta fue otorgada por los padres de familia.

DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue analizar semejanzas y diferencias en la identificación de síntomas de TDAH por parte de padres y maestros en niños que acuden a consulta psicológica en el Hospital Civil de Guadalajara. Con este fin se distribuyeron cuestionarios basados en los criterios establecidos en el DSM-IV a los padres de familia y maestros de 168 niños en edad escolar que acudieron a consulta por TDAH al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Posteriormente se compararon las puntuaciones otorgadas a cada niño por cada informante a través de la prueba t de Student para grupos relacionados. En el Anexo A se muestran los resultados generales obtenidos.

En términos generales, se encuentra que hay un acuerdo moderado en cuanto a las puntuaciones otorgadas por los padres de familia y los maestros en niños y niñas con TDAH, especialmente en lo relativo a los reactivos que tienen que ver con problemas de atención. Por su parte, las diferencias observadas en padres y maestros tienen que ver principalmente con conductas asociadas a hiperactividad e impulsividad, con mayores puntuaciones otorgadas por parte de los padres de familia.

Con el análisis en forma separada a los grupos de niños y niñas se establece que no hubo diferencias significativas en la mayoría de las puntuaciones otorgadas a las niñas. Sin embargo, las discrepancias fueron observadas principalmente

en los puntajes otorgados a los niños, tanto de los primeros como de los últimos grados escolares, con mayores puntuaciones asignadas por los padres de familia.

Tal vez una de las limitaciones por subsanar en el futuro es la de buscar los mecanismos para que tanto padres de familia como maestros se comprometan y cumplan con la entrega a tiempo de los cuestionarios entregados para ser contestados, ya que se presentó un leve desfase entre cuestionarios entregados y no entregados. Aunque no constituyeron una mayoría significativa, lo ideal habría sido tener el total de ambos cuestionarios, tanto los contestados por los padres como los diligenciados por los profesores.

A continuación se abordarán de forma más detallada las preguntas que se plantearon en un inicio:

¿La identificación de conductas compatibles con TDAH es igual en el medio escolar que en casa?

De acuerdo con los resultados obtenidos por la muestra en su conjunto, es posible afirmar que en general se observó una concordancia moderada, ya que de los 18 reactivos que se incluyeron en los cuestionarios, los profesores y padres de familia coincidieron en doce de ellos, la mayoría relativos a síntomas de desatención, mientras que de hiperactividad sólo fueron tres reactivos y uno de impulsividad. Ello parece indicar que tanto en casa como en el ámbito escolar las conductas que resultan más evidentes tienen que ver con la capacidad del niño de prestar atención.

Aunque históricamente los síntomas relacionados con la impulsividad y la hiperactividad fueron los que llamaron la atención de los psiquiatras infantiles, en la década de los 70, gracias al trabajo realizado por Douglas (2005) en la Universidad McGill, la atención se dirigió hacia la relevancia del problema de atención como el trastorno subyacente que podría explicar los problemas de hiperactividad y el pobre control de impulsos (Sharkey & Fitzgerald, 2007b).

Llama la atención que fueron los padres de familia quienes otorgaron mayor puntuación en la mayoría de los reactivos, excepto en: *no suele prestar atención a los detalles*, *dificultad para poner atención* y *no sigue instrucciones*, en los que el profesor puso una calificación ligeramente más alta, sin llegar a ser una diferencia significativa.

La diferencia en la percepción de padres y maestros tiene dos posibles explicaciones: por un lado, estas diferencias pueden reflejar las características propias de cada contexto en el que se presenta la conducta (casa y escuela), así como en el tipo de conducta que observan tanto padres de familia como maestros.

Los reactivos en los que se observaron diferencias significativas en los puntajes otorgados por padres y maestros fueron: *corre en situaciones inapropiadas*, *se encuentra en*

movimiento permanente, habla demasiado, contesta rápido, se distrae con estímulos irrelevantes e interrumpe conversaciones, los cuales corresponden a síntomas asociados a la hiperactividad e impulsividad.

Amador, Forns, Guàrdia & Però en 2005 analizaron la convergencia entre la información obtenida a través de padres y maestros por medio de cuestionarios y el diagnóstico clínico en niños con TDAH tipo combinado, trastornos del aprendizaje y controles. En sus resultados encuentran que la información recabada por profesores y padres de familia es equivalente en la identificación de las muestras clínicas y de los niños del grupo control. Sin embargo, resaltan la necesidad de utilizar ambas fuentes de información como un tamizaje que permita detectar a los niños con probable diagnóstico de TDAH.

