

CONCORDANCIA ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) IDENTIFICADA POR
PADRES Y LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO IDENTIFICADA POR
MAESTROS DE NIÑOS DE COLEGIOS DE BUCARAMANGA

Ps. MSc. Lía Margarita Martínez Garrido

María Delcy Corredor Siachoque.

Nidia Katherine Sepúlveda Castañeda.

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Floridablanca

2007

CONCORDANCIA ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) IDENTIFICADA POR
PADRES Y LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO IDENTIFICADA POR
MAESTROS DE NIÑOS DE COLEGIOS DE BUCARAMANGA

María Delcy Corredor Siachoque.

Nidia Katherine Sepúlveda Castañeda.

Ps. MSc. Lía Margarita Martínez Garrido

Directora Principal

Luis Carlos Orozco

Asesor

Proyecto de Grado para Optar por el Título de Psicóloga

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Floridablanca

2008

Nota de aceptación: _____

Presidente Jurado: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____

Floridablanca, _____

Agradecimientos y Dedicatorias

Ofrecemos nuestro agradecimiento en primera instancia a la Universidad Pontificia Bolivariana por la formación académica y humana impartida a lo largo de la carrera, al Laboratorio de Neurociencias y Comportamiento que durante año y medio con un excelente equipo de trabajo, a través de la disciplina y la exigencia, nos dio la posibilidad de desarrollar nuestra habilidad investigativa resaltando la importancia de mantener un ambiente de trabajo agradable fundamentado en el compañerismo, la amabilidad y la independencia.

También queremos expresar nuestra gratitud a todas aquellas personas que nos acompañaron durante el proceso académico, a nuestra querida asesora Lía Margarita Martínez Garrido por tener en cuenta cada detalle necesario para hacer de nuestros encuentros un espacio ameno de aprendizaje, confianza y colaboración procurando siempre motivarnos hacia la búsqueda de nuevas oportunidades que permitieran fortalecer nuestra formación. A nuestro doctor asesor Edward Leonel Prada Sarmiento por estar atento en cada etapa de nuestro paso por el laboratorio transmitiéndonos sus conocimientos y conservando el cariño y el sentido del humor. A Luis K por el tiempo, la disposición y la oportunidad de trabajar a su lado, manifestándonos su conocimiento durante los momentos agradables en que trabajamos juntos.

Finalmente, con todo el corazón mil gracias a nuestros padres por el apoyo económico pero ante todo por el cariño, la comprensión y el constante interés por vernos cumplir uno de los proyectos más importantes para nuestra vida, y a nuestras queridas amigas por los inolvidables momentos de alegría, farra y neurosis emocional y académica compartida.

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	8
Summary	9
Justificación	10
Hipótesis	12
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Marco Teórico	14
Introducción	14
Conceptualización	14
Implicaciones Neurofuncionales	18
Funciones Ejecutivas	20
Comorbilidad	22
Incidencia del TDAH en el Ámbito Escolar	27
Sistema Familiar y el TDAH	32
Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	34
Metodología	40
Diseño	40
Población	40
Muestra	40
Criterios de Inclusión	41
Criterios de Exclusión	41
Instrumentos	41

Procedimiento	45
Análisis de los Datos	48
Resultados	50
Descripción de la Muestra	50
Comparación de los Datos de la Check List con los de la (EMC)	48
Comparación entre el Reporte Inicial de Padres y Maestros y los resultados obtenidos de la Check Lis de Padres	52
Comparación entre el Reporte Final de la Check List de Padres y las conductas de Ansiedad, Depresión y Atipicidad Evaluadas por la (EMC)	56
Discusión	58
Conclusiones	66
Recomendaciones	68
Referencias	69

Índice de Tablas

Tabla 1. Valoración del índice Kappa y del CCI

Tabla 2. Promedio de edades de acuerdo al género y al sector del colegio.

Tabla 3. Distribución de la muestra por sector del colegio.

Tabla 4. Análisis intraevaluador para la concordancia entre la Check List y la (EMC).

Tabla 5. Análisis interevaluador para la concordancia entre padres y maestros

Tabla 6. Concordancia entre el reporte inicial de padres y maestros y los resultados obtenidos en la Check List.

Tabla 7. Reporte final de padres y maestros.

