

ESTUDIO SOBRE EL DÉFICIT DE HIPERACTIVIDAD

CENTRO DE PSICOLOGÍA QUIRAL

JUAN JOSÉ GUTIÉRREZ ESTEVE (Coordinador)

BALDOMERO PRADOS PARRA (Coordinador)

M^a SIXTA SILES SAMANIEGO (Redactora)

E.U. ESTADÍSTICA U.C.M.

JAVIER PORTELA GARCÍA (Estadístico)

1. INTRODUCCIÓN.—1.1. Necesidad y oportunidad del estudio.—1.2. Desarrollo histórico del concepto clínico de DAH.—1.3. El concepto actual de DAH.—1.4. Nuestra perspectiva.—2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.—3. METODOLOGÍA.—3.1. Selección de la muestra.—3.2. Material empleado.—3.3. Diseño y descripción de las variables.—3.4. Procedimiento.—4. RESULTADOS.—4.1. Análisis descriptivo.—4.2. Conclusiones sobre el análisis descriptivo.—4.3. Estimaciones sobre el total de la población.—4.4. Conclusiones sobre las estimaciones.—5. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA RECIBIDA POR LA POBLACIÓN ESCOLAR EN LA CM.—5.1. Análisis de la intervención psicopedagógica.—5.2. El síndrome DAH y las necesidades educativas especiales.—5.3. Entrevistas a familias de alumnos con DAH.—6. CONCLUSIONES GENERALES.—7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.—ANEXOS: II. Modelo de encuesta a profesores empleado en el estudio.—III. Modelo de cuestionario para la descripción de los niños DAH.—IV. Gráficos y tablas.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Necesidad y oportunidad del estudio.

El estudio que presentó el Centro de Psicología Quiral al Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid, titulado «Estudio de la incidencia del Déficit de Atención con Hiperactividad en los centros escolares de la Comunidad Autónoma de Madrid», pretendía realizar un análisis de la realidad de este síndrome clínico, llamado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en nuestra Comunidad Autónoma.

Para ello se planteó, en primer lugar, el problema de la incidencia real de este síndrome clínico –en adelante, Déficit de Atención con Hiperactividad, DAH–, partiendo de la hipótesis de que las cifras de niños/as diagnosticados estaba muy por debajo de las cifras reales de prevalencia del mismo, ya que, un nivel elevado de desinformación podría estar produciendo una escasa detección del síndrome en la población escolar de nuestra Comunidad.

Además, se proyectó recoger información sobre el grado de conocimiento del síndrome de los profesionales de la educación, tomando interés por la opinión del profesorado en general, los orientadores y los Servicios de Inspección Educativa de la comunidad educativa.

Finalmente, se dirigió el análisis a recoger información acerca de la realidad vivida por las familias afectadas por las consecuencias de este síndrome clínico.

En resumen, el estudio pretendía dar respuesta a los siguientes interrogantes:

- ¿Existe una incidencia de este síndrome mayor a la detectada hasta el momento, en la población escolar de nuestra Comunidad?
- ¿Qué grado de conocimiento poseen los profesionales de la educación respecto del origen, evolución y consecuencias del síndrome clínico DAH?
- ¿Qué recursos existen en la Comunidad de Madrid para la detección, orientación e intervención de alumnos con DAH?

Las razones que llevaron a centrar la investigación en estos objetivos, parten del propio interés que ha conducido a los miembros del equipo investigador, desde hace años, a estudiar este síndrome desde el plano teórico-científico y con una perspectiva neuropsicológica; y parten, asimismo, de la propia experiencia clínica, que ha permitido comprobar, a lo largo de los últimos años, la gravedad de las consecuencias negativas que se producen en el desarrollo de los niños/as que padecen el síndrome. Además, se pueden destacar las siguientes consideraciones:

1. Cada vez más se levantan un mayor número de voces reclamando atención sobre el problema de la Hiperactividad en la escuela. El profesorado lleva años demandando información y apoyo respecto de las graves dificultades que crea, tanto en el propio protagonista como en el grupo escolar, el síndrome DAH. Y, últimamente, también se ha empezado a escuchar el clamor de las familias afectadas.
2. Un conocimiento de la incidencia real del trastorno en la población escolar podría resultar de particular interés para tomar conciencia del problema, tanto por parte de la Administración educativa como por parte de la sociedad en su conjunto.
3. Partíamos de la hipótesis de que, en el ámbito escolar, la formación y la actitud de los profesores ante el trastorno, constituye el principal factor para la intervención exitosa de la escuela con estos niños y adolescentes.

Por otra parte, si al iniciar el estudio existía un cierto nivel de conciencia respecto de la gravedad y amplitud de los problemas que afectan a muchos niños/as que padecen el síndrome; a lo largo de varios meses de entrevistas con profesores, familias, inspectores de educación y niños/as hiperactivos, se ha llegado al convencimiento de que las consecuencias producidas por el síndrome DAH tras varios años de evolución, cuando no existe la atención adecuada, influyen, de manera preocupante, en el desarrollo madurativo general de los niños y niñas y, como consecuencia, en sus familias.

Por todo ello, es deseo del equipo investigador que el presente estudio pueda servir como llamada de atención sobre esta problemática que es, en muchos casos, tan poco valorada; y sirva como base para futuras investigaciones que puedan proporcionar una más amplia difusión del conocimiento de este síndrome y sus efectos personales, familiares y sociales, tanto en el ámbito educativo como en los foros y

debates públicos. A fin de que la sociedad acepte, respete y ayude a este colectivo, en el marco del principio de igualdad de oportunidades y derechos para todos los ciudadanos.

1.2. Evolución histórica del concepto clínico de DAH

Desde finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, el trastorno que nos ocupa ha recibido múltiples formulaciones teóricas, que implican también, como no podía ser de otra manera, diferentes ópticas en la planificación de la intervención clínica y pedagógica.

Este notable cambio de denominación pone de manifiesto las dificultades diagnósticas con que se han encontrado los profesionales, a lo largo del tiempo, para establecer criterios claros y precisar una etiología del trastorno.

En la actualidad, los criterios establecidos, tanto del DSM-IV como del CIE-10, permiten una mayor precisión diagnóstica, si bien se está lejos de encontrar pruebas psicológicas precisas que eviten los errores y sesgos inherentes a toda evaluación psicopatológica.

En cuanto a la etiología del trastorno, parece extenderse la opinión de que confluyen, por un lado, un componente hereditario, que condiciona las respuestas de ciertos individuos desde los primeros meses de vida; y la opinión de que este factor se combina muy tempranamente con elementos ambientales que desarrollan los comportamientos desadaptados típicos del síndrome DAH; prueba de ello sería la presencia de indicios, cada vez más claros, de disfunciones en determinadas áreas cerebrales en los niños y niñas DAH.

Pasamos a desarrollar, brevemente, las diferentes perspectivas que sobre el trastorno han mantenido los científicos durante los siglos XIX y XX. En la exposición histórica seguimos a Benjumea y Mojarro (1995).

Las denominaciones que ha adoptado el trastorno históricamente, hacen referencia a las descripciones clínicas, que a su vez se encuentran asociadas con las explicaciones sobre su etiología. En realidad, la concepción que se mantenía en cada momento dependía del estado de conocimientos neurológicos, psiquiátricos y psicológicos, que habían alcanzado las respectivas ciencias.

Las primeras descripciones clínicas del síndrome son atribuidas a Still o Tredgold. Así Still en 1902 describe el cuadro siguiente: «niños con temperamento violento, desenfrenadamente revoltosos, perversos, destructivos, con ausencia de respuesta a los castigos, frecuentemente inquietos y molestos, mostrando movimientos casi coreiformes, con incapacidad para mantener la atención, fracaso escolar, aún en ausencia de déficit intelectual y anomalías congénitas menores como epicanthus y paladar ojival».

En estas primeras descripciones se entiende el trastorno hiperactivo como una incapacidad de la voluntad para realizar un control moral del comportamiento.

Por su parte Tredgold, en su libro *Mental Deficiency* (1914), cree encontrar como causa del trastorno hiperactivo alguna anomalía orgánica de carácter hereditario.

Merece la pena resaltar que en esta etapa los profesionales y los legos consideraban a estos niños en numerosas ocasiones como retrasados mentales. Por otra parte, la idea de que todos los problemas de estos niños se debían a una deficiencia en su comportamiento moral o la consideración de que dichos

problemas eran resultado de una deficiente educación, todavía en la actualidad es mantenida en ocasiones por algunos sectores de la sociedad.

Entre los años veinte y cuarenta del siglo XX, se hubiera etiquetado a estos niños dentro del Síndrome de impulsividad orgánica (Kahn y Cohen , 1934). Las explicaciones de la sintomatología estaban relacionadas con la postencefalitis y los traumatismos cerebrales. Se intentaba localizar lesiones cerebrales que explicaran el comportamiento y los síntomas de la gente con hiperactividad. El resultado de estos intentos fue infructuoso.

Más tarde, entre los años sesenta y setenta se impone (en Norteamérica) la designación de Disfunción cerebral mínima, después del estudio de Clements y Peters *Mínima brain dysfunction in de school age child* (1962). La principal diferencia entre daño cerebral y disfunción cerebral es que la segunda propone la existencia de una alteración neuroquímica o neurofisiológica y niega la existencia de una lesión cerebral localizada.

En 1957, Laufer, Denhoff y Solomons utilizan, por primera vez, la expresión de Síndrome Hiperkinético o Trastorno del Impulso Hiperquinético. La Organización Mundial de la Salud incluye el Síndrome Hiperkinético de la Infancia dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8), como categoría diagnóstica. Por su parte, el manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales (DSM II) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), incluye la Reacción Hiperkinética de la Infancia.

Vemos que con ambas denominaciones se produce el abandono de la etiología en la caracterización del Trastorno hiperactivo, siendo sustituida por la descripción de los síntomas psicopatológicos.

Por otra parte, a partir de los trabajos de Douglas, en 1972, aparecen los problemas atencionales como un nuevo criterio diagnóstico. Tanto el CIE-9 como el DSM-III resaltan este nuevo aspecto, aunque será este último el que incluya la nueva denominación de déficit atencional, pasando a denominarse Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad), incluyendo tres áreas de síntomas psicopatológicos: déficit atencional, impulsividad e hiperactividad. En el DSM-IV pasará a denominarse Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), resultando tres subtipos: tipo con predominio del déficit de atención, tipo hiperactivo-impulsivo y tipo combinado.

En el CIE-10 (tabla 1), ya en la década de los noventa, dentro de los trastornos Hiperkinéticos, se incluyen: Trastornos de la actividad y de la atención, Trastorno hiperkinético-disocial, Otros trastornos Hiperkinéticos y Trastorno hiperkinético sin clasificación.

1.3. El concepto actual de DAH

Ya hemos visto que, según los criterios establecidos en el DSM-IV (tabla 2), se obtienen tres tipos de clasificación de los niños/as hiperactivos: El tipo con predominio de déficit de Atención, el tipo con predominio de hiperactividad-impulsividad y el tipo combinado.

En la actualidad, algunos investigadores, entre ellos Russell A. Barkley, opinan que la denominación de Trastorno por Déficit de Atención resulta incompleta, a la luz de las más recientes investigaciones, y proponen como más apropiado la denominación de Déficit para la Inhibición de la Conducta, ya que, para este autor, ésta sería la característica nuclear del síndrome.

Actualmente la mayoría de los profesionales están de acuerdo en que en el TDAH (o síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad, DAH para nosotros), se dan los tres problemas siguientes en mayor o menor grado:

- Dificultades funcionales de la atención.
- Exceso de actividad.
- Impulsividad.

De cara al estudio que hemos realizado, nos ha parecido interesante tener en cuenta estas diferencias entre el Déficit de Atención y la Hiperactividad-Impulsividad. Así, partimos de la idea de que los niños del tipo con predominio de Hiperactividad son más rechazados socialmente por los compañeros o adultos y tienen más problemas de conducta; mientras que los del tipo con predominio de Déficit de Atención son más retraídos socialmente, y tienen una mayor incidencia de trastornos de aprendizaje.

En definitiva, el Trastorno Hiperactivo agrupa un conjunto de conductas que incluyen: actividad motora excesiva, inquietud, inatención y distraibilidad. Además, otros autores como Barkley (1982) incluirán también otros dos problemas adicionales como son:

- Dificultad para seguir las normas e instrucciones.
- Excesiva variabilidad en la respuesta a las situaciones, particularmente en las tareas escolares.

En 1975, Schleiffer, Weiss, Cohen y colb., establecen una distinción entre hiperactivos situacionales (hiperactivos sólo en algunas situaciones) e hiperactivos profundos (hiperactivos en todas o la gran mayoría de situaciones). Esta diferencia les conduce a establecer una diferente etiología clínica, terapia y pronóstico. Así los hiperactivos profundos mostrarían mayor hiperactividad desde años preescolares, mayores problemas de conducta, mayor déficit atencional y más trastornos psiquiátricos asociados, que los hiperactivos situacionales.