Por su parte, Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis & Vostanis, en 2008, también examinaron los niveles de coincidencia de los reportes de TDAH entre padres y maestros con respecto a 305 niños griegos. Ellos utilizaron el *Strength and Difficulties Questionnaire –SDQ-* y el *Child Attention Profile –CAP-*; el nivel de acuerdo entre padres y maestros fue de bajo a moderado con respecto al SDQ y satisfactorio en el caso del CAP. Los datos mostraron que los padres reportaron más hiperactividad y problemas emocionales y de conducta que los maestros cuando utilizaron el SDQ, y más hiperactividad y deficiencias en la atención con el CAP.

Estos autores especulan que hay al menos tres causas para tales diferencias: en primer lugar, que los padres no están adecuadamente informados del comportamiento de sus hijos en el salón de clases y sobreestiman los problemas que se les presentan en su hogar; o bien, dado que los profesores atienden a muchos más estudiantes y con tiempos amplios en los que no los ven (vacaciones) sub-reportan la incidencia de síntomas de TDAH; por último, los niños pueden actuar de manera diferente en distintos contextos y realmente pueden comportarse diferente en la casa y en la escuela. Queda para futuras investigaciones el indagar en mayor profundidad estas tres opciones.

Así, aunque el trastorno puede expresarse en múltiples contextos, el grado y la naturaleza de la conducta disruptiva pueden variar a través de diferentes contextos, tal como lo señala Beebe (2005), quien sugiere que de manera típica el mayor problema surge en situaciones en donde se tienen altas expectativas sobre la conducta, pero en donde no se ofrece una estructura externa que favorezca las conductas adecuadas. Queda para futuras investigaciones el indagar más profundamente estas tres opciones.

¿Existe diferencia en la identificación de los criterios del TDAH en el caso de los niños en comparación con el caso de las niñas?

El TDAH es un trastorno en el cual la mayoría de los estudios considera una prevalencia mayor en los niños que en las niñas (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández & López, 2009). Sin embargo, es interesante conocer si padres y maestros coinciden en las puntuaciones que otorgan a niños y niñas con TDAH. En este estudio, al comparar sólo las puntuaciones que se les asignaron a las niñas, se observa una concordancia muy alta entre padres y maestros, con excepción del reactivo *contesta rápido*, al que los padres de familia le otorgaron un mayor puntaje que el asignado por los profesores.

En el caso de los niños, se observaron más reactivos con puntuaciones significativamente distintas entre padres y maestros, la mayoría relativos a reactivos de hiperactividad e impulsividad, como: *corre en situaciones inapropiadas, se encuentra en movimiento permanente, habla demasiado, tiene dificultad para guardar turno e interrumpe conversaciones*, además de dos reactivos de desatención: *evita tareas de esfuerzo y se distrae con estímulos irrelevantes*.

Estos datos evidencian que las diferencias encontradas en la muestra completa se deben básicamente a diferencias en las calificaciones otorgadas por los padres de familia a los niños, mientras que en el caso de las niñas, los resultados son similares a los encontrados en los cuestionarios contestados por el profesor. Lo anterior permite pensar que a pesar de que culturalmente se percibe como algo habitual que los niños muestren mayores niveles de hiperactividad e impulsividad en relación con sus pares femeninos, los cuestionarios contestados refieren que estas mismas conductas resultan más notorias para los padres de familia que para los maestros, muy posiblemente por aspectos intrínsecos o idiosincráticos al interior de la familia.

En un estudio elaborado por González y Guevara (2012) con niños con habilidades sociales limitadas, provenientes de casas hogar o en situación de calle, que fueron entrenados en habilidades sociales básicas con estrategias como modelamiento, instrucciones verbales, juego de roles, reforzamiento y encargo de tareas durante 14 sesiones, se observaron incrementos importantes en sus habilidades sociales, dependiendo de la cantidad de tiempo que llevaran en dicho programa (uno, tres ó seis meses). Se disminuyen de esta forma patrones de agresividad, mejorando su solución de problemas, así como el reconocimiento y la expresión de sentimientos. Lo anterior nos remite a considerar la presencia de aspectos intrínsecos en la identificación de los criterios influidos por la misma idiosincracia de la familia y de su contexto sociocultural.

Una posible explicación de lo anterior la dan Oyarzún, Estrada, Pino y Oyarzún (2012) en su estudio acerca de las habilidades sociales y las habilidades académicas, en el cual concluyen que son los roles de género los que conllevan cierta influencia en las expectativas y la adaptación diferencial de niños y niñas. Refieren que se espera que los niños sean competitivos, por lo que las habilidades sociales las usarían para mejorar sus relaciones interpersonales pero no su rendimiento académico. Por su parte, en las niñas, al inverso de sus pares masculinos, su desempeño académico parece estar relacionado con sus relaciones interpersonales.

Los padres de familia regularmente tienen un margen de comparación de modelos de conducta reducido. En cambio, los profesores tienen un grupo de estudiantes de la misma edad, lo que les brinda una apreciación distinta de la severidad con que se presentan las conductas asociadas al TDAH.

Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis y Vostanis (2008) realizaron otra investigación en la que trataron de responder a una pregunta bastante similar a la del presente estudio. Sus hallazgos indicaron que hubo reportes más frecuentes sobre niños con síntomas de hiperactividad que sobre niñas, de acuerdo al SDQ (*Strength and Difficulties Questionnaire*), y con más deficiencias de atención al utilizar el CAP (*Child Attention Profile*).

Se esperaba este resultado, ya que se ha establecido con un alto grado de confianza la diferencia entre géneros en el padecimiento del TDAH. Este es un punto que, por lo tanto, siempre debe de ser tomado en cuenta en el momento de diseñar un tratamiento para estos sujetos.

¿La edad de los niños que presentan este tipo de comportamiento determina su consideración como un criterio propio del TDAH?

Otro aspecto interesante a considerar es si padres y maestros concuerdan o difieren en su apreciación, según la edad de los niños con TDAH. En nuestros resultados se evidencia que cuando se trata de niñas no hay diferencias significativas en las puntuaciones otorgadas por padres y profesores; sin embargo, cuando se trata de niños sí existen diferencias en las calificaciones, tanto en niños pequeños (de 1° a 3° de primaria), como en los niños grandes (de 4° a 6° de primaria), siendo los padres quienes otorgan las más altas calificaciones.

Lo anterior constituyó una diferencia con respecto al estudio de Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis y Vostanis (2008), quienes no encontraron diferencias significativas en la frecuencia de los síntomas de TDAH en relación con la edad, por lo que optaron por no explorar dicha variable.

Con base en esto último es posible agregar que el uso de un cuestionario estructurado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV para ser entregado a padres y maestros ya había sido analizado por Gómez, Harvey, Quick, Scharer y Harris (1999). Los autores aclaran que a pesar de que el cuestionario mostró una alta consistencia interna y una alta confiabilidad test-retest, era necesario realizar más investigaciones para aumentar la representatividad de la muestra. El presente estudio camina en ese sentido: aumenta la cantidad de población en la que se ha usado este tipo de instrumentos y contribuye a establecer su validez.

Sin embargo, al igual que con otras escalas que se han utilizado para medir el grado de concordancia entre padres y maestros (por ejemplo, Gómez en su estudio del 2007 utilizó la *Disruptive Behavior Rating Scale* o DBRS) en la identificación de criterios de TDAH, la concordancia que se encontró es moderada, lo cual puede reflejar que en realidad sí hay diferencias en el comportamiento de los sujetos y que los síntomas están ligados a una situación en específico.

En lo referente al uso del cuestionario estructurado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV, cabe señalar que existe la ventaja de que el cuestionario puede ser fácilmente elaborado sin costo alguno, y elimina la necesidad de comprar una prueba que probablemente no ha sido estandarizada en nuestro contexto, lo que implica que se puede facilitar, tanto el diagnóstico clínico como la investigación. En este sentido, el aumento en el número de casos de TDAH que reportan los padres (Visser, Danielson & colaboradores, 2014) puede entenderse como una mejora en la detección del TDAH, probablemente debido a una mayor educación para la salud.

REFERENCIAS

- Amador, J. A., Forns, M., Guàrdia, J. & Però, M. (2005). Utilidad diagnóstica del Cuestionario TDAH y del Perfil de atención para discriminar entre niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, trastornos del aprendizaje y controles. *Anuario de Psicología*, 36, 211-224.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª Ed.)* Barcelona, España: Editorial Masson.
- Barrios, O. (2006). *El TDAH en niños de 1° a 6° de Escuela Primaria Pública de la Ciudad de Guadalajara*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.
- Beebe, D. W. (2005). The psychological evaluation of attention Deficit Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: A clinical approach based on recent practice guidelines. En Gozal, D. & Molfese, D. L. (Eds), *Attention Deficit Hyperactivity*

