

**ESTUDIO DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS MAESTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA SOBRE  
EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

**Ana López-López<sup>(1)</sup>, Amparo López-Lafuente<sup>(2)</sup>, Jesús Eirís<sup>(3)</sup>, Fernando Mulas<sup>(4)</sup>, Esther Cardo<sup>(5)</sup>,  
Grupo de trabajo TDAH de Sociedad Española de Neuropediatría (SENEP)**

(1) Psicóloga, becaria Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Baleares. (2) Neuropediatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza (3) Neuropediatra Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. (4) Neuropediatra INVANEP, Valencia. (5) Neuropediatra Coordinadora grupo TDAH Senep, Neuropediatría, Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Baleares.

**RESUMEN**

La alta prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con al menos 1 alumno por aula, supone un reto para todos los profesionales que están en contacto con ellos, en especial para los maestros. Objetivo: examinar los conocimientos de los maestros de Educación Primaria (EP) sobre el TDAH, en tres áreas (Información General, Síntomas y Diagnóstico, y Tratamiento). Material y métodos: 125 maestros de EP de varias comunidades cumplimentaron el “*Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*” (KADDS). Resultados: los maestros contestaron de forma correcta a menos de la mitad de los ítems, siendo la subescala de Síntomas y Diagnóstico donde más conocimientos demostraron. Los maestros que habían tenido niños con TDAH en clase, mostraron más conocimientos en las áreas de Información general y tratamiento, pero no en la subescala de Síntomas y Diagnóstico. Un 32,8% de los maestros describen sentirse poco o nada capaces de enseñar eficazmente a niños con TDAH y recomiendan la Educación Especial como mejor estilo educativo. Los maestros con formación específica en TDAH obtuvieron mejores resultados en el KADDS en comparación con los maestros sin formación. Conclusión: los maestros formados en TDAH demuestran mayor grado de conocimiento y aumenta su confianza para llevar a cabo la labor educativa de los niños con TDAH.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más común de la infancia, de origen genético y multifactorial con un sustrato neurobiológico que afecta principalmente al lóbulo frontal y sus conexiones con los ganglios basales [1].

El TDAH interfiere de forma significativa a nivel social, emocional y sobre todo en el rendimiento escolar o académico, produciendo un gran impacto en el desarrollo y en la vida del niño, de su familia y de su entorno en general [2-3]. En mayor o menor grado persiste a lo largo de toda la vida; de manera que entre un 40%-70% de niños con TDAH sigue presentando síntomas en la adolescencia y un 50% en la vida adulta. El TDAH afecta del 2-12% de la población pediátrica mundial y en España, se estima una prevalencia de entre 4,6-6,8% para niños y adolescentes [4].

Los síntomas principales del TDAH son la dificultad para mantener la atención, hiperactividad y dificultades en el control de los impulsos; su intensidad es variable y no necesariamente han de estar presentes simultáneamente [5]. Es relativamente fácil para un profesional no entrenado confundir estos síntomas con conductas propias de la infancia. Sin embargo, para hablar de TDAH estos síntomas deben ser desproporcionados en relación con la edad y nivel de desarrollo del niño; estar presentes antes de los 12

años; observarse al menos en dos ambientes de la vida del niño; causar un deterioro significativo y no ser consecuencia de una enfermedad médica o psiquiátrica [6].

Por ello, la detección precoz del TDAH es fundamental ya que implica aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento y reducir la aparición de comorbilidades, tal y como indica la Guía Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del Ministerio de Sanidad (GPCM). Una de las principales dificultades en el diagnóstico del TDAH es que no existe ningún marcador biológico ni ninguna prueba específica para el diagnóstico (análisis, electroencefalograma, etc.) [7].

En la actualidad no existe un tratamiento curativo para el TDAH, pero el tratamiento multimodal es el enfoque terapéutico que ha demostrado ser más efectivo. Este consiste en tratamiento psicológico, tratamiento psicopedagógico y tratamiento farmacológico, incluyendo la participación de médicos, psicólogos y/o psicopedagogos, profesores y padres. Los objetivos del tratamiento son disminuir los síntomas centrales del TDAH y de la comorbilidad, optimizar el rendimiento académico y el funcionamiento social, y adaptar el entorno a las necesidades del niño y facilitar la transición a la vida adulta [8].