TABLA 1. Trastorno Hiperactivo CIE-10

<p>G.1. DÉFICIT DE ATENCIÓN.- (Al menos 6 síntomas durante 6 meses).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en tareas o juegos. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se dice. 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
<p>G.2. HIPERACTIVIDAD.- (Al menos 3 síntomas durante 6 meses).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para enfrentarse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

TABLA 1. Trastorno Hiperkinético CIE-10 (Cont.)

G.3. IMPULSIVIDAD.–(Al menos 1 durante 6 meses). 1. A menudo hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.
G.4. El inicio del trastorno no es posterior a los 7 años de edad.
G.5. Los criterios han de cumplirse en más de una situación.
G.6. Los síntomas de G.1. a G.3. ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
G.7. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

TABLA 2. Criterios TDAH, según el DSM-IV.

<p>A. Criterio (1) ó (2):</p> <p>1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención persistiendo al menos durante 6 meses, con una intensidad desadaptativa e incoherente, en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p><i>Desatención:</i></p> <p>(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, trabajo u otras actividades. (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en actividades lúdicas. (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones). (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades. (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.</p> <p>2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad persistiendo por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p><i>Hiperactividad:</i></p> <p>(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento. (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que debe estar sentado. (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. (e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor. (f) A menudo habla en exceso.</p> <p><i>Impulsividad:</i></p> <p>(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno. (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.</p>
B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad.
C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.
D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, etc.).

Sintomatología primaria

Hiperactividad

Los niños con DAH no muestran únicamente una mayor actividad que los niños de su edad, sino una incapacidad para regular su conducta a las demandas de la situación. Está ampliamente demostrada esta sobreactividad o exceso de actividad, en los niños hiperactivos. Así, podemos decir que la conducta hiperactiva es desorganizada y caótica y expresa el fracaso del niño para controlar su propio comportamiento.

HIPERACTIVIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exceso de actividad motora. 2. Reacciones exageradas ante situaciones que pasan inadvertidas para otros niños.
DÉFICIT DE ATENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades para mantener la atención durante periodos largos. 2. Mayor distractibilidad. 3. Problemas en la selección de información relevante frente a la irrelevante.
IMPULSIVIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conductual: Incapacidad para el control y la inhibición de conductas inapropiadas. 2. Cognitiva: Estilo impulsivo, escasa apreciación de los detalles y rigidez cognitiva.

Déficit atencional

Los problemas atencionales y de concentración son característicos de estos niños. Sin embargo, las investigaciones ponen de manifiesto que, si bien los niveles de distracción son mayores con relación a lo esperado para su edad, los niños hiperactivos no muestran problemas en atención selectiva. Sus problemas de atención parecen estar más relacionados con la falta de habilidad para aplazar la gratificación inmediata, es decir, en la inmadurez para escapar al control de la conducta por estímulos situacionales. Habilidad que van adquiriendo los niños sin el trastorno con la edad.

La dificultad principal en este aspecto, estriba en el mayor esfuerzo que supone a un niño DAH mantener la atención durante el período de tiempo aceptable para su edad cronológica, y una mayor susceptibilidad hacia toda información novedosa y atractiva del ambiente, que le proporciona refuerzo inmediato. Por todo esto, las tareas rutinarias son especialmente dificultosas para estos niños, debido al decaimiento de atención que sufren ante ellas.

Impulsividad

En los niños que presentan este trastorno se encuentran dos tipos de impulsividad: la comportamental y la cognitiva.

Siguiendo a Kagan (1964), podemos clasificar a los niños DAH como rápidos en la respuesta y con alta frecuencia de respuestas incorrectas. Esta dificultad para detenerse a pensar antes de actuar, constituye, al parecer, una característica definitoria del síndrome hiperactivo. Entre otras cosas, supone una mayor dificultad para centrarse en cualquier proceso intelectual y controlar los propios pensamientos sin que interfieran en tareas de solución de problemas.

En cuanto a la impulsividad conductual, podríamos definirla como la realización de conductas sin reflexionar sobre las consecuencias futuras de las mismas y buscando las gratificaciones más inmediatas.

Sintomatología secundaria

Síntomas de conducta

Podemos destacar la agresividad explosiva, no premeditada, consecuencia de una muy baja tolerancia a la frustración. También son frecuentes la desobediencia, el incumplimiento de las normas y ordenes, las mentiras, robos, lenguaje irrespetuoso, etc.

Síntomas emocionales

En líneas generales los niños hiperactivos presentan inmadurez afectiva. Cambios de humor constantes. Ansiedad, depresión. Baja autoestima.

Dificultades académicas

No es de extrañar, a partir de la sintomatología primaria del síndrome, que los niños y adolescentes presenten dificultades de aprendizaje, sobre todo en la adquisición del lenguaje (lectura, escritura, ortografía...) y en las matemáticas. Así para Saffer y Allen (1976), el 78% de los niños DAH tienen problemas graves de aprendizaje.

Síntomas físicos

Entre los síntomas físicos destacamos los trastornos del sueño, inmadurez e incoordinación motora y signos neurológicos menores. Según Benjumea y Mojarro (1995), estos niños exhiben incoordinación muscular e inmadurez motora. Por otra parte, numerosos estudios relacionan el síndrome de Hiperactividad con la presencia de signos neurológicos menores. Ya en 1902, Still señala su existencia en estos niños. Otros autores encuentran en sus respectivos estudios esta relación, destacando Werry (1972), que describe en su estudio la aparición de tres o más signos neurológicos menores en el 80% de su muestra de Hiperactivos.

Comorbilidad

Trastornos de conducta

La denominación de trastorno de conducta ha sido sustituida, tanto en el DSM-IV como en el CIE-10, por Trastorno disocial.

DSM-IV	Trastorno disocial: 1. Presentación en la infancia. 2. Presentación en la adolescencia.
CIE-10	Trastornos disociales: 1. Trastorno disocial limitado al contexto familiar. 2. Trastorno disocial en niños no socializados. 3. Trastorno disocial en niños socializados. 4. Trastorno disocial desafiante y oposicionista.

Para la CIE-10 «Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador que en sus grados más extremos puede llevar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en que vive».

Como ejemplo de este tipo de conductas, podemos citar: desobediencia, rabietas, robos, mentiras, crueldad hacia animales y personas. Los síntomas han de valorarse tanto en su frecuencia como en su gravedad, que puede ser leve, moderada o grave.

Existe una comorbilidad del Trastorno disocial con el síndrome DAH de entre un 30% y un 50% (Hinshaw, 1994). En general podemos afirmar que los niños hiperactivos sin trastorno disocial tienen un mejor pronóstico en su tratamiento. En cambio, los agresivos muestran, entre otras características, un inicio más temprano en los efectos adversos del síndrome, sintomatología más grave, oposicionismo, desobediencia, rendimiento escolar muy pobre y, en la adolescencia, mayor relación con la delincuencia.

Dificultades de aprendizaje

Para Saffer y Allen (1976), el 78% de los hiperactivos tienen problemas graves de aprendizaje.

Sin embargo, cuando en los estudios se incluye el C.I., las tasas de asociación entre ambos trastornos oscilan entre un 7% y un 9% (August, 1984).

Trastorno de ansiedad

La asociación entre ambos cuadros es de aproximadamente un 25% (Biederman, 1991).

1.4. Nuestra perspectiva teórica

Nuestra perspectiva se apoya, por una parte, en un acercamiento teórico desde el ámbito de la Neuropsicología Infantil, respecto de las causas del síndrome clínico DAH; y, por otra, en la experiencia clínica que, básicamente, a través de una metodología de trabajo observacional, ha ido conformando nuestro conocimiento actual de la realidad del síndrome DAH.

Conviene hacer una primera distinción conceptual: la diferencia entre la hiperactividad como síndrome de la hiperactividad como síntoma. El síndrome –reunión de varios síntomas–, llamado de hiperactividad o Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH), se define por la presencia de, al menos, tres síntomas: Déficit de atención, hiperactividad (exceso de actividad) e impulsividad, asociados a otras alteraciones emocionales, conductuales y/o de rendimiento cognitivo.

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en el síndrome por Déficit de Atención con Hiperactividad, es la edad en la que se inicia y desarrolla. Debido a que su origen parece estar determinado desde los primeros meses de la vida del individuo, podemos situar la sintomatología asociada al síndrome DAH dentro de los trastornos que afectan al desarrollo en uno o más ámbitos básicos de la maduración de la persona: el emocional, el del desarrollo de las relaciones interpersonales, el de la autoimagen, el del rendimiento escolar...

La perspectiva neuropsicológica parte del papel fundamental del cerebro humano como procesador de todas las manifestaciones de nuestra conducta. Además, hace hincapié en la importancia que tienen los primeros años del desarrollo como factores causales de numerosos trastornos neuromadurativos.

Desde esta perspectiva, teniendo en cuenta su etiología, podemos incluir el síndrome DAH dentro de este último tipo de trastornos.

Si bien es conocido que los factores ambientales pueden ejercer una influencia en el origen y/o evolución de síndrome DAH, a veces se sobredimensiona la importancia que se otorga a estos factores en su inicio y desarrollo, llegándose, a menudo, a señalar a los padres, al ambiente social o, incluso a los profesores, como único factor interviniente en el desencadenamiento de muchos de los comportamientos alterados que se pueden dar en estos niños/as. Siguiendo en este punto a Portellano (2000): «Este planteamiento ha hecho que en muchas ocasiones se minimice o se ignore la importancia que tiene el sistema nervioso como responsable (primario) de muchas deficiencias, ya que su alteración anatómica o funcional, especialmente durante las etapas iniciales del desarrollo, puede producir trastornos en la capacidad de aprendizaje, la cognición y la conducta».

Las alteraciones funcionales del cerebro (disfunción cerebral) no suponen *a priori* un daño propiamente físico en el mismo, sino que, en múltiples ocasiones, consisten en un mal aprendizaje o falta de maduración de ciertas áreas, que ocasionan deficiencias cognitivas o trastornos de conducta, como consecuencia de ese mal funcionamiento del sistema nervioso; cuyo origen lo encontramos en fases muy tempranas de su desarrollo.

Los primeros años de vida constituyen el periodo de mayor importancia en el desarrollo del cerebro, ya que, durante esta etapa, se conforman las principales conexiones neuronales que van a constituir la plataforma neurológica sobre las que se asentarán las funciones mentales básicas para el aprendizaje y la conducta. En esta fase evolutiva se gestan, por tanto, los déficits madurativos que producirán lo que se ha dado en llamar los signos neurológicos menores (trastornos psicomotores, senso perceptivos, de adquisición del lenguaje, etc.), característicos de una disfunción cerebral.

De hecho, muchos autores incluyen, dentro de los signos neurológicos menores, a la hiperactividad como uno de los síntomas psicomotores antes mencionado (diferente del síndrome DAH, llamado también «síndrome de hiperactividad», el cual contiene dicho síntoma en su descripción, pero es más complejo).

En nuestra experiencia clínica, dirigida al diagnóstico y tratamiento del problema de Hiperactividad, en los últimos años, cada vez con mayor conocimiento del síndrome y, por tanto, suponemos, mayor fiabilidad, hemos podido constatar la relación existente entre la presencia de signos neurológicos menores (entre ellos, no lo olvidemos, se encuentran la torpeza motora y la hiperactividad motriz) y la presencia del síndrome DAH.

Por otra parte, hemos venido observando la existencia de un porcentaje muy alto de niños disléxicos que presentan diversos signos neurológicos menores, especialmente la torpeza motora, y con una mala lateralización. Un buen número de estos niños mal lateralizados podrían tener una orientación lateral zurda, incluso aun manifestándose como diestros por la utilización de la mano derecha. Serían los niños que típicamente se les ha venido considerando como «zurdos contrariados» o de lateralidad mal definida.

Si interpretamos, en conjunto, estos datos, insistimos fundamentados en la observación clínica de estos problemas, podemos deducir que un factor de riesgo, posiblemente causal –y, por tanto, posiblemente predictivo– para detectar la presencia del síndrome DAH, podría ser la propia zurdera.

Parece cada vez más evidente que, en el origen y evolución del trastorno hiperactivo, confluyen diversos factores. Pero la posibilidad de que una mala lateralización, condicionada genéticamente, pueda

constituir un factor de riesgo importante en el desarrollo del síndrome DAH, parece congruente, no sólo con nuestros propios resultados, sino con los de la mayor parte de las líneas investigadoras revisadas en España, en trabajos realizados desde la perspectiva neuropsicológica.

De hecho, esta hipótesis justificaría la elevadísima preeminencia del síndrome, hallada en múltiples investigaciones y que, según nuestras propias estimaciones, se sitúa en torno al diez por ciento de la población infantil escolarizada de tres a diecisiete años.

Los avances conceptuales sobre este síndrome, alcanzados desde finales de la última década, parecen apuntar a una descripción del mismo como de un continuo en el que se manifiestan diversas alteraciones en la adquisición de algunas capacidades básicas -en el desarrollo psicomotor y la representación del propio esquema corporal, en el afianzamiento lateral zurdo o diestro, en la adquisición del lenguaje, etc.-, capacidades éstas que condicionarán el rendimiento escolar desde los primeros años. Dichas disfunciones constituyen deficiencias madurativas neurofuncionales, relacionadas con la integración y coordinación de los diferentes canales sensoriales y perceptivos, y se producen en un estadio evolutivamente muy temprano del desarrollo.