Tabla 8. Casos identificados con TDAH según el sector del colegio

Tabla 9. Comparación entre el reporte final y las conductas de ansiedad, depresión y atipicidad evaluadas por la (EMC).

Índice de Anexos

- Anexo 1. Formato de hoja de registro
- Anexo 2. Formato de aplicación de la Check List versión padres
- Anexo 3. Formato de aplicación de la Check List versión maestros
- Anexo 4. Formato de calificación de la Check List
- Anexo 5. Formato de aplicación de la Escala Multidimensional de la Conducta versión padres
- Anexo 6. Formato de aplicación de la Escala Multidimensional de la Conducta versión maestros
- Anexo 7. Formato de aplicación de la Escala Multidimensional de la Conducta versión autoinforme
- Anexo 8. Formato de carta de presentación del proyecto a las instituciones educativas
- Anexo 9. Formato de carta de presentación del proyecto a padres
- Anexo 10. Formato de consentimiento informado para padres
- Anexo 11. Formato de consentimiento informado para maestros
- Anexo 12. Formato de carta de solicitud del informe
- Anexo 13. Manual de Orientación

Resumen

Concordancia entre la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga

María Delcy Corredor Siachoque, Nidia Katherine Sepúlveda Castañeda.

Ps. MSc. Lía Margarita Martínez Garrido

Universidad Pontificia Bolivariana

Floridablanca

El presente estudio realizó una comparación entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros en niños de colegios de Bucaramanga, tipo comparativo, donde la selección de la muestra se llevó a cabo en la Escuela Normal Superior de Bucaramanga y el Colegio De La Presentación, obteniendo un total de 90 casos conformados por niños entre 8 y 11 años de edad, de ambos géneros, que fueron reportados por padres y maestros como niños con posibles dificultades de atención o excesiva actividad motora. La evaluación con padres incluyó la firma de un consentimiento informado para autorizar la vinculación de los menores así como la aplicación de la Check List (Pineda et al., 1999a) y la Escala Multidimensional de la Conducta (Puerta, 2004), al igual que a los padres, a los docentes también se les aplicaron estos mismos instrumentos por cada niño reportado pero en la versión adaptada para maestros, por último en la entrevista con el niño se diligenciaba el formato de autoinforme. Resultados y conclusiones. Existe un bajo nivel de concordancia entre padres y maestros en la identificación de la sintomatología del (TDAH), obteniendo en cada una de las variables (inatención; hiperactividad-impulsividad y combinado) Kappas que oscilaron entre 0.07 y 0.23. Así mismo, se identificó una concordancia baja (Kappas entre 0.07 y 0.47) entre el reporte inicial y el reporte final de cada uno de los informantes, lo que evidencia la falta de conocimiento que se presenta a nivel social sobre el trastorno. Recomendaciones. Llevar a cabo una segunda fase de esta investigación en la cual se apliquen nuevamente los instrumentos de evaluación a padres y maestros para determinar la reproducibilidad de los instrumentos y así establecer cuál de los dos informantes realiza un diagnóstico más específico.

Summary

Concordance between the symptoms of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) identified by parents and the disorder's symptoms in children as identified by primary school teachers in Bucaramanga.

María Delcy Corredor Siachoque, Nidia Katherine Sepúlveda Castañeda.

Ps. MSc. Lía Margarita Martínez Garrido

Universidad Pontificia Bolivariana

Floridablanca

Per the present study, a comparison was performed between the symptoms of ADHD identified by parents and the disorder's symptoms in children identified by primary school teachers in Bucaramanga. The study's type was comparison, and the sample was selected from the Superior Normal School of Bucaramanga and De La Presentacion College, gaining a total of 90 cases, made up of children between 8 and 11 years of age, of both sexes, which were reported by parents and teachers as presenting possible attention, or excessive motor activity disorders. Parents were included on the evaluation, and asked to sign an Informed Consent on the participation of their children. They were also asked to complete the Check List (Pineda et al., 1999a) and the Multidimensional Scale of Conduct (Puerta, 2004) instruments. Teachers were asked to resolve the teacher's adapted version of these instruments for each child reported by them as well. On the final phase, kids were asked to fill the self-report format. Results and conclusions: There is a low level of agreement among parents and teachers on the identification of ADHD's symptoms. Kappas ranging between 0.07 and 0.23 were obtained in each of the variables (inattention; hyperactivity - impulsivity and combined) and also matching low Kappas (ranging between 0.07 and 0.47) were identified among the initial report and the final report presented by each informant. This results show the lack of knowledge about the disorder presented at a social level. Recommendations: We recommend reproducing of the study by using a larger sample size. This step will allow the gathering of more reliable data about the correlation between parents and teacher's perception and accuracy on the detection of ADHD.