Por todo esto, consideramos que la escuela y más concretamente los maestros ejercen un papel esencial en el desarrollo actual y futuro de todos los niños y muy especialmente en aquellos con necesidades específicas de apoyo educativo, como son los niños con TDAH [9].

Según la investigación de Good y Brophy [10] los maestros pueden mostrar menos atención y dar menos elogios a los niños de bajo rendimiento académico, influyendo notablemente esa actitud del maestro en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Aunque, actualmente, los maestros tienen una actitud positiva hacia la inclusión de los niños con TDAH, existen aún mitos, ideas erróneas o prejuicios (como “el TDAH es una moda”, “el niño con TDAH es mentiroso y desobediente”, “el comportamiento del niño con TDAH se soluciona con un cachete a tiempo”, “son niños vagos”, “la culpa del TDAH es de los padres”, etc.) que obstaculizan que esto sea posible.

Según una revisión bibliográfica de Montoya et al. [11], donde analizan las intervenciones psicoeducativas en el TDAH, concluyen que se debe fomentar la comprensión del TDAH por parte de los maestros, con el fin de mejorar las experiencias educativas y los resultados de los niños con TDAH y trastornos comórbidos.

Por todo esto, el objetivo principal de nuestro estudio fue explorar el nivel de conocimientos, errores y desconocimientos que los maestros de educación primaria tenían sobre el TDAH. Como objetivos secundarios nos planteamos evaluar las diferencias que existían entre los maestros que han recibido formación en TDAH y los maestros que no la han recibido y conocer si existe correlación entre la experiencia profesional directa con niños con TDAH y el conocimiento demostrado sobre el trastorno.

## **SUJETOS Y MÉTODOS**

### ***Sujetos***

Durante el curso académico (2013-2014) se contactó con el Equipo Directivo de distintos Centros de Educación Infantil y Primaria de escuelas públicas y concertadas de la provincia de Huesca, Cáceres, Madrid, Zaragoza, Teruel y Guadalajara. De los 200 cuestionarios entregados, se recogieron 125 cumplimentados. La aplicación de los cuestionarios fue colectiva, anónima y voluntaria.

### ***Instrumento de evaluación***

El instrumento empleado en este estudio estaba formado por dos partes. Una era un cuestionario ad hoc elaborado para el estudio donde se recogían variables sociodemográficas como género, edad, estudios, años de experiencia docente, curso académico donde impartían clase, población donde trabajaban y especialidad educativa. Además, se abordaban aspectos como la experiencia directa con el TDAH, profundizando en aspectos referentes a formación y tipo de formación recibida sobre el trastorno, casos de niños TDAH en el aula o en qué grado se consideraban capaces de enseñarles de manera eficaz, añadiendo tipo de educación más apropiada para ellos.

Por otro lado, utilizamos el “Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder” (KADDS) [12], en la versión adaptada por Jarque et al. [13]. El KADDS es un cuestionario de nivel de conocimiento del TDAH compuesto de 3 subescalas: (1) Síntomas y Diagnóstico, 10 ítems, (2) Información general sobre la naturaleza, causas y repercusiones, 16 ítems, y (3) Tratamiento, 13 ítems. Hay tres alternativas de respuesta: verdadero, falso o desconozco.

### **RESULTADOS**

Los 125 maestros provenían: 56 de Huesca (44.8%), 52 de Cáceres (41.6%), 7 de Madrid (5.6%), 6 de Zaragoza (4.8%), 1 de Teruel (0.8%), 1 de Guadalajara (0.8%) y 2 maestros no indicaron en que ciudad ejercían (1.6%). 97 eran mujeres (77.6%) y 28 varones (22.4%). La media de edad era de 43 años, y la media de años de experiencia docente era de 18 años. De los 125 maestros, 72 (57.6%) habían recibido algún tipo de formación sobre TDAH.