Por consiguiente, desde un nivel teórico-científico, también encontraría congruencia nuestra hipótesis respecto de la mala lateralización como posible factor de riesgo presente en el origen del síndrome hiperactivo.

Otros factores ambientales podrían determinar el desarrollo del síndrome. Qué duda cabe que, entre otros factores, el ambiente educativo familiar y social puede intervenir en el desarrollo del síndrome y que una intervención temprana puede evitar la mayoría de las consecuencias graves que se detectan en niños con DAH no tratados. Por otro lado, en la medida en que un ambiente sociocultural poco facilitador de la zurdera, priorice en los niños y niñas de temprana edad la utilización de la mano derecha para escribir, comer y la realización de otras actividades reguladas culturalmente, podríamos encontrar a un porcentaje de zurdos que, debido a la falta natural de afianzamiento lateral en esa corta edad, serían ambientalmente estimulados para desarrollar una lateralización diestra, pese a su natural tendencia lateral zurda. Por otra parte, qué duda cabe de que, entre otros factores, el ambiente educativo familiar y social puede intervenir en el propio desarrollo del síndrome.

Los estudios con los llamados 'zurdos contrariados' aportan luces en este sentido, pues se sabe que presentan un riesgo mucho mayor de desarrollar dislexia y otras dificultades de aprendizaje.

Finalmente, en consonancia con los fines perseguidos por este estudio, deseamos llamar la atención de la gravedad de las consecuencias que, a la larga, produce este síndrome o trastorno. Y apuntar las anteriores reflexiones como posible estímulo a futuras investigaciones que, desde la perspectiva neuropsicológica u otras perspectivas, continúen profundizando en la difícil realidad de las familias con miembros hiperactivos.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Establecer datos básicos sobre la incidencia del DAH en los colegios e institutos de la Comunidad de Madrid.
2. Obtener información sobre el grado de conocimiento que sobre el DAH existe entre los profesionales de la educación.

3. Valoración de los recursos funcionales reales utilizados en la detección, orientación y posibles medidas adoptadas por los centros escolares con relación a los alumnos con DAH.
4. Proporcionar información adecuada a las necesidades de los padres de niños y adolescentes con DAH, así como a los centros escolares.
5. Elaboración de un prontuario de consejos prácticos sobre el DAH dirigido a familias y educadores.
6. Elaborar una guía básica sobre el DAH con el fin de incrementar en calidad y cantidad la información que, sobre este síndrome, poseen los profesionales de la educación.

3. METODOLOGÍA

3.1. Selección de la muestra

El muestreo ha sido realizado en varias fases. Consideramos las unidades primarias de muestreo los centros de enseñanza de Primaria y Secundaria de la CM, tanto públicos como privados o concertados.

En una primera fase se estratifica por Zonas de la Comunidad Autónoma de Madrid (Zona Norte, Sur, Este, Oeste y Centro). Se realiza una afijación de la muestra proporcional al número de Centros perteneciente a cada Zona.

Seguidamente se estratifica, a su vez, cada Zona en Centros de Primaria y de Secundaria, aplicando una afijación de la muestra al 50%.

Los centros se consideran conglomerados dentro de cada Zona y son seleccionados por muestreo aleatorio simple.

En una última fase se seleccionan por muestreo aleatorio simple, dentro de cada Centro, las unidades finales de muestreo, que son las clases (aulas). En cada clase el profesor escoge de 3 a 5 alumnos con dos criterios de medida indirecta del síndrome hiperactivo. Estos son los sujetos finales del estudio.

MUESTRA DE PRIMARIA - Total CM				
	Públicos	Concertados	Privados	Total
Capital	7	8	3	18
Zona Sur	2	1	0	3
Zona Este	2	0	0	2
Zona Oeste	1	2	0	3
Zona Norte	1	1	0	2
TOTAL	13	12	3	28

MUESTRA DE SECUNDARIA - Total CM				
	Públicos	Concertados	Privados	Total
Capital	7	7	3	17
Zona Sur	1	1	0	2
Zona Este	1	0	0	1
Zona Oeste	1	72	0	3
Zona Norte	2	0	0	2
TOTAL	12	10	3	25

3.2. Material empleado

Se diseñaron dos instrumentos: la Encuesta de profesores y el Cuestionario Quiral para niños con DAH. Ambos se encuentran en el Anexo I y II respectivamente.

3.3. Diseño y descripción de las variables

El diseño elaborado en el presente estudio es de correlacional, debido a que el objetivo general del mismo está dirigido a la descripción de la realidad del síndrome de Hiperactividad (DAH) en la CM. Por tanto, el tratamiento de las variables utilizadas ha sido puramente descriptivo e inferencial respecto de la generalización de los datos muestrales a población general.

Tanto en el diseño del Cuestionario de alumnos como en la obtención de los puntos de corte de las variables H, DA, H+DA, TC y Global, se ha tomado en cuenta la baremación del EDAH, Madrid, 2000, Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, de los autores Anna Farré y Juan Narbona, en su publicación de la 3ª edición por TEA ediciones.

Cuestionario Quiral para niños con DAH

Variables utilizadas

1. Variables cuantitativas
 - Hiperactividad (Síntoma)
 - Déficit de atención
 - Trastorno de Conducta
 - Síndrome DAH Global (TDAH)
 - Impulsividad
 - Inhibición conductual
 - Edad
 - Nivel de Primaria o Secundaria
2. Variables cualitativas
 - Sexo
 - Rendimiento escolar bajo
 - Molesta en clase (conductas disruptivas al margen de la intencionalidad del sujeto)
 - Dificultad en la lectura, (valorada por el profesor-tutor)
 - Dificultad de escritura, (valorada por el profesor-tutor)
 - Zurdera conocida/ desconocida por el profesor
 - Defecto visual o auditivo conocido por el profesor

- Torpeza motora valorada por el profesor
- Posible presencia de dislexia
- Posible presencia de signos neurológicos menores

Encuesta dirigida a Profesores

Variables utilizadas

1. Variables cuantitativas
 - Pregunta 2 (Ver cuestionario)
 - Respuesta Global a la Pregunta 2
 - Suma de respuestas correctas en Pregunta 1
 - Criterio del grado de conocimiento sobre Hiperactividad (combinación Pregunta 1 con la 2)
2. Variables cualitativas
 - Preguntas 4–6, 8–17 (Ver cuestionario)

3.4. Procedimiento

El procedimiento de recogida de la información, llevado a cabo en la fase de trabajo de campo ha consistido en entrevistas semiestructuradas, dirigidas tanto a las familias, directores de los centros participantes y representantes de la Inspección de la CM.

A continuación, los entrevistadores se desplazaron a los centros educativos seleccionados, eligiendo una media de dos clases por ciclo o nivel educativo de forma aleatoria, de tal manera, que se obtuvieran datos de todas las edades, desde los tres años hasta los diecisiete.

Cada encuestador realizaba, inicialmente, la encuesta dirigida al profesor designado, rellenándola de forma anónima y por estricto orden en la sucesión de las preguntas. Posteriormente, aplicaba el cuestionario referido a los alumnos que el propio profesor elegía, con un número de 3 a 5, atendiendo a los dos criterios impuestos por el cuestionario final sobre la presencia del síndrome DAH en niños escolarizados

4. Resultados

4.1. Análisis descriptivo

Cuestionario Quiral

Se presentan a continuación los resultados estadísticos descriptivos correspondientes al Cuestionario Quiral para niños con DAH. Las tablas y gráficos presentados corresponden a los valores obtenidos en nuestra muestra.

Es necesario recalcar que esta muestra se compone de niños previamente seleccionados por los profesores como posibles candidatos a padecer el síndrome de Hiperactividad, de forma indirecta, a través de los dos criterios del cuestionario de alumnos, sin que los profesores seleccionaron a los niños que presentaban el síndrome.

Por ejemplo, todos los porcentajes obtenidos han de ser considerados como porcentajes sobre niños ya sospechosos de padecer el síndrome, y no sobre el total de niños considerado de manera global. (Para acceder a estimaciones sobre el total véase el apartado 4.3.).

Tablas descriptivas

Tablas descriptivas. Variables numéricas.

	Media	Desviac. típica	Mínimo	Máximo	Punto Corte
Hiperactividad (H)	10	4	0	15	10
Déficit de Atención (DA)	11	4	0	15	10
Trastorno de Conducta (TC)	17	8	0	30	11
Hiper. (H) + Déficit de Atención	21	6	0	30	18
Inhibición Conductual (IC)	7	4	0	15	
Global + IC	46	15	0	72	
Ítem 1	2,07	1,01	0,00	3,00	
Ítem 2	2,20	0,98	0,00	3,00	
Ítem 3	2,01	1,01	0,00	3,00	
Ítem 4	2,17	0,97	0,00	3,00	
Ítem 5	2,07	1,03	0,00	3,00	
Ítem 6	2,38	0,83	0,00	3,00	
Ítem 7	2,23	0,93	0,00	3,00	
Ítem 8	2,12	0,99	0,00	3,00	
Ítem 9	2,13	0,93	0,00	3,00	
Ítem 10	1,96	1,07	0,00	3,00	
Ítem 11	1,22	1,14	0,00	3,00	
Ítem 12	1,45	1,03	0,00	3,00	
Ítem 13	1,81	1,11	0,00	3,00	
Ítem 14	1,41	1,04	0,00	3,00	
Ítem 15	1,24	1,09	0,00	3,00	
Ítem 16	1,66	1,13	0,00	3,00	
Ítem 17	1,85	1,10	0,00	3,00	
Ítem 18	1,77	1,10	0,00	3,00	
Ítem 19	1,80	1,05	0,00	3,00	
Ítem 20	1,53	1,03	0,00	3,00	
Ítem 21	1,62	1,07	0,00	3,00	
Ítem 22	1,94	1,03	0,00	3,00	
Ítem 23	1,53	1,02	0,00	3,00	
Ítem 24	1,89	0,99	0,00	3,00	
Ítem 25	1,93	1,94	0,00	3,00	

Tablas descriptivas. Variables numéricas.

	Edad	
	Recuento	%
3	38	5,3
4	60	8,4
5	66	9,2
6	22	3,1
7	60	8,4
8	56	7,8
9	40	5,6
10	40	5,6
11	42	5,9
12	56	7,8
13	52	7,3
14	56	7,3
15	72	7,8
16	33	10,0
17	16	4,6
18	8	2,2
		1,1

Tablas descriptivas. Variables categóricas.

	Sexo	
	Recuento	%
Mujer	148	20,6
Hombre	569	79,4

	No		Si	
	Recuento	%	Recuento	%
Rendimiento escolar bajo	134	18,7	583	91,3
Molesta en clase	120	16,7	597	83,3
Presencia de Dislexia	259	41,8	360	
Presencia de signos neuroológicos menores	425	59,3	292	58,2 40,7
Dif. Lectura	195	58,0	286	42,0
Dif. Escritura	345	50,1	344	49,9
Zurdera	635	93,5	44	6,5
Defecto visual o auditivo	626	90,5	66	9,5
Torpeza motora	462	66,6	232	33,4

Tablas por edades**Tramo edad = 3-5**

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hiperactividad (H)	10	4	0	15
Déficit de Atención (DA)	9	4	0	15
Trastorno de conducta (TC)	15	7	0	28
Hiperactividad + Déficit de Atención	19	6	0	30
Inhibición Conductual (IC)	7	4	0	14
Global + IC (TDAH + IC)	41	15	6	69

Tramo edad = 6-9

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hiperactividad	11	4	0	15
Déficit de Atención	11	4	0	15
Trastorno de conducta	18	9	0	30
Hiperactividad + Déficit de Atención	22	6	0	30
Inhibición Conductual	7	4	0	15
Global + IC	47	15	0	72

Tramo edad = 10-12

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hiperactividad	10	4	0	15
Déficit de Atención	11	3	2	15
Trastorno de conducta	18	8	1	30
Hiperactividad + Déficit de Atención	21	6	8	30
Inhibición Conductual	7	4	0	15
Global + IC	47	15	10	70

Tramo edad = 13-16

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hiperactividad	11	4	0	15
Déficit de Atención	12	3	3	15
Trastorno de conducta	19	8	0	30
Hiperactividad + Déficit de Atención	23	6	9	30
Inhibición Conductual	7	4	1	15
Global + IC	47	15	19	72

Tramo edad = 17 o más

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hiperactividad	9	5	0	15
Déficit de Atención	10	4	4	15
Trastorno de conducta	15	8	1	29
Hiperactividad + Déficit de Atención	19	7	7	30
Inhibición Conductual	5	2	1	8
Global + IC	40	15	14	65

Tablas descriptivas. Variables numéricas y categóricas por tramos de edad.