Justificación

En Colombia existe una prevalencia del 17% de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños (Pineda, Restrepo, Henao, Gutiérrez-Clellen & Sánchez, 1999b), lo cual lo convierte en uno de los trastornos de la conducta más frecuente. Un estudio realizado por Cornejo et al., (2004) muestra que la prevalencia del trastorno ha incrementado en un 20.4% o 15.8% si se consideran únicamente los niños con un coeficiente intelectual ≥ 80 . De la misma manera, estos autores reportan que la prevalencia es diferente de acuerdo al estrato socioeconómico, ellos encontraron que en el estrato bajo la prevalencia es del 14.7%, en el estrato medio es del 17,4%, y en el estrato alto es del 10,7%.

El (TDAH) es un trastorno que incide negativamente sobre el desempeño del niño en diferentes ámbitos de su vida, como son: el personal, el familiar, el social, y el escolar; siendo el ámbito escolar donde se hace más fácil la detección del trastorno no sólo por el gran porcentaje de tiempo que los niños pasan en las escuelas o colegios, sino también por la necesidad de utilizar, en la realización de las tareas académicas, las funciones cognitivas que normalmente están siendo afectadas (Blázquez-Almería, et al, 2005), por lo cual, diversos estudios en el contexto colombiano han dirigido la evaluación de funciones ejecutivas y memoria de trabajo, con el objetivo de determinar el nivel de desempeño y las características neuropsicológicas de los niños con (TDAH) (López-Campo, Aguirre-Acevedo, Gómez-Betancur, Pineda & Puerta, 2005 & Rosselli-Cock et al., 2004).

Estudiar el (TDAH) desde el ámbito educativo, más allá de permitir realizar una temprana y oportuna intervención de los síntomas, gracias al reporte que hacen padres y maestros de la afectación que produce el trastorno sobre las actividades escolares,

también permite establecer si se está presentando una tipificación errónea del niño, ya que en algunos casos se pueden tender a confundir comportamientos de inquietud, ansiedad y falta de atención, normales en la etapa de la niñez, con la sintomatología característica del (TDAH) (Roselló et al., 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace relevante realizar una comparación entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros en niños escolarizados, aportando al diseño e implementación de estrategias de intervención acordes a la problemática y brindando elementos de orientación a padres y maestros para la identificación y manejo adecuado del trastorno, mejorando así la calidad de vida del niño, ya que como lo plantean García-Castellar, (2006) y Roselló et al., (2003) las características del sistema familiar ejercen gran influencia en el mantenimiento y la exacerbación de la sintomatología del trastorno, sin desconocer además que se considera indispensable el apoyo en el aula de clase.

El impacto que se generará a partir del presente estudio radica en la posibilidad de brindar explicaciones que faciliten la comprensión de la sintomatología y contribuir con la consolidación de un protocolo de evaluación aplicado a padres y maestros, que pueda ser utilizado a futuro en las escuelas y colegios como una herramienta complementaria en el diagnóstico de niños con sospecha de (TDAH). Es de considerar que este protocolo es de fácil acceso y que las pruebas utilizadas no exigen el manejo de material de alto costo lo cual lo lleva a ser accesible a diversos tipos de comunidades, con un adecuado entrenamiento y conocimiento de profesionales de la psicología.

De esta manera, se fortalece el proceso de formación en los agentes de socialización con respecto al (TDAH), contribuyendo al mejoramiento de los vínculos en el contexto

familiar y escolar, lo que a su vez permite el avance en el campo conceptual de la psicología.

Finalmente, es importante mencionar, que con el presente proyecto no sólo se estará respondiendo como proceso de investigación a la necesidad de estudiar el fenómeno del (TDAH), ante la alta prevalencia que se reporta en Colombia, sino que también se abrirá un campo de estudio, en nuestro contexto, más allá del área clínica, desde donde son estudiados e intervenidos la mayoría de los casos.

Teniendo en cuenta lo anterior y basados en el objetivo principal del estudio, es importante considerar que en muchas ocasiones padres y maestros llegan a identificar en sus hijos erróneamente los síntomas propios del (TDAH), confundiéndolos con comportamientos normales que comúnmente se presentan durante la etapa de la niñez, lo que puede llevar a un manejo no adecuado de la problemática. A partir de esto, surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Existe concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga?

¿Cuál es el nivel de concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga?

Hipótesis

No existe concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga.

Existe un nivel de concordancia bajo entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga.

Objetivo General

Determinar la existencia de concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga.

Objetivos Específicos

1. Establecer el nivel de concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga.
2. Comparar los resultados obtenidos de la Check List con los resultados de la (EMC).
3. Determinar la concordancia entre el reporte inicial de padres y maestros y los resultados obtenidos en la Check List.

Marco Teórico

Introducción

Con el objetivo de enmarcar esta investigación dentro de los diversos referentes teóricos planteados con respecto al (TDAH), se presenta a continuación una estructura general sobre los conceptos que hacen referencia a aquellos aspectos indispensables para la comprensión de este trastorno principalmente en el contexto educativo. Inicialmente se expone la conceptualización del (TDAH) teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002), así como las implicaciones neurofuncionales y su influencia en la afectación de algunas funciones ejecutivas. Posteriormente se hace mención de los trastornos que se evidencian de forma comórbida al (TDAH), ahondando además en la incidencia del trastorno en el ambiente escolar, en la forma como padres y maestros identifican conductas propias de éste, y en la relación que existe entre el sistema familiar y la forma en que se expresa la sintomatología del trastorno. Finalmente, se hace alusión a la evaluación con la cual es posible determinar la sintomatología del (TDAH) así como las diferentes funciones afectadas en niños que lo padecen, teniendo en cuenta la utilidad de los instrumentos que se han establecido tanto a nivel investigativo como clínico.

Conceptualización

La aparición del (TDAH) es cada vez más frecuente en los niños a nivel mundial (Cardo & Servera-Barceló, 2005; Díaz-Heijtz, Mulas & Forsberg, 2006), considerándose un trastorno del neurodesarrollo infantil, esto se puede explicar a partir de su etiología, la cual está determinada entre un 70% y 80% por un componente de tipo biológico, y sólo entre un 20% y 30% por factores ambientales. Este trastorno conlleva repercusiones a largo plazo en el desarrollo académico, social y personal del individuo y

se caracteriza por la presencia persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas generalmente se manifiestan antes de los 7 años de manera más frecuente e intensa que en los niños con un grado de desarrollo similar, manteniéndose durante un período de tiempo superior a los 6 meses y generando afectación en más de dos contextos en los cuales se desenvuelve el niño (casa, colegio, etc.) (DSM-IV-TR, 2002).

El curso de esta enfermedad es de carácter crónico (Miranda-Casas, García-Castellar, Meliá-de Alba & Marco-Taverner, 2004) teniendo en cuenta que algunos síntomas perduran hasta la edad adulta, de esta forma algunos estudios han postulado que las conductas de hiperactividad tienden a disminuir con la edad, mientras que las de inatención aumentan (Miranda-Casas, García-Castellar, Meliá-de Alba & Marco-Taverner, 2004; Blázquez-Almería et al., 2005). Adicionalmente, se ha reportado un elevado índice de prevalencia en el ambiente clínico (50%) y en el escolar (1.7 a 16%) de acuerdo al grupo clínico o investigativo y a los métodos diagnósticos empleados (Winitzer, 1999. Citado por Beltrán, 2006; DSM-IV-TR, 2002; Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001). Recientes estudios (Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001; Pineda, et al., 1999a) han determinado que la tasa de prevalencia en Colombia es del 17.1%, lo cual explica el por qué el (TDAH) se ha convertido en el trastorno más frecuente en el área escolar y representa el primer motivo de consulta debido a la incidencia negativa que tiene en el desarrollo de actividades académicas, que conllevan al fracaso escolar (García-Pérez, Expósito-Torrejón, Martínez-Granero, Quintanar-Rioja & Bonet-Serra, 2005; García-Jiménez, López-Pisón & Blasco-Arellano, 2005; Pascual Castroviejo, 2002).