- Disorder. From Genes to Patients* (pp143-163). New Jersey: Humana Press.
- Conners, K. (1997). *Conners Parent and Teacher Rating Scale-revised*. New York: Multi-Health Systems.
- Douglas, V. (2005). Cognitive Deficits in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Long-Term Follow-Up. *Canadian Psychology*, 46 (1), 23-32.
- Gomez R. (2007). Australian parent and teacher ratings of the DSM-IV ADHD symptoms: differential symptom functioning and parent-teacher agreement and differences. *J Atten Disord*. 11(1), 17-27
- Gomez R, Harvey J, Quick C, Scharer I, Harris G. (1999) DSM-IV AD/HD: confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent and teacher ratings of Australian primary school children. *J Child Psychol Psychiatry*. 40(2), 265-74.
- González, C., Ampudia, A., Guevara, Y. (2012). Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales en niños Institucionalizados. *Acta Colombiana de Psicología*, 15 (2), 43-52.
- Jae-won, K. Ki-hong, P., Keun-ah, C., Boong-nyun, K., Soochurl, C., Kang-E, M. H. (2005). The child behavior checklist together with the ADHD rating scale can diagnose ADHD in Korean community-based samples. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 802-805.
- López, J. A., Serrano, I., Delgado, J. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: a predictive model of comorbidity with behaviour disorder. *Psychology in Spain*, 9, 63-74.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. & López, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.
- Montiel, C., Peña, J. C. (2001). Discrepancia entre padres y maestros en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32, 506-511.
- Ortiz-Luna, J. A., Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación se síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología* 42, 17-21.
- Oyarzún, G., Estrada, C., Pino, E., Oyarzún, M. (2012). Habilidades Sociales y Rendimiento Académico: Una Mirada desde el Género. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 21-28.
- Papageorgiou, V., Kalyva, E., Dafoulis, V. & Vostanis, P. (2008). Differences in Parents' and Teachers' Ratings of ADHD Symptoms and Other Mental Health Problems. *European Journal of Psychiatry*, 22, 200-210.
- Pineda, D. A., Henao, G. C., Puerta, I. C., Mejía, S. E., Gómez, L. F., Miranda, M. L., Rosselli, M., Ardila, A., Restrepo, M. A., Murelle, L. & Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología*, 28, 365-372.
- Pineda, D. & Puerta, I.C. (2001). Prevalencia del trastorno disocial de la conducta en adolescentes usando un cuestionario de diagnóstico epidemiológico. *Revista de Neurología* 32, 612-618.
- Sharkey, L. & Fitzgerald, M. (2007a). Diagnosis and classification of ADHD in Childhood. En Fitzgerald, M., Bellgrove, M. & Gill, M. (Ed.), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp 13-35). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Sharkey, L. & Fitzgerald, M. (2007b). The history of attention deficit hyperactivity disorder. En Fitzgerald, M., Bellgrove, M. & Gill, M. (Eds.), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp 3-11). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Clarke, B. (2006). Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: Contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically referred children. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 27, 209-218.
- Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH, Holbrook JR, Kogan MD, Ghandour RM, Perou R, Blumberg SJ. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 53(1), 34-46.

ANEXO A

Se presentan las estadísticas descriptivas así como los valores de t de Student de grupos relacionados y el nivel de significancia obtenidos en la comparación de los cuestionarios.

		Media	D.E.	t	p
Atención a detalles	Padre de familia	1.65	0.791	-0.736	0.464
	Profesor	1.73	0.821		
Movimiento excesivo de pies y manos	Padre de familia	1.64	1.038	0.431	0.668
	Profesor	1.57	1.105		
Le cuesta trabajo poner atención a tareas	Padre de familia	1.79	0.884	-0.645	0.521
	Profesor	1.87	0.943		
Se levanta de su asiento	Padre de familia	1.44	0.939	0.429	0.669
	Profesor	1.39	1.028		
No escucha	Padre de familia	1.62	0.901	0.681	0.498
	Profesor	1.53	1.003		
Corre en situaciones inapropiadas	Padre de familia	1.25	1.008	2.636	0.010
	Profesor	0.92	1.017		
No sigue instrucciones	Padre de familia	1.64	0.972	0.283	0.778
	Profesor	1.68	0.979		
Dificultad para relajarse	Padre de familia	1.47	0.959	1.119	0.267
	Profesor	1.33	0.999		
Dificultad para organizarse	Padre de familia	1.73	0.968	0.092	0.927
	Profesor	1.71	0.886		
En movimiento permanente	Padre de familia	1.64	1.134	2.591	0.011
	Profesor	1.25	1.028		
Evita tareas de esfuerzo	Padre de familia	1.88	0.993	1.765	0.081
	Profesor	1.64	1.044		
Habla demasiado	Padre de familia	1.77	1.099	3.249	0.002
	Profesor	1.30	1.125		
Pierde útiles	Padre de familia	1.47	1.000	1.738	0.086
	Profesor	1.21	0.984		
Contesta rápido	Padre de familia	1.34	1.027	2.631	0.010
	Profesor	0.96	0.999		
Se distrae con estímulos irrelevantes	Padre de familia	2.08	0.885	2.035	0.044
	Profesor	1.81	0.960		
Dificultad para guardar turnos	Padre de familia	1.45	0.944	1.487	0.141
	Profesor	1.26	0.957		
Descuidado en actividades diarias	Padre de familia	1.84	0.953	1.342	0.184
	Profesor	1.66	1.001		
Interrumpe conversaciones	Padre de familia	1.72	1.021	5.058	0.000
	Profesor	1.04	1.084		