De los 125 maestros, 82 maestros (65.6%) habían tenido niños con diagnóstico de TDAH, por lo menos una vez en clase, 42 (33.6%) entre uno y dos, 16 (12.8%) entre 3 y 5, y 24 (19.2%) habían tenido 6 o más niños diagnosticados de TDAH.

En referencia a la pregunta por el grado de capacidad para enseñar de forma eficaz a un niño con TDAH, 5 maestros (4%) señalaron que se sentían “nada capaces” de enseñar de forma eficaz a un niño con TDAH, 36 maestros (28.8%) señalaron que se sentían “poco capaces”, 56 maestros (44.8%) señalaron que se sentían “medio capaces”, 23 maestros (18.4%) señalaron que se sentían “bastante capaces” y sólo 2 maestros (1.6%) señalaron que se sentían “totalmente capaces” de enseñar de manera eficaz. Por último, referente a la cuestión sobre el tipo de educación disponible más apropiada para un estudiante con TDAH, 49 maestros (39.2%) señalaron que lo mejor era una educación general a tiempo completo, 6 (4.8%) comentaron que lo mejor era una educación especial a tiempo completo, 47 maestros (37.6%) indicaron que educación especial a tiempo partido, 16 maestros (12.8%) refirieron otros tipos de educación, 4 maestros (3.2%) varias opciones de educación y 3 maestros (2.4%) dejaron la pregunta en blanco.

### ***Conocimientos, errores y desconocimientos de los maestros en el TDAH en cada una de las escalas del KADDS***

Los maestros contestaron correctamente a casi la mitad de los ítems del cuestionario total (M=45.99%, DT=16.74). Los resultados muestran que la subescala del test con más aciertos fue la de Síntomas-Diagnóstico (M=67.29%, DT=22.94), seguida de la subescala de Tratamiento (M=37.01%, DT=19.50) y, por último, la subescala de Información General (M=33.17%, DT=18.50). Los desconocimientos (preguntas no contestadas) en la subescala de Información General supera al conocimiento (M=45.34%, DT=26.26), lo mismo ocurre en la

subescala de Tratamiento (M=52%, DT=24.2). Por el contrario, en la subescala de Síntomas y Diagnóstico el desconocimiento es mucho menor (M=26.67%, DT=22.34).

Por otro lado, los maestros respondieron de forma incorrecta en un bajo porcentaje de los ítems del cuestionario total (M=14.05%, DT=8.05). La subescala en la que se observan más errores es la de Información General (M=21.34, DT=14.26), seguida de la subescala de Tratamiento (M=10.67%, DT=9.4), y donde menos errores han cometido es en la subescala de Síntomas (M=6.67%, DT=5.4).

### ***Relación entre los maestros formados y no formados en TDAH y los conocimientos, errores y desconocimientos demostrados en el KADDS***

Con la finalidad de analizar las diferencias entre el grupo de maestros que habían recibido formación en TDAH y el grupo que no la había recibido en el nivel de conocimientos, errores y lagunas, se han calculado las diferencias de medias a través del estadístico t de *Student*. En primer lugar, en relación al total de la prueba se observa que hay diferencias significativas en el nivel de conocimientos generales sobre el TDAH, siendo mayor el nivel de conocimientos en el grupo que ha recibido formación que en el que no. Estas diferencias alcanzan una elevada significación estadística en todos los casos; por tanto, los profesores del grupo con formación muestran un mayor conocimiento en la subescala de Síntomas-Diagnóstico, la de Información general, la de tratamiento y en el total de la prueba. En segundo lugar, en relación a los errores, se obtuvieron diferencias altamente significativas en el número de errores en el total del test, mostrando un mayor número de errores los profesores formados, alcanzando la significación en todos los casos a excepción de la escala de síntomas ( $t= 0,66$ ,  $p \leq 0.50$ ). Por último, en cuanto a la relación entre los maestros que recibieron formación y los que no con las preguntas no contestadas en el test, se observa que en relación al total de la prueba, al igual que en las tres subescalas hay diferencias altamente significativas ( $p \leq 0.0001$ ), siendo los maestros sin formación los que muestran puntuaciones más elevadas. Todos estos análisis muestran que los maestros que recibieron formación en TDAH tienen mayor número de aciertos, pero del mismo modo también de errores que los maestros que no la recibieron, que se muestran más cautos a la hora de contestar, dejando mayor número de respuestas en blanco.