La alta prevalencia en el contexto colombiano ha sido evaluada, y de acuerdo a los resultados de un estudio (Lopera et al., 1999), se ha considerado que los factores

genéticos son la principal causa de la presencia del (TDAH) representando el 70% de probabilidad de que una persona posea el trastorno, sin embargo, los resultados de otras investigaciones (Pineda et al., 2003; Puerta et al., 2002; Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1996; Milberger, Biederman, Faraone, Guite & Tsuang, 1997) han propuesto como factores de riesgo para la presencia del (TDAH) sucesos de tipo ambiental, tabaquismo materno, alcoholismo durante el embarazo, convulsiones neonatales, problemas familiares graves, entre otros.

Con el propósito de indagar acerca de la etiología del (TDAH) y contribuir al conocimiento y comprensión del mismo, en el medio investigativo se han llevado a cabo estudios (Lopera et al., 1999; Pineda et al., 2003) entorno a los factores determinantes del (TDAH), encontrando entre ellos ciertas condiciones genéticas, perinatales, ambientales y neuropatológicas, entre otras. Con respecto a los factores perinatales y ambientales, se ha informado que el tabaquismo materno durante el embarazo (más de 4 cigarrillos diarios) es considerado como un factor de alto riesgo para desarrollar (TDAH) (Puerta et al., 2002), según un estudio realizado en Colombia (Pineda et al., 2003), entre otros criterios de riesgo se encuentran la amenaza de parto prematuro (20%), amenaza de aborto (18%), hospitalización en el primer mes (17,2%), “gripas” con incapacidad (17,1%) y consumo de cigarrillo (fumar durante los tres primeros meses del embarazo sin importar la cantidad ni la frecuencia) (7%).

Cabe señalar que el diagnóstico del (TDAH) requiere la implementación de una evaluación adecuada que permita categorizar los criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV-TR (2002), a partir de los cuales es posible identificar tres subtipos:

1. *Subtipo I: Predominantemente inatento*, en cuyo patrón de conducta el niño exhibe dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas, no presta

atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, a menudo parece no escuchar cuando se le está hablando, no sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares a pesar de comprender las ordenes, tiene dificultades para organizar sus actividades, evita hacer tareas o actividades que le demanden esfuerzo, extravía sus útiles u objetos necesarios para hacer sus actividades, se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes y es olvidadizo en las actividades de la vida diaria.

2. *Subtipo II: Predominantemente hiperactivo-impulsivo*, los niños que presentan este subtipo se caracterizan porque frecuentemente mueven en exceso manos o pies mientras están sentados, se levantan del puesto en clase u otras actividades en que se espera que permanezcan sentados, corren o saltan excesivamente en situaciones inadecuadas, tienen dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, hablan en exceso, están permanentemente en marcha (como si tuvieran un motor por dentro), contestan o actúan antes de que se les terminen de formular las preguntas, se les dificulta hacer filas o esperar turnos e interrumpen las conversaciones o los juegos de los demás.
3. *Subtipo III: Combinado*, este subtipo se cumple cuando hay presencia de seis o más síntomas de inatención y seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad.

El diagnóstico del (TDAH), de esta forma, se efectúa teniendo en cuenta el Gold Standard o patrón de oro, el cual sería la entrevista psiquiátrica ó neuropsicológica estructurada (Cornejo et al., 2004; Pineda, Restrepo, Henao, Gutiérrez-Clellen & Sánchez, 1999b), aunque también en el medio clínico e investigativo se implementa la evaluación por medio de escalas, como la Check List (Pineda et al., 1999a), que permiten obtener datos cuantificables, necesarios para llevar a cabo estudios

epidemiológicos o de rastreo e igualmente determinar el rango de severidad que presenta la persona con respecto al (TDAH), con base en lo cual se puede establecer un plan de tratamiento.

Implicaciones Neurofuncionales

Como se mencionó anteriormente, la literatura ha reportado que la principal causa del (TDAH) es de componente genético, los cuales se interrelacionan con hallazgos anatómicos, bioquímicos y neurofuncionales con respecto al tamaño de algunas estructuras neuroanatómicas, la alteración de neurotransmisores y la afectación de funciones ejecutivas en comparación con la población normal (Díaz-Heijtjz, Mulas & Forsberg, 2006; Estévez-González, García-Sánchez & Barraquer-Bordas, 2000). De este modo, la implementación de técnicas de neuroimagen