Tramo edad		No		Si	
		Recuento	%	Recuento	%
3-5	Síntoma H	62	37,8	102	62,2
	Síntoma DA	92	56,1	72	43,9
	Síntoma TC	46	28,0	118	72,0
	Síndrome DAH (Global)	54	32,9	110	67,1
	Rendimiento escolar bajo	48	29,3	116	70,7
	Molesta en clase	28	17,1	136	82,9
	Posible presencia de Dislexia	30	45,5	36	54,5
	Signos neurológicos menores	102	62,2	62	37,8
6-9	Síntoma H	58	32,6	120	67,4
	Síntoma DA	74	41,6	104	58,4
	Síntoma TC	42	23,6	136	76,4
	Síndrome DAH (Global)	40	22,5	138	77,5
	Rendimiento escolar bajo	40	22,5	138	77,5
	Molesta en clase	26	14,6	152	85,4
	Posible presencia de Dislexia	82	43,6	96	53,9
	Signos neurológicos menores	92	51,7	86	48,3
10-12	Síntoma H	56	40,6	82	59,4
	Síntoma DA	52	37,7	86	62,3
	Síntoma TC	40	29,0	98	71,0
	Síndrome DAH (Global)	38	27,5	100	72,5
	Rendimiento escolar bajo	26	18,8	112	81,2
	Molesta en clase	28	20,3	110	79,7
	Posible presencia de Dislexia	44	31,9	94	68,1
	Signos neurológicos menores	78	56,5	60	43,5
13-16	Síntoma H	76	35,7	137	64,3
	Síntoma DA	53	24,9	160	75,1
	Síntoma TC	40	18,8	173	81,2
	Síndrome DAH (Global)	26	12,2	187	87,8
	Rendimiento escolar bajo	18	8,5	195	91,5
	Molesta en clase	28	13,1	185	86,9
	Posible presencia de Dislexia	85	39,9	128	60,1
	Signos neurológicos menores	135	63,4	78	36,6
17 o más	Síntoma H	12	50,0	12	50,0
	Síntoma DA	10	41,7	14	58,3
	Síntoma TC	10	41,7	14	58,3
	Síndrome DAH (Global)	10	41,7	14	58,3
	Rendimiento escolar bajo	2	8,3	22	91,7
	Molesta en clase	10	41,7	14	58,3
	Posible presencia de Dislexia	18	75,0	6	25,0
	Signos neurológicos menores	18	75,0	6	25,0

Tablas por Síntomas

Hiperactividad**Tablas descriptivas. Variable Hiperactividad (H). Variables numéricas.**

Síntoma H		Media	Desv. típica	Mínimo	Máximo
No	Hiperactividad	6	3	0	10
	Déficit de Atención	10	4	0	15
	Inhibición Conductual	6	3	0	13
	Trastorno de Conducta	12	7	0	30
	Hiperactividad + Déficit de Atención	16	5	0	25
	Hiperactividad + Trastorno de Conducta	18	9	0	39
	Déficit Atención + Trastorno de Conducta	22	9	0	41
	Síndrome DAH (Global)	28	11	0	50
	Global + IC	34	12	0	62
	Déficit de Atención + Trastorno Conducta + Inhibición Conductual	28	11	0	53
Edad	10	4	3	18	
Sí	Hiperactividad	13	1	11	15
	Déficit de Atención	11	3	0	15
	Inhibición Conductual	8	4	0	15
	Trastorno de Conducta	21	6	0	30
	Hiperactividad + Déficit de Atención	24	4	12	30
	Hiperactividad + Trastorno de Conducta	34	7	13	45
	Déficit Atención + Trastorno de Conducta	32	8	6	45
	Síndrome DAH (Global)	45	9	17	60
	Global + IC	53	11	18	42
	Déficit de Atención + Trastorno Conducta + Inhibición Conductual	40	11	7	59
Edad	10	4	3	18	

Tablas descriptivas. Variable Hiperactividad (H) por tramos de edad.

Síntoma H		Recuento	%
No	3-6	62	23,5
	6-9	58	22,
	10-12	56	21,2
	13-16	76	28,8
	17 omás	12	4,5
Sí	3-6	102	22,5
	6-9	120	26,5
	10-12	82	18,1
	13-16	137	30,2
	17 omás	12	2,6

Variable Hiperactividad (H). Estadísticos descriptivos básicos por ítems.

Síntoma H		Media	Desviación típ.	Mínimo	Máximo
No	1	1,14	0,87	0,00	3,00
	2	1,31	1,00	0,00	3,00
	2	1,31	1,00	0,00	3,00
	3	1,13	0,90	0,00	3,00
	3	1,13	0,90	0,00	3,00
	4	1,33	0,98	0,00	3,00
	4	1,33	0,98	0,00	3,00
	5	1,13	0,95	0,00	3,00
	5	1,13	0,95	0,00	3,00
	6	2,16	0,94	0,00	3,00
	7	2,18	0,96	0,00	3,00
	8	1,98	1,06	0,00	3,00
	9	1,91	0,98	0,00	3,00
	10	1,89	1,08	0,00	3,00
	11	1,41	1,15	0,00	3,00
	12	1,37	1,00	0,00	3,00
	13	1,16	1,01	0,00	3,00
	14	1,11	0,95	0,00	3,00
	15	0,92	0,98	0,00	3,00
	16	0,90	0,96	0,00	3,00
	17	1,17	1,06	0,00	3,00
	18	1,06	1,02	0,00	3,00
	19	1,08	0,98	0,00	3,00
	20	1,24	1,00	0,00	3,00
	21	1,04	0,93	0,00	3,00
22	1,36	1,02	0,00	3,00	
23	1,07	0,93	0,00	3,00	
23	1,07	0,93	0,00	3,00	
24	1,44	1,00	0,00	3,00	
24	1,44	1,00	0,00	3,00	
25	1,58	2,94	0,00	3,00	
25	1,58	2,94	0,00	3,00	
Sí	1	2,61	0,60	0,00	3,00
	2	2,74	0,48	1,00	3,00
	2	2,74	0,48	1,00	3,00
	3	2,53	0,64	0,00	3,00
	3	2,53	0,64	0,00	3,00
	4	2,66	0,52	0,00	3,00
	4	2,66	0,52	0,00	3,00
	5	2,61	0,60	0,00	3,00
	5	2,61	0,60	0,00	3,00
	6	2,51	0,72	0,00	3,00
	7	2,26	0,91	0,00	3,00
	8	2,21	0,94	0,00	3,00
	9	2,26	0,87	0,00	3,00
	10	2,01	1,06	0,00	3,00
	11	1,11	1,11	0,00	3,00
	12	1,49	1,05	0,00	3,00
	13	2,58	0,98	0,00	3,00
	14	1,58	1,05	0,00	3,00
	15	1,43	1,11	0,00	3,00
	16	2,10	0,98	0,00	3,00
	17	2,24	0,91	0,00	3,00
	18	2,19	0,92	0,00	3,00
	19	2,21	0,84	0,00	3,00
	20	1,70	1,01	0,00	3,00
	21	1,95	0,99	0,00	3,00
22	2,27	0,87	0,00	3,00	
23	1,80	0,98	0,00	3,00	
23	1,80	0,98	0,00	3,00	
24	2,16	0,88	0,00	3,00	
24	2,16	0,88	0,00	3,00	
25	2,13	0,89	0,00	3,00	
25	2,13	0,89	0,00	3,00	

Tablas descriptivas. Variable Hiperactividad (H). Variables categóricas.

Síntoma H		No		Si	
		Recuento	%	Recuento	%
No	Rendimiento escolar bajo	42	15,9	222	84,1
	Molesta en clase	118	44,7	146	55,3
	Presencia de Dislexia	100	43,9	128	56,1
	Presencia de signos neurológicos menores	184	69,7	80	30,3
	Síntoma DA	139	52,1	128	47,9
	Síntoma TC	138	51,7	129	48,3
	Síntoma DA + TC	144	54,5	120	45,5
	Dif. Lectura	129	52,2	118	47,8
	Dif. Escritura	133	52,6	120	47,4
	Zurdera	231	93,5	16	6,5
	Defecto visual o auditivo	223	88,8	28	11,2
	Torpeza motora	190	75,4	62	24,6
	Síndrome DAH (Global)	171	64,0	96	36,0
Sí	Rendimiento escolar bajo	92	20,3	361	79,7
	Molesta en clase	2	0,4	451	99,6
	Presencia de Dislexia	159	40,7	232	59,3
	Presencia de signos neurológicos menores	241	53,2	212	46,8
	Síntoma DA	145	32,0	308	68,0
	Síntoma TC	40	8,8	413	91,2
	Síntoma DA + TC	24	5,3	429	94,7
	Dif. Lectura	266	61,3	168	38,7
	Dif. Escritura	212	48,6	224	51,4
	Zurdera	404	93,5	28	6,5
	Defecto visual o auditivo	403	91,4	38	8,6
	Torpeza motora	272	61,5	170	38,5
	Síndrome DAH (Global)	44	9,7	409	90,3

Tablas descriptivas. Variable Hiperactividad (H) por Sexo.

Síntoma H		Recuento	%
No	Mujer	62	23,5
	Hombre	202	76,5
Sí	Mujer	86	19,0
	Hombre	367	81,0

Tablas de Contingencia significativas

Se han encontrado relaciones significativas entre la variable Hiperactividad (síntoma) y las siguientes variables cualitativas:

Tabla de contingencia

		Molesta en clase		Total
		No	Si	
Síntoma	No	118	146	264
H	Sí	2	451	453
Total		120	597	717

p-valor contraste $X^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

		Presencia de signos neurológicos menores		Total
		No	Si	
Síntoma	No	184	80	264
H	Sí	241	212	453
Total		425	292	717

p-valor contraste $X^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

		Torpeza motora		Total
		No	Si	
Síntoma	No	189	60	249
H	Si	272	170	442
Total		461	230	691

p-valor contraste $X^2 = 0.000$ **Déficit de Atención****Tablas descriptivas. Variable Déficit de Atención (DA). Variables numéricas.**

Déficit de Atención		Media	Desv. típica	Mínimo	Máximo
No	Hiperactividad	10	4	0	15
	Déficit de Atención	7	3	0	10
	Inhibición Conductual	6	3	0	14
	Trastorno de Conducta	14	8	0	30
	Hiperactividad + Déficit de Atención	17	5	0	25
	Síndrome DAH (Global)	31	11	0	53
	Edad	9	4	3	18

Sí	Hiperactividad	11	4	0	15
	Déficit de Atención	13	1	11	15
	Inhibición Conductual	8	4	0	15
	Trastorno de Conducta	19	8	0	30
	Hiperactividad + Déficit de Atención	24	4	13	30
	Síndrome DAH (Global)	44	11	15	60
	Edad	11	4	3	17

Tablas descriptivas. Variable Déficit de Atención (DA) por tramos de edad.

Síntoma DA		Recuento	%
No	3-6	92	32,7
	6-9	74	26,3
	10-12	52	18,5
	13-16	53	18,9
	17 o más	10	3,6
Sí	3-6	72	16,5
	6-9	104	23,9
	10-12	86	19,7
	13-16	160	36,7
	17 o más	14	3,2

Variable Déficit de Atención (DA). Estadísticos descriptivos básicos por ítems.

Síntoma DA		Media	Desviación típ.	Mínimo	Máximo
No	1	1,94	1,00	0,00	3,00
	2	2,01	1,00	0,00	3,00
	3	1,89	1,00	0,00	3,00
	4	1,99	0,95	0,00	3,00
	5	1,86	1,05	0,00	3,00
	6	1,78	0,90	0,00	3,00
	7	1,61	0,95	0,00	3,00
	8	1,26	0,91	0,00	3,00
	9	1,37	0,88	0,00	3,00
	10	1,09	0,96	0,00	3,00
	11	0,98	1,07	0,00	3,00
	12	1,11	0,95	0,00	3,00
	13	1,53	1,12	0,00	3,00
	14	0,95	0,88	0,00	3,00
	15	1,05	0,99	0,00	3,00
	16	1,37	1,11	0,00	3,00
	17	1,66	1,08	0,00	3,00
	18	1,54	1,08	0,00	3,00
	19	1,56	1,08	0,00	3,00
	20	1,14	0,97	0,00	3,00
	21	1,33	1,04	0,00	3,00
	22	1,65	1,05	0,00	3,00
	23	1,17	0,93	0,00	3,00
	24	1,49	0,95	0,00	3,00
	25	1,79	2,84	0,00	3,00

Sí	1	2,16	1,00	0,00	3,00
	2	2,32	0,96	0,00	3,00
	3	2,09	1,00	0,00	3,00
	4	2,29	0,96	0,00	3,00
	5	2,20	1,00	0,00	3,00
	6	2,77	0,47	0,00	3,00
	7	2,63	0,65	0,00	3,00
	8	2,68	0,55	0,00	3,00
	9	2,63	0,54	0,00	3,00
	10	2,53	0,68	0,00	3,00
	11	1,38	1,15	0,00	3,00
	12	1,67	1,02	0,00	3,00
	13	1,98	1,07	0,00	3,00
	14	1,71	1,03	0,00	3,00
	15	1,37	1,13	0,00	3,00
	16	1,84	1,10	0,00	3,00
	17	1,97	1,09	0,00	3,00
	18	1,93	1,09	0,00	3,00
	19	1,94	1,00	0,00	3,00
	20	1,78	0,99	0,00	3,00
	21	1,80	1,04	0,00	3,00
	22	2,12	0,97	0,00	3,00
	23	1,77	1,01	0,00	3,00
	24	2,16	0,92	0,00	3,00
	25	2,02	0,98	0,00	3,00

Tablas descriptivas. Variable Déficit de Atención (DA). Variables categóricas.

Déficit de Atención		No		Si	
		Recuento	%	Recuento	%
No	Rendimiento escolar bajo	114	40,6	167	59,4
	Molesta en clase	48	17,1	233	82,9
	Presencia de Dislexia	135	59,0	94	41,0
	Presencia de signos neurológicos menores	219	77,9	62	22,1
	Síntoma H	139	48,9	145	51,1
	Síntoma TC	94	33,1	190	66,9
	DA + H	104	37,0	177	63,0
	Dif. Lectura	191	73,7	68	26,3
	Dif. Escritura	178	67,4	86	32,6
	zurdera	257	95,5	12	4,5
	Defecto visual o auditivo	254	94,1	16	5,9
	Torpeza motora	226	82,5	48	17,5
Síndrome DAH (Global)	167	58,8	117	41,2	
Sí	Rendimiento escolar bajo	20	4,6	416	95,4
	Molesta en clase	72	16,5	364	83,5
	Presencia de Dislexia	124	31,8	266	68,2
	Presencia de signos neurológicos menores	206	47,2	230	52,8
	Síntoma H	128	29,4	308	70,6
	Síntoma TC	84	19,3	352	80,7
	DA + H	64	14,7	372	85,3
	Dif. Lectura	204	48,3	218	51,7
	Dif. Escritura	167	39,3	258	60,7
	zurdera	378	92,2	32	7,8
	Defecto visual o auditivo	372	88,2	50	11,8
	Torpeza motora	236	56,2	184	43,8
Síndrome DAH (Global)	48	11,0	388	89,0	

Tablas descriptivas. Variable Déficit de Atención (DA) por Sexo.

Síntoma DA		Recuento	%
No	Mujer	56	19,9
	Hombre	225	80,1
Sí	Mujer	92	21,1
	Hombre	344	78,9

Tablas de Contingencia significativas

Se han encontrado relaciones significativas entre la variable Déficit de Atención (síntoma) y las siguientes variables cualitativas:

Tabla de contingencia

Recuento		Rendimiento escolar bajo		Total
		No	Si	
Síntoma	No	114	167	281
DA	Sí	20	416	436
Total		134	583	717

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Presencia de Dislexia		Total
		No	Si	
Síntoma	No	135	94	229
DA	Sí	124	266	390
Total		259	360	619

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Dif. Lectura		Total
		No	Si	
Síntoma	No	191	68	259
DA	Sí	204	218	422
Total		395	286	681

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Dif. Escritura		Total
		No	Si	
Síntoma	No	178	86	364
DA	Sí	167	258	425
Total		345	344	689

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Torpeza motora		Total
		No	Si	
Síntoma	No	226	48	274
DA	Sí	236	184	420
Total		462	232	694

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Presencia de signos neurológicos menores		Total
		No	Si	
Síntoma	No	219	62	281
DA	Sí	206	230	436
Total		425	292	717

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$ **Síndrome DAH (Global): TDAH.****Tablas descriptivas. Variable Síndrome DAH (Global). Variables numéricas.**

Síndrome DAH (Global)		Media	Desviación típ.	Mínimo	Máximo
No	Hiperactividad	6	4	0	15
	Déficit de Atención	8	4	0	15
	Inhibición Conductual	6	3	0	13
	Trastorno de Conducta	11	7	0	28
	Hiperactividad + Déficit de Atención	14	4	0	18
	Síndrome DAH (Global)	25	10	0	44
	Edad	9	4	3	18
Sí	Hiperactividad	12	2	4	15
	Déficit de Atención	12	2	4	15
	Inhibición Conductual	8	4	0	15
	Trastorno de Conducta	20	7	0	30
	Hiperactividad + Déficit de Atención	24	3	19	30
	Síndrome DAH (Global)	44	9	20	60
	Edad	10	4	3	17

Tablas descriptivas. Variable Síndrome DAH (Global) por tramos de edad.

Síndrome DAH (Global)		Recuento	%
No	3-6	68	32,1
	6-9	54	25,5
	10-12	40	18,9
	13-16	40	18,9
	17 o más	10	4,7
Sí	3-6	96	19,0
	6-9	124	24,6
	10-12	98	19,4
	13-16	173	34,3
	17 o más	14	2,8

Variable Síndrome DAH (Global). Estadísticos descriptivos básicos por ítems.

Síndrome DAH		Media	Desviación típ.	Mínimo	Máximo
No	1	1,22	1,03	0,00	3,00
	2	1,29	1,09	0,00	3,00
	3	1,29	1,06	0,00	3,00
	4	1,32	1,03	0,00	3,00
	5	1,22	1,10	0,00	3,00
	6	1,69	0,96	0,00	3,00
	7	1,67	1,02	0,00	3,00
	8	1,38	1,13	0,00	3,00
	9	1,48	1,06	0,00	3,00
	10	1,38	1,18	0,00	3,00
	11	1,33	1,23	0,00	3,00
	12	1,30	1,03	0,00	3,00
	13	1,23	1,14	0,00	3,00
	14	0,98	0,91	0,00	3,00
	15	0,85	0,97	0,00	3,00
	16	0,91	1,05	0,00	3,00
	17	1,20	1,14	0,00	3,00
	18	1,09	1,08	0,00	3,00
	19	1,17	1,11	0,00	3,00
	20	1,16	0,99	0,00	3,00
	21	0,99	1,00	0,00	3,00
	22	1,33	1,07	0,00	3,00
	23	1,00	0,90	0,00	3,00
	24	1,35	0,96	0,00	3,00
	25	1,17	1,05	0,00	3,00
Sí	1	2,43	0,75	0,00	3,00
	2	2,58	0,63	0,00	3,00
	3	2,31	0,81	0,00	3,00
	4	2,53	0,67	0,00	3,00
	5	2,42	0,76	0,00	3,00
	6	2,67	0,55	1,00	3,00
	7	2,47	0,77	0,00	3,00
	8	2,44	0,73	0,00	3,00
	9	2,41	0,70	0,00	3,00
	10	2,21	0,91	0,00	3,00
	11	1,18	1,09	0,00	3,00
	12	1,51	1,03	0,00	3,00
	13	2,05	1,01	0,00	3,00
	14	1,59	1,04	0,00	3,00
	15	1,41	1,10	0,00	3,00
	16	1,97	1,00	0,00	3,00
	17	2,12	0,95	0,00	3,00
	18	2,06	0,98	0,00	3,00
	19	2,06	0,90	0,00	3,00
	20	1,68	1,00	0,00	3,00
	21	1,88	0,98	0,00	3,00
	22	2,19	0,89	0,00	3,00
	23	1,76	0,99	0,00	3,00
	24	2,12	0,91	0,00	3,00
	25	2,25	2,13	0,00	33,00

Tablas descriptivas. Variable Síndrome DAH (Global). Variables categóricas.

Síndrome DAH (Global)		No		Si	
		Recuento	%	Recuento	%
No	Rendimiento escolar bajo	68	32,1	144	86,9
	Molesta en clase	92	43,4	120	94,5
	Presencia de signos neurológicos menores	154	72,6	58	46,3
	Síntoma H	171	79,5	44	81,0
	Síntoma DA	167	77,7	48	76,8
	Síntoma TC	120	55,8	95	88,5
	Síntoma H + DA	142	67,0	70	94,9
	Síndrome DAH (Global)	215	100,0		100,0
	Presencia de Dislexia	94	53,4	82	62,8
	Dif. Lectura	125	64,1	70	44,4
	Dif. Escritura	133	66,8	66	56,7
	zurdera	189	95,0	10	7,1
	Defecto visual o auditivo	181	89,2	22	9,0
	Torpeza motora	159	77,6	46	38,0
	Sí	Rendimiento escolar bajo	66	13,1	439
Molesta en clase		28	5,5	477	94,5
Presencia de signos neurológicos menores		271	53,7	234	46,3
Síntoma H		96	19,0	409	81,0
Síntoma DA		117	23,2	388	76,8
Síntoma TC		58	11,5	447	88,5
Síntoma H + DA		26	5,1	479	94,9
Síndrome DAH (Global)				505	100,0
Presencia de Dislexia		165	37,2	278	62,8
Dif. Lectura		270	55,6	216	44,4
Dif. Escritura		212	43,3	278	56,7
zurdera		446	92,9	34	7,1
Defecto visual o auditivo		445	91,0	44	9,0
Torpeza motora		303	62,0	186	38,0

Tablas descriptivas. Variable Síndrome DAH (Global) por Sexo.

Síndrome DAH (Global)		Recuento	%
No	Mujer	50	23,6
	Hombre	162	76,4
Sí	Mujer	98	19,4
	Hombre	407	80,6

Tablas de Contingencia significativas

Se han encontrado relaciones significativas entre la variable Síndrome DAH (Global) y las siguientes variables cualitativas:

Tabla de contingencia

Recuento		Rendimiento escolar bajo		Total
		No	Si	
Síndrome DAH	No	68	144	212
	Sí	66	439	505
Total		134	583	717

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Molesta en clase		Total
		No	Si	
Síndrome DAH	No	92	120	212
	Sí	28	477	505
Total		120	597	717

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Presencia de Dislexia		Total
		No	Si	
Síndrome DAH	No	94	82	176
	Sí	165	278	443
Total		259	360	619

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Dif. Escritura		Total
		No	Si	
Síndrome DAH	No	133	66	199
	Sí	212	278	490
Total		345	344	689

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Presencia de signos neurológicos menores		Total
		No	Si	
Síndrome	No	154	58	212
DHA	Sí	271	234	505
Total		425	292	717

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$

Tabla de contingencia

Recuento		Torpeza motora		Total
		No	Si	
Síndrome	No	159	46	205
DHA	Sí	303	186	489
Total		462	232	694

p-valor contraste $\chi^2 = 0.000$ **Puntuaciones factoriales. Análisis Factorial de las preguntas 1-10 y 16-25.****Matriz de componentes rotados**

	Componente		
	1	2	3
1	0,836		
2	0,775		
3	0,730		
4	0,830		
5	0,742		
6			0,780
7			0,732
8			0,825
9			0,775
10			0,754
11			
12			
13			
14			
15			
16	0,551	0,504	
17	0,560	0,531	
18		0,611	
19	0,559	0,589	
20		0,752	
21		0,738	
22		0,634	
23		0,822	
24		0,714	
25			

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación a convergido en 6 iteraciones.

Matrices de correlaciones. En general y por edades.**Correlaciones**

	Hiperactividad	Déficit de Atención	Inhibición Conductual	Trastorno de Conducta
Hiperactividad	1,000	0,138	0,250	0,658
Déficit de Atención	0,138	1,000	0,359	0,288
Inhibición Conductual	0,250	0,359	1,000	0,613
Trastorno de Conducta	0,658	0,288	0,613	1,000

Tramo edad 3-5

	Hiperactividad	Déficit de Atención	Inhibición Conductual	Trastorno de Conducta
Hiperactividad	1,000	0,242	0,196	0,644
Déficit de Atención	0,242	1,000	0,482	0,319
Inhibición Conductual	0,196	0,482	1,000	0,581
Trastorno de Conducta	0,644	0,319	0,581	1,000

Tramo edad = 6-9

	Hiperactividad	Déficit de Atención	Inhibición Conductual	Trastorno de Conducta
Hiperactividad	1,000	0,119	0,322	0,609
Déficit de Atención	0,119	1,000	0,324	0,279
Inhibición Conductual	0,322	0,324	1,000	0,696
Trastorno de Conducta	0,609	0,279	0,696	1,000

Tramo edad = 10-12

	Hiperactividad	Déficit de Atención	Inhibición Conductual	Trastorno de Conducta
Hiperactividad	1,000	0,055	0,215	0,696
Déficit de Atención	0,055	1,000	0,505	0,248
Inhibición Conductual	0,215	0,505	1,000	0,587
Trastorno de Conducta	0,696	0,248	0,587	1,000

Tramo edad = 13-16

	Hiperactividad	Déficit de Atención	Inhibición Conductual	Trastorno de Conducta
Hiperactividad	1,000	0,027	0,246	0,678
Déficit de Atención	0,027	1,000	0,167	0,126
Inhibición Conductual	0,246	0,167	1,000	0,571
Trastorno de Conducta	0,678	0,126	0,571	1,000

Tramo edad = 17 ó más

	Hiperactividad	Déficit de Atención	Inhibición Conductual	Trastorno de Conducta
Hiperactividad	1,000	0,052	0,105	0,782
Déficit de Atención	0,052	1,000	0,068	0,299
Inhibición Conductual	0,105	0,068	1,000	0,362
Trastorno de Conducta	0,782	0,299	0,362	1,000

Encuesta dirigida a profesores

Las siguientes tablas descriptivas corresponden a la Encuesta realizada a los profesores para estudiar su grado de conocimiento sobre el síndrome de Hiperactividad.

Tablas básicas*Pregunta 1*

	0		1	
	Recuento	%	Recuento	%
Pnº 1-A	37	32,2	78	67,8
Pnº 1-B	84	73,0	31	27,0
Pnº 1-C	40	34,8	75	65,2
Pnº 1-D	79	68,7	36	31,3

	Pregunta-suma	
	Recuento	%
1,00	31	27,0
2,00	63	54,8
3,00	21	18,3

Preguntas 4-6, 8-12 y 15-16

	Si		No		Int. Confianza al 95% de porcentaje de profesores, que responden SI
	Recuento	%	Recuento	%	
Pregunta nº 4	61	54,5	51	45,5	(0.45, 0.63)
Pregunta nº 5	15	13,2	99	86,8	(0.07, 0.19)
Pregunta nº 6	38	39,2	59	60,8	(0.30, 0.47)
Pregunta nº 8	57	60,0	38	40,4	(0.51, 0.68)
Pregunta nº 9	20	21,5	73	78,5	(0.14, 0.28)
Pregunta nº 10	17	17,9	78	82,1	(0.11, 0.24)
Pregunta nº 11	30	31,3	66	68,8	(0.23, 0.39)
Pregunta nº 12	31	32,3	65	67,7	(0.24, 0.40)
Pregunta nº 15	85	74,6	29	25,4	(0.67, 0.82)
Pregunta nº 16	107	92,2	9	7,8	(0.87, 0.96)

Preguntas 13, 14*Pregunta nº 13*

	Recuento	%
Muy negativo	23	20,4
Negativo	77	68,1
Indiferente	9	8,0
Positivo	4	3,5

Pregunta nº 14

	Recuento	%
Negativo	11	9,6
Indiferente	28	24,6
Positivo	57	50,0
Muy positivo	18	15,8

	Media	Desviación típ.	Mínimo	Máximo
2,1	2	1	0	5
2,2	2	1	1	5
2,3	2	1	1	5
2,4	2	1	1	5
2,5	2	1	1	5
2,6	1	1	1	5
2,7	2	1	1	5
2,8	2	1	1	5
2,9	4	1	1	5
2,10	3	1	0	5
2,11	3	1	0	5
2,12	3	2	0	5
2,13	4	1	0	5
2,14	2	1	0	5
2,15	2	1	0	5
2,16	2	1	0	5
2,17	2	1	0	5
2,18	2	1	0	5
2,18	2	1	0	5
2,20	2	1	0	5
2,21	2	1	0	5
2,22	2	1	0	5
2,23	2	1	0	5
2,24	3	1	0	5

Pregunta 15

	0	1	2	3	4	5
	%	%	%	%	%	%
2,1	0,9	60,3	21,6	9,5	4,3	3,4
2,2		52,6	21,6	14,7	9,5	1,7
2,3		35,3	24,1	17,2	15,5	7,8
2,4		49,1	28,4	12,9	4,3	5,2
2,5		57,8	25,0	7,8	2,6	6,9
2,6		78,4	11,2	2,6	1,7	6,0
2,7		54,3	28,4	12,1	3,4	1,7
2,8		42,2	27,6	15,5	10,3	4,3
2,9		7,8	9,5	8,6	15,5	58,6
2,10	0,9	9,5	12,9	25,9	24,1	26,7
2,11	0,9	12,1	19,0	24,1	19,8	24,1
2,12	0,9	19,0	21,6	19,8	12,1	26,7
2,13	0,9	12,1	3,4	5,2	13,8	64,7
2,14	0,9	73,3	13,8	3,4	3,4	5,2
2,15	0,9	74,1	10,3	7,8	1,7	5,2
2,16	0,9	44,0	22,4	17,2	8,6	6,9
2,17	1,7	46,6	25,9	18,1	2,6	5,2
2,18	0,9	50,0	25,0	13,8	7,8	2,6
2,18	0,9	46,6	25,0	18,1	4,3	5,2
2,20	0,9	58,6	28,4	5,2	3,4	3,4
2,21	1,7	43,1	25,0	21,6	3,4	5,2
2,22	0,9	49,1	26,7	16,4	4,3	2,6
2,23	0,9	49,1	34,5	6,0	6,0	3,4
2,24	0,9	25,0	20,7	25,9	7,8	19,8

Pregunta 16

	0		1	
	Recuento	%	Recuento	%
Trastornos conducta	10	8,6	106	91,4
Dif. aprendiz.	45	38,8	71	61,2
Fracaso escolar	39	33,6	77	66,4
Personal. agresiv.	59	50,9	57	49,1
Delincuencia	97	83,6	19	16,4
Drogodep	99	85,3	17	14,7
Trastorn. emocion.	35	30,2	81	69,8
Trastorn. person.	55	47,4	61	52,6
Prob. relación	36	31,0	80	69,0
Escaso deport.	94	81,0	22	19,0
Agresividad	58	50,0	58	50,0
Torpeza motriz	80	69,0	36	31,0
Testarudez	74	63,8	42	36,2
Ansiedad	36	31,0	80	69,0
Prob. Integración	43	37,1	73	62,9
Trampas	89	76,7	27	23,3
Baja autoestima	60	51,7	56	48,3
Bajo rend. escolar	37	31,9	79	68,1
Propens. accident.	79	68,1	37	31,9
Niega errores	67	57,8	46	42,2
Irritabilidad	50	43,1	66	56,9
Inconstancia	30	25,9	86	74,1
Impaciencia	25	21,6	91	78,4
Baja tol. a frustración	79	68,1	37	31,9
Epilepsia	113	97,4	3	2,6
Retraso mental	104	89,7	12	10,3
Depresión	94	81,0	22	19,0
Anorexia	112	96,6	4	3,4

4.2. Conclusiones sobre el análisis descriptivo del Cuestionario de alumnos y de la Encuesta para profesores.

Cuestionario de alumnos

Debemos destacar, en primer lugar, la validez de los criterios elegidos para la selección de los posibles candidatos a presentar el síndrome DAH en los centros escolares: el criterio *Molesta en clase*, y el criterio *Rendimiento escolar bajo*. De entre los niños que poseen el síndrome en nuestra muestra, el 94,5% atiende al primer criterio expuesto, mientras que un 86,9% lo hace siguiendo el segundo criterio.

Hemos realizado un análisis factorial en nuestra muestra, de los tres componentes principales que mide el cuestionario, obteniendo las tres escalas básicas: Hiperactividad, Déficit de Atención y Trastornos de conducta asociados al síndrome.

Atendiendo a los datos obtenidos en la escala global, que mide el síndrome de Hiperactividad, en nuestra muestra, la relación intersexos de la presencia del síndrome es congruente con la encontrada, por otros muchos autores, cuadruplicando el número de varones al de mujeres.

Por otra parte, según los datos obtenidos del análisis descriptivo, el tramo de edad en que se detecta en mayor proporción el síndrome DAH, a través del cuestionario descriptivo administrado a los profesores, es de los 13 a 16 años, en el que casi el 88% de nuestra muestra de esas edades presentan el síndrome.

En nuestra muestra, se han encontrado relaciones significativas (ver tablas de contingencia) entre la variable Síndrome DAH (Global) y las siguientes variables cualitativas: Rendimiento escolar bajo, molesta en clase, posible presencia de dislexia, dificultades en la escritura, posible presencia de signos neurológicos menores y torpeza motora. Estos datos, pueden resultar de interés especialmente para futuras investigaciones que intenten explicar la interrelación, por ejemplo, de la mayoritaria presencia de signos neurológicos menores y de la dislexia en niños con el síndrome DAH.

Hemos encontrado, asimismo, una interrelación significativa consistente entre la variable hiperactividad (síntoma) y la variable déficit de atención con la torpeza motora. Lo cuál nos permite sospechar de la validez de dicha variable como uno de los predictores más fiables del desarrollo del síndrome.

Finalmente, queremos concluir otro dato significativo encontrado en el análisis de la muestra. La falta de relación significativa entre la presencia de hiperactividad como síntoma y el rendimiento escolar bajo, por otra parte congruente con la mayoría de los estudios que descartan toda relación de la presencia de este signo con el retraso mental.

Encuesta a profesores

Son de destacar los resultados obtenidos en la descomposición conceptual del síndrome DAH que realizan los profesores en sus definiciones, contenida en cuadro reseñado como 'pregunta1- suma': el 27% responden incluyendo en su descripción uno de los cuatro aspectos básicos que definen el trastorno; el 54,8% reúne dos síntomas, mientras que sólo el 18,3% comenta tres de los puntos que definen el síndrome.

4.3. Estimaciones sobre el total de la población

Partiendo de los datos obtenidos sobre nuestra muestra de alumnos, se puede obtener una estimación conservadora de la proporción y total de alumnos con los diferentes síntomas y el propio síndrome de Hiperactividad DAH estudiado.

A la hora de establecer estas estimaciones e intervalos de confianza, se ha tenido en cuenta la composición de estratos y conglomerados en el proceso de muestreo, así como ciertas estimaciones sobre la población y el número de alumnos por clase, tomados siempre de manera conservadora (en el sentido de obtener estimaciones de la prevalencia del síndrome sobre los mínimos de lo que realmente podría ser).

Estimaciones

A partir de los datos correspondientes y considerando el proceso de muestreo, se obtienen las siguientes estimaciones e intervalos de confianza.

Síntoma	Estrato	Estimación e I.C. (Intervalo de Confianza) al 95%	Estimación e I.C. al 95% para el total de alumnos
Hiperactividad	Primaria	0.098 (0.07, 0.12)	45.314 (33.129, 57.499)
Hiperactividad	Secundaria	0.108 (0.067, 0.14)	47.840 (29.994, 65.687)
Hiperactividad	Total CM	0.10 (0.078, 0.12)	90.536 (70.696, 110.375)
Déficit de Atención	Primaria	0.088 (0.063, 0.11)	40.690 (29.080, 52.301)
Déficit de Atención	Secundaria	0.117 (0.07, 0.15)	51.827 (33.346, 70.308)
Déficit de Atención	Total CM	0.096 (0.074, 0.117)	86.914 (67.432, 106.396)
Síndrome Global Hiperactividad (DAH)	Primaria	0.117 (0.088, 0.14)	54.100 (40.927, 67.273)
Síndrome Global Hiperactividad (DAH)	Secundaria	0.134 (0.089, 0.178)	59.357 (39.770, 78.944)
Síndrome Global Hiperactividad (DAH)	Total CM	0.122 (0.098, 0.145)	110.272 (88.644, 131.901)

Se han tenido en cuenta para obtener estas estimaciones de población general, y para todos los demás cálculos del estudio, los datos del Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 2000, en el que aparecen un total aproximado de 462.392 alumnos de Infantil y Primaria, y 442.965 alumnos de Secundaria, cifras correspondientes al año 1999 (datos a diciembre de 1999, editado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid).

Análogamente se obtienen estimaciones sobre el total de profesores con un correcto grado de conocimiento de lo que representa el síndrome de Hiperactividad. Para ello se define la variable Criterio:

Variable Criterio:

1-----Menciona 3 ó más conceptos en la definición de Hiperactividad y, además, responde apropiadamente al test global (puntuación menor de 48, considerando que responde, en media, con un valor de 2 en las preguntas positivas y con un valor de 4 en las negativas).

0-----Incumple alguna de las condiciones expresadas anteriormente.

CRITERIO

Nº Profesores que cumplen el criterio	Recuento	Porcentaje
Válidos	0	110
	1	18
Total	128	100,0

Intervalo de confianza al 95% para el porcentaje de profesores que conocen adecuadamente el concepto de Hiperactividad, con un I.C. de (0.08, 0.20).

4.4. Conclusiones sobre las Estimaciones

Nuestros resultados se corresponden con los de la mayor parte de los estudios realizados en este sentido.

La muestra ha sido obtenida teniendo en cuenta estratos, como diferentes zonas de Madrid y niveles educativos, y con un proceso de muestreo estadístico mixto –estratificado y proporcional–, con lo que es de esperar que los resultados de esta estimación conservadora posean una precisión muy aceptable y fiable respecto a la obtención de una cota inferior de la prevalencia del síndrome en los niños escolarizados de la CM.

En general, podemos decir que la presencia del síndrome de Hiperactividad y sus componentes sintomáticos se sitúa en torno al diez por ciento de la población, formada por niños escolarizados de 3 a 17 años de la CM.

Si estimamos que es muy raro que existan más de 3 a 5 alumnos por clase sospechosos de poseer el síndrome, podríamos considerar que nuestra estimación que, como se ha dicho, constituye una cota inferior, en realidad está muy cerca del verdadero valor de la proporción estimada.

Respecto del nivel de conocimiento que, sobre el síndrome de Hiperactividad, poseen los profesores madrileños, hemos obtenido un pequeño porcentaje que puntúa positivamente en nuestra variable criterio. Así, según nuestra estimación, sólo el 14,1% parece conocer básicamente el concepto de Hiperactividad.

5. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA RECIBIDA POR LA POBLACIÓN ESCOLAR CON DAH EN LA CM

5.1. Análisis de la intervención psicopedagógica

La dimensión orientadora de la educación se ha plasmado en el actual sistema educativo en una organización básicamente similar para todas las etapas educativas, desde Educación Infantil hasta Bachillerato. Así, la intervención psicopedagógica tiene carácter preventivo, interactivo, contextualizador, integrador y especializado.

Aunque existirán diferencias evidentes entre las metas y objetivos, así como en las características psicológicas y evolutivas de los niños a lo largo de su desarrollo, la orientación escolar comparte en todas las etapas una función general de apoyo técnico a la práctica educativa y de colaboración con sus agentes, que no tiene un carácter puntual, coyuntural y externo, sino progresivo, continuo e interno; en estrecha colaboración con la familia, siempre en el marco de los proyectos y programaciones curriculares.

En el marco educativo actual los recursos organizativos para atender las necesidades educativas de los alumnos con DAH son los mismos que para cualquier otro alumno:

- Equipo profesores.

- Tutores
- EOEP
- Departamento de Orientación
- Profesores de Apoyo (Educación Especial)

Pasamos a analizar el papel que juega cada uno de estos agentes en la intervención psicopedagógica a los alumnos con DAH.

1. Profesores-tutores

El papel del profesorado ante la problemática escolar de alumnos DAH constituye la piedra angular dentro del ámbito educativo. Así, del profesor depende la realización de adaptaciones curriculares que permitan adecuar las enseñanzas a las peculiaridades de cada contexto y de cada discente.

Dentro de dichas adaptaciones se incluirán los contenidos, los objetivos, los procesos de enseñanza-aprendizaje y los procesos de evaluación. Si el profesor conoce el trastorno DAH puede poner en práctica principios de actuación que le ayuden en su labor profesional.

Del profesor, en buena medida, depende la detección del síndrome, la información a los padres para que busquen asesoramiento, una intervención educativa que ayude al niño con síndrome DAH y evite las dificultades y problemas que tiene asociado el trastorno en contextos escolares.

Hemos podido constatar, a través de numerosas entrevistas con familias de alumnos con DAH, que son las propias familias las que, en la mayoría de los casos, sirven como fuente de información sobre el DAH al profesorado. No nos parece lo más adecuado, ya que en un sistema educativo moderno deberían existir vías más profesionales de orientación a las familias y, a la vez, de formación para el profesorado. Seguramente existan los recursos estructurales necesarios para desarrollar una atención adecuada a los alumnos y familiares que sufren esta problemática, sin embargo, actualmente existe una importante laguna en este sentido, en un problema que afecta a miles de familias de la CM.

La implementación en el aula de técnicas cognitivas y conductuales para el manejo de la conducta de niños DAH, requiere la colaboración de especialistas del Departamento de Orientación o de los EOEP, en el asesoramiento a los profesores que los lleven a la práctica de la clase.

El profesor requiere para poder realizar una atención educativa, adaptada a las necesidades del niño o niña con DAH de:

- Oportunidades de formación específica sobre el DAH.
- Asesoramiento y apoyo de los especialistas en psicopedagogía.

Según los resultados de nuestra encuesta, realizada a profesores de Infantil, Primaria y Secundaria de la CM (centros públicos, concertados y privados), un 82,1% no se consideran preparados para llevar a cabo un programa educativo adaptado a alumnos DAH (pregunta nº 10). Un 78,5% no cree recibir apoyo suficiente por parte de especialistas para realizar una labor adecuada en el aula con alumnos DAH (pregunta nº 9). Y, por último un 67,7% considera que su centro escolar no dispone de suficientes recursos humanos y materiales para adoptar medidas organizativas y curriculares que se adapten a alumnos DAH (pregunta nº 12).

Además, únicamente un 3,5% del profesorado califica como positivo la influencia sobre del clima escolar del aula el comportamiento de alumnos DAH, siendo un 88,5% los que creen que es negativo o muy negativo (pregunta nº 13). Por otra parte el 65,8% valoran que la asistencia de alumnos DAH a sus clases contribuye a su percepción de estrés en el trabajo: bastante (50%) o mucho (15,8%), pregunta nº 14.

2. *Equipos psicopedagógicos y Departamentos de Orientación*

El diagnóstico psicopedagógico del DAH elaborado por los EOEP, en la casi totalidad de los casos, en que se realiza, se encuentra condicionado por la existencia de trastornos asociados, especialmente trastornos disociales o dificultades de aprendizaje.

Se sabe que el trastorno DAH ha sido reconocido en la comunidad científica y admitido como trastorno del desarrollo, por lo que su existencia debería ser valorada por los servicios psicopedagógicos y diagnosticada lo más tempranamente posible, sin que ello implicara necesariamente la escolarización del alumno como de necesidades educativas especiales. Ello permitiría la intervención eficaz por parte de los profesores con el apoyo técnico de dichos servicios.

Actualmente el diagnóstico del síndrome DAH no se realiza por los servicios psicopedagógicos de la CM salvo en los casos en que se encuentra asociado a otras problemáticas o trastornos. Por lo que podemos afirmar que la detección y el diagnóstico del problema y, como consecuencia, la intervención psicopedagógica adecuada sobre el mismo es prácticamente inexistente en los centros escolares de la CM.

Consideramos urgente la realización de un diseño de actuación por parte de la Administración Educativa que garantice la detección y diagnóstico del trastorno en todos los niveles de enseñanza obligatoria.

Consideramos que tanto los profesores como los orientadores escolares deberían contar con una oferta de formación adecuada sobre esta cuestión.

3. *Inspección educativa*

La información que hemos obtenido de los Servicios de Inspección educativa de la CM concuerda con lo que hasta ahora hemos ido mencionando. La perspectiva adoptada por los Servicios de Inspección ante el problema de la población de alumnos con DAH, es de carácter paliativo. Podemos decir que sus actuaciones se limitan a las dos situaciones siguientes:

1. Estudio y valoración de los informes de escolarización de alumnos diagnosticados de DAH por los equipos psicopedagógicos, para su escolarización como alumnos con necesidades educativas especiales.
2. Intervención en los casos en que, generalmente por problemas de disciplina, se demanda la actuación de la Inspección en determinados centros escolares.

5.2. **El síndrome DAH y las necesidades educativas especiales**

En la práctica, y para la mayoría de los casos, sería suficiente con la detección y diagnóstico del DAH, y la intervención por medio de ACI (Adaptación curricular individualizada) no significativas implementadas en el aula por los profesores. Creemos que las posibles dificultades de aprendizaje que manifiesten

los alumnos con DAH se deben a una discapacidad (déficit, no incapacidad), que puede ser atenuada, en gran medida a través de las oportunas modificaciones metodológicas llevadas a cabo en la escuela por los profesores, asesorados por especialistas.

La intervención psicopedagógica realizada por los profesores de apoyo debe partir de un diagnóstico del trastorno, que como ya hemos indicado muchas veces, no se está llevando a cabo. Por todo ello, no creemos que los alumnos con trastorno DAH deban ser escolarizados como alumnos con necesidades educativas especiales, mientras no presenten otra forma de discapacidad.

5.3. Entrevistas a familias de alumnos con DAH

Uno de los objetivos del presente estudio ha sido llegar a conocer la perspectiva que las familias de alumnos con DAH tienen sobre la atención educativa recibida por sus hijos en las escuelas. A lo largo de 20 entrevistas con otras tantas familias, hemos podido constatar lo siguiente:

1. Las familias perciben que sus hijos no reciben una atención educativa adecuada en los centros escolares.
2. Los problemas de conducta se atribuyen, por parte del profesorado, a la disposición negativa del alumno.
3. Desde la perspectiva de las familias, el profesorado considera a los padres responsables de las conductas inadecuadas de los hijos.
4. El profesorado no posee información suficiente y adecuada del trastorno DAH.
5. El profesorado no muestra actitud de colaboración con la familia.
6. No se realizan adaptaciones curriculares a los alumnos con DAH y, por tanto, los procesos de enseñanza-aprendizaje no se adaptan a las dificultades de los niños con DAH.
7. El asesoramiento psicopedagógico al profesorado es inexistente respecto de esta cuestión.
8. El diagnóstico del DAH en los centros escolares no se realiza en la mayoría de los casos.
9. Para la resolución de los problemas de conducta se emplean medidas disciplinarias sin que vayan acompañadas de medidas educativas eficaces.

Las consecuencias de esta situación se manifiestan en cambios frecuentes de centro escolar, rendimiento escolar por debajo de las posibilidades del niño, sentimientos de rechazo a la escuela y baja autoestima de los niños DAH (entre otras muchas).

Ha sido una constante, en todas las familias, la dificultad para encontrar un profesional que realice un diagnóstico de trastorno DAH.

Salvo en contadas ocasiones, el diagnóstico de DAH ha sido realizado por especialistas externos al ámbito escolar.

En algunos casos, el diagnóstico se realiza con niños de once años en adelante (evidentemente, la detección temprana del problema ayuda y previene el posterior curso negativo del trastorno).

Por otra parte, una vez conseguido el diagnóstico, las familias se encuentran con la falta de sensibilidad del profesorado hacia dicho síndrome, debido a la escasa información que disponen sobre el mismo, así como con concepciones erróneas sobre los problemas del niño, que dificultan mucho la comunicación con el centro escolar.

Podemos afirmar que la percepción subjetiva de las familias sobre la atención educativa recibida en los centros escolares (sin existir diferencia entre públicos o privados), es muy negativa. Así, la mayoría coinciden en afirmar lo siguiente:

1. La detección y diagnóstico del trastorno en los centros escolares es prácticamente inexistente.
2. El conocimiento profesional sobre el trastorno, tanto del profesorado como de los psicólogos escolares, resulta insuficiente, lo que conlleva un escaso diagnóstico e intervenciones ineficaces.
3. Las medidas educativas adoptadas, en la mayoría de los casos, resultan inadecuadas y no suelen incluir ACI.

6. CONCLUSIONES GENERALES

1. Incidencia del déficit de atención e hiperactividad en la población escolar de la CM

En general, podemos concluir que la presencia del síndrome de Hiperactividad y sus componentes sintomáticos se sitúa en torno al diez por ciento de la población formada por niños escolarizados de 3 a 17 años de la Comunidad de Madrid. Estos resultados suponen un procedimiento conservador de obtención de dicha estimación, resultando una cota inferior de la prevalencia del síndrome en los niños escolarizados en la Comunidad de Madrid, según los datos obtenidos.

2. Grado de conocimiento que sobre el DAH existe entre los profesionales de la educación

A partir de los resultados obtenidos del estudio estadístico y del análisis de la información proporcionada por los propios profesores y familias con hijos que padecen el trastorno, podemos concluir que la información del profesorado sobre el trastorno es muy superficial (sólo el 14,1% supera la variable criterio utilizada).

Dado que la solución desde la escuela pasa por un diagnóstico temprano del DAH y que los profesores juegan un importantísimo papel en la detección temprana del mismo, pensamos que la formación permanente de este colectivo debe incluir, necesariamente, cursos de especialización orientados a la detección e intervención educativa del DAH.

Para ello, la oferta de cursos de formación, en la actualidad prácticamente inexistente, debería ser planificada desde la Administración, con objeto de garantizar la atención educativa adecuada a la población escolar con DAH de la CM, en el conjunto de los centros escolares. Esta oferta de formación, creemos que debe ser planificada para la totalidad de centros escolares de la CM, dada la magnitud del problema, que estimamos tiene una incidencia del 10% de la población escolar general de la Comunidad de Madrid.

3. Valoración de los recursos funcionales (reales) utilizados en la detección, orientación y posibles medidas adoptadas por los centros escolares con relación a los alumnos con DAH.

La atención educativa que ofrecen los centros escolares de la Comunidad de Madrid en relación a la población escolar con DAH, resulta claramente insuficiente. Los profesores opinan en un porcentaje del 68,8% que no se consideran preparados para llevar a cabo un programa educativo adaptado a alumnos con DAH.

Esto concuerda con la percepción negativa de las familias sobre las medidas adoptadas en los centros. Por otro lado, un alto porcentaje del profesorado considera que no recibe apoyo suficiente por parte de los especialistas en psicopedagogía para realizar una labor adecuada en el aula. A todo esto se añade la escasez de recursos humanos y materiales para adoptar las medidas organizativas y curriculares adecuadas a estos alumnos.

Por la naturaleza de nuestro estudio, no podemos entrar en una valoración de los recursos humanos y materiales de los centros escolares, sino que llevamos a cabo una valoración de la atención educativa prestada, a partir de la información que hemos obtenido de los profesores y de las familias.

Somos conscientes de la difícil tarea que tienen los profesores en la escuela y partimos de la hipótesis de que una oferta adecuada por parte de la Administración Educativa, de formación del profesorado sobre el trastorno, con una difusión generalizada a todos los centros escolares de la CM, dadas las dimensiones del problema, constituye una propuesta consistente como solución.

Pensamos que la elaboración y diseño de un plan de formación del profesorado de la CM, a corto y medio plazo, podría resultar muy eficaz para la detección y diagnóstico del DAH y la capacitación docente en la intervención psicopedagógica sobre alumnos con el trastorno.

Por otra parte, incluimos también, como una de las necesidades urgentes, la realización de planes de detección y diagnóstico en todos los centros escolares, así como cursos dirigidos a equipos psicopedagógicos y orientadores sobre diagnóstico e intervención específicas en población escolar con DAH.

La detección temprana del trastorno, por la naturaleza del problema y las implicaciones que tiene en el rendimiento escolar y en el clima del aula, requiere la colaboración y participación activa de los centros escolares. Por otra parte, los EOEP y los Departamentos de Orientación son un elemento destacado en la realización de diagnósticos de DAH en la población escolar, por lo que su implicación en el problema podría resultar muy beneficiosa para los niños con DAH. En realidad los diagnósticos del trastorno deberían aproximarse a la estimación real de la incidencia del mismo en la población escolar de la CM, cosa que no sucede actualmente.

4. Propuestas.

a. *Propuestas de mejora en el ámbito de la intervención psicopedagógica*

La orientación educativa no puede ser patrimonio de los especialistas, sino que todos los agentes educativos, especialmente los tutores, deberían ejercer funciones de asesoramiento y ayuda en los ámbitos escolar y personal a los alumnos y sus familias. Entendemos que la acción orientadora se ejerce desde un continuo de mayor a menor especialización, si bien el agente más relevante de la misma es el

profesor. De este modo, sin la colaboración activa del profesor, no pueden realizarse la mayoría de las intervenciones psicopedagógicas de carácter preventivo.

La orientación educativa ha pasado desde una concepción terapéutica–curativa, hacia una concepción psicoeducativa, basada en el diagnóstico, prevención y desarrollo de programas dirigidos, no a individuos concretos, sino a la escuela en su conjunto o a grupos de riesgo.

Los procesos que consideramos deben mejorar, según los resultados del estudio realizado, en el ámbito de la prevención escolar del DAH son:

- Detección de sujetos en situación de riesgo de DAH, especialmente en Educación Infantil y Primaria.

Consideramos que la detección temprana del trastorno (que se manifiesta muy tempranamente, con el inicio de la escolarización), resulta de trascendental importancia para desarrollar programas de intervención adecuados que permitan mitigar y, en su caso, superar con éxito, las dificultades de los niños con DAH en la escuela.

Los equipos psicopedagógicos y los departamentos de orientación deberían incluir, como una de sus prioridades, la elaboración de un plan de detección y diagnóstico de los alumnos con DAH en los centros escolares a su cargo.

- Escasez de oportunidades de formación para el profesorado y Equipos de Orientación Psicopedagógica sobre el DAH, que implica un elevado nivel de desinformación sobre el mismo.

Esto dificulta su colaboración en la detección temprana del mismo y en la atención educativa que pueden aportar a los niños–adolescentes con DAH.

Hemos podido constatar que no se ha ofertado durante el curso 2000/01 ninguna actividad formativa en los CPR (Centros de Formación del Profesorado, actualmente denominados CAP), que tuviera como contenido el síndrome DAH.

Según nos han comunicado, verbalmente, varios Directores de CAP, el DAH puede ser tratado en cursos de formación dirigidos a los tutores, pero no se ha impartido ninguno en el que se trate el DAH como tema principal.

Así un 86,8% del profesorado, según los resultados de nuestro estudio, no ha asistido a cursos de formación que incluyan contenidos relacionados con el DAH (pregunta nº 5). El 13,2% restante ha buscado formación específica sobre el trastorno en la Universidad u otras instituciones de formación permanente de postgrado.

Consideramos que el diseño y desarrollo de un plan de formación del profesorado de la CM, a través de los Centros de Apoyo al Profesorado, constituye una de las medidas a adoptar por la Administración para dar solución a la problemática escolar de los niños–adolescentes con DAH.

- Implementación en el aula de métodos y técnicas educativas adecuadas a la población escolar con DAH.

Las necesidades educativas de los niños–adolescentes con DAH, exigen la puesta en práctica por parte del profesorado de unas mínimas estrategias didácticas y organizativas, para que los alumnos DAH

puedan superar las dificultades asociadas a su trastorno y alcanzar los objetivos educativos adecuados a su nivel.

Desde el punto de vista curricular, la mayoría de los niños–adolescentes con DAH pueden recibir una atención educativa adecuada a partir de la elaboración por parte de los profesores, de Adaptaciones Curriculares Individualizadas no-significativas (ACI). Es decir, adaptaciones metodológicas y de contenidos de enseñanza, que no impliquen modificaciones en los objetivos educativos propios de la etapa en que se encuentre el alumno.

Dichas ACI están contempladas en el actual sistema educativo, junto a las Adaptaciones Curriculares Individualizadas de carácter significativo, que sí implican una modificación de los objetivos educativos que tiene que alcanzar el alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Según nuestro estudio, el 68,8% de los profesores de la CM consideran que no podrían diseñar una adaptación curricular individualizada y llevar a cabo un programa educativo adaptado a alumnos DAH.

b. *Propuesta de mejora en el ámbito científico*

Uno de los fines promovido y deseado por este estudio es el de aportar una información mayor respecto de una problemática que parece estar de moda y, sin embargo, es tan poco conocida.

Deseamos llamar la atención de la gravedad de las consecuencias que, a lo largo del tiempo, produce este síndrome o trastorno en su evolución.

Hemos apuntado, en párrafos anteriores, las líneas maestras de posibles futuras investigaciones que, desde la perspectiva neuropsicológica u otras perspectivas, continúen profundizando en la, demasiadas veces, triste realidad, de las familias con miembros que padecen este síndrome clínico.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barkley, R.A. (1999). Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona. Paidós.
- Benjumea, P. y Mojarro, M^a D.(1995). El síndrome hiperactivo. En Rodríguez Sacristán, J. (Ed.). Psicopatología del niño y adolescente. Sevilla. Universidad de Sevilla.
- Clements, S.D; Peters, J.E. (1962). Minimal brain dysfunction in the school age child. Arch. Gen. Psychiatry.
- DSM–IV (1994). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. APA. Barcelona. Masson.
- Farré, A. y Narbona, J. (2000). Manual EDAH. Escalas para la evaluación del Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. Madrid. TEA Ed.
- Kagan, J; Rasman, B.L; Day, D. (1964). Information processing in the child: significance or analitic and reflective attitudes. Psychological Monographs.
- Kahn, E; Cohen, L.M. (1934). Organic drivenness a brain system síndrome and experience. New England Journal of Medicine.

- León-Carrión, J. (1995). Evaluación neuropsicológica en la edad escolar y la adolescencia. En Silva Moreno, F. (Ed.) Evaluación psicológica en niños y adolescentes. Madrid. Síntesis.
- Manga, D. y Ramos, F. (1991). Neuropsicología de la edad escolar. Madrid. Visor.
- Manga, D. y Ramos, F. (1997). Neuropsicología clínica infantil. Estudio de casos en la edad escolar. Madrid. Universitas.
- Monedero, C. (1984). Dificultades de aprendizaje escolar. Madrid. Pirámide.
- Orjales, I. (2000). Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores. Madrid. CEPE.
- Polaino Lorente; A., Avila, C.; Cabanyes, J.; Villamisar, D.A.G.; Orjales, I. y Moreno, C. (1997). Manual de hiperactividad infantil. Madrid. Unión Editorial.
- Portellano, J.A. (1989). Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención. Una perspectiva neuropsicológica. Madrid. CEPE.
- Portellano, J.A. (1991). Dificultades de aprendizaje. Madrid. Polibea.
- Portellano, J.A; Mateos, R. y Martínez, R. (1997). Prevención del fracaso escolar: estudio y baremación del Cuestionario de Madurez Neuropsicológica (CUMANIN). En Premios Nacionales de Investigación e Innovación Educativa, 103–117. Madrid. MEC.
- Portellano, J.A; Mateos, R.; Martínez, R. y col. (2000). Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil, CUMANIN. Madrid. TEA ed.
- Tredgold, A. F. (1914). Mental Deficiency (Amenitas). New York. Wood.
- Vallejo Pareja, M. A. (1998). Manual de terapia de conducta. Madrid. Dykinson.
- Werry, J.M.; Klaus, M.; Guzmán, A. (1972). Studies no the hyperactie child: VII Neurological status compared with neurotic and normal children. AMER. J. Ortopsihiatriy.

ANEXOS:

I. Modelo de encuesta a profesores empleado en el estudio

ENCUESTA A PROFESORES

Este cuestionario forma parte de un estudio sobre el problema de la Hiperactividad en la población escolar de la CM. Dicho estudio ha sido encargado al Centro de Psicología QUIRAL por el Defensor del Menor y, para llevarlo a cabo necesitamos de su colaboración, como profesional de la educación, que conoce directamente la problemática del aula, lo que le agradecemos sinceramente.

Para su correcta cumplimentación le pedimos que conteste con la mayor sinceridad y sencillez posible, sin emplear demasiado tiempo para pensarlas, a las siguientes cuestiones:

1. Describa usted, en una frase, lo que entiende por lo que podríamos llamar el síndrome de Hiperactividad.

-
2. Puntúe del uno al cinco la medida en la que usted cree que los siguientes comportamientos describen o definen el síndrome de la Hiperactividad: (1: totalmente de acuerdo, 5: totalmente en desacuerdo) CONTESTAR EN EL ANEXO

3. ¿Cree usted que el DAH se puede asociar con: (ponga una X en las que considere oportunas) CONTESTAR EN EL ANEXO

4. ¿Ha leído libros o artículos que traten la problemática del DAH?

Sí No

5. ¿Ha asistido a cursos de formación que incluyan contenidos relacionados con el DAH?

Sí No

¿Dónde? _____

6. ¿Tiene alumnos en el aula diagnosticados con este síndrome?

Sí No

¿Cuántos?

7. ¿Qué profesional /es cree usted que puede diagnosticar el síndrome DAH?

Psicólogo

Pedagogo

Psicopedagogo

Centro de Psicología privado

Maestro de Educación Especial

Profesor de Educación Infantil

Orientador del Centro Educativo

- Equipo Multidisciplinar de zona
- Médico (pediatra, neurólogo...)
- Otros (especificar)

8. ¿Cree usted que en sus clases se encuentran niños hiperactivos no diagnosticados?

- Sí No

9. ¿Considera que recibe apoyo suficiente por parte de especialistas para realizar una labor adecuada en el aula con alumnos DAH?

- Sí No

10. ¿Cree que las familias de alumnos DAH son conscientes de la gravedad del trastorno que sufre su hijo?

- Sí No

11. ¿Podría diseñar una adaptación curricular individualizada y llevar a cabo un programa educativo adapta a alumnos DAH?

- Sí No

12. ¿Considera usted que su centro escolar dispone de suficientes recursos humanos y materiales para adoptar medidas organizativas y curriculares que se adapten a alumnos DAH?

- Sí No

13. ¿Cómo valoraría el impacto sobre el clima escolar del aula del comportamiento de alumnos con DAH?

- Muy negativo
- Negativo
- Indiferente
- Positivo
- Muy positivo

14. ¿Considera que la asistencia de alumnos DAH a sus clases contribuye a su percepción personal de estrés en el trabajo?¿En qué medida?

- Muy poco
- Poco
- Algo
- Bastante
- Mucho

15. ¿Cree usted que en su clase existen niños conflictivos y/o con comportamientos alterados?

- Sí No

16. ¿Asisten a su clase niños especialmente inquietos?

- Sí No

17. ¿Qué número aproximado de niños inquietos asiste a su clase?

- Entre 1 y 3
 Entre 4 y 6
 Más de 6

18. ¿En qué tipo de centros cree que estarían escolarizados los niños diagnosticados con el síndrome DAH?

- Centros normalizados con integración Otros (especificar) -----
 Centros de Educación Especial
 Centros Especializados en alumnos DAH

19. Describa en pocas palabras las medidas educativas adoptadas por usted con alumno DAH:

II. Modelo de cuestionario para la descripción de los niños DAH

CUESTIONARIO QUIRAL PARA NIÑOS/ AS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS ESCOLARES

Este cuestionario tiene como objetivo la evaluación de los niños/ as (3 a 5) de cada grupo escolar que presentan mayor cantidad de comportamientos disruptivos o perturbadores en el aula, con sus compañeros o tutor; o tienen mayores dificultades de rendimiento.

Para rellenarlo, el tutor o profesor habitual deberá indicar la medida en que el alumno/ a presenta la conducta descrita valorando cada ítem de menor a mayor (0 a 3), tachando con un aspa (X) la opción elegida. Este cuestionario tiene carácter anónimo.

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3
2	Molesta a menudo a otros niños/ as	0	1	2	3
3	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3
4	Se mueve constantemente, es intranquilo/ a	0	1	2	3
5	Es impulsivo/ a o irritable	0	1	2	3
6	Se distrae fácilmente o muestra escasa atención	0	1	2	3
7	A veces está ensimismado/ a o en las nubes	0	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3
9	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3
10	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3
11	Es muy tímido/ a en grupo o ante extraños	0	1	2	3
12	Tiene pocos o ningún amigo/ a	0	1	2	3

13	A veces presenta explosiones de ira o «pataletas»	0	1	2	3
14	En ocasiones los compañeros se burlan de él o ella	0	1	2	3
15	Es perfeccionista o se refugia en «manías»	0	1	2	3
16	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3
17	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso/ a o arrogante	0	1	2	3
18	Tiene explosiones imprevisibles de mal genio	0	1	2	3
19	Discute o pelea por cualquier cosa	0	1	2	3
20	Es mal aceptado/ a por el grupo	0	1	2	3
21	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	0	1	2	3
22	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3
23	Se lleva mal con muchos de sus compañeros/ as	0	1	2	3
24	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3
25	Acepta mal las indicaciones del profesor/ a	0	1	2	3

III. Tablas y diagramas

Diagramas de Barras

