### ***Correlaciones existentes entre los años de experiencia docente con niños con TDAH y los conocimientos demostrados en el KADDS***

En relación al tercer objetivo (conocer si existe correlación entre la experiencia profesional directa con niños con TDAH y el conocimiento demostrado sobre el trastorno), los resultados muestran una correlación significativa y positiva entre el conocimiento de los maestros sobre el TDAH, en diversas facetas, y la experiencia profesional, concretamente las subescalas de Tratamiento y la de Información General no alcanzando la significación estadística en el caso de la subescala de Síntomas-Diagnóstico. Siguiendo los criterios de Cohen de 1988, el tamaño de correlación de las distintas subescalas oscila entre pequeña y media, siendo las correlaciones más elevadas las correspondientes a la subescala de Tratamiento (0.29) y la menos elevada la subescala de Síntomas-Diagnóstico (0.12).

### ***Conclusión***

Es esencial que los maestros reciban la formación y entrenamiento, y un apoyo constante para facilitar el aprendizaje y la experiencia educativa de los niños TDAH, ya que como han mostrado los resultados

obtenidos en la investigación, los maestros formados en TDAH demuestran mayor grado de conocimiento y aumenta su confianza para llevar a cabo la difícil labor de la enseñanza. Es fundamental demostrar que los maestros con formación suficiente en TDAH pueden marcar una diferencia y lograr mejores resultados educativos en este grupo de niños.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cardo E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol*. 2008; 46 (6): 365-372.
2. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, *et al*. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry Journal* 2009; 65(1): 46-54.
3. Catalá-López F, Peiró S, Ridaó M, Sanfélix-Gimeno G, Génova-Maleras R, Catalá, MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological Studies. *BMC Psychiatric* 2012, 12: 168.
4. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of Majorca. *Rev Neurol* 2007; 44(1): 10-4.
5. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. *Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Ciencia e Innovación*. Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación. GPCM, 2010.
6. Quintero J, Rodríguez J, Quirós J, Correás Lauffer J, Pérez Templado J. Aspectos nutricionales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Rev Neurol* 2009; (49): 307-12..
7. Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, *et al*. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *The American Journal of Psychiatry* 2013; 170(1): 1-5.
8. Soutullo C. Informe PANDAH. El TDAH en España (2013). URL: <http://www.pandah.es/publicaciones/informe-pandah.html>.
9. Froelich J, Breuer D, Doepfner M, Amonn F. Effects of a teacher training programme on symptoms of a attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of special education* 2012; 27(3): 76-87.
10. Good T, Brophy T. *Educational Psychology: A Realistic Approach* (2nd ed.) New York: Holt, Reinehart and Winston; 1980.
11. Montoya-Sánchez E, Herrera-Gutiérrez E. Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas. *Navarro J.; Gracia MD; Lineros R, Soto FJ (Coords.). Claves para una educación diversa;* 2014.
12. Scitutto MJ, Terjesen MD, Bender AS. Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hiperactividad Disorder. *Psychology in the school* 2000; 37(2): 115-22.
13. Jarque Fernández S, Tárraga Mínguez R, Miranda Casas A. Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema* 2007; 19(4): 585-90.
14. Amod Z, Vorster A, Lazarus K. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) as a Barrier to Learning and Development within the South African Context: *The Perspective of Teachers* 2013; 11: 215-41.
15. Perold M, Louw C, Kleynhans S. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education* 2010; 30: 457-73.
16. Kos JM, Richdale AL, Jackson MS. Knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools* 2004; 41: 517-26.
17. Adams A, Perera A, Bhat R. Conocimiento del TDAH en los maestros de la escuela primaria: un estudio. *TDAH en práctica* 2013; 5(3): 14-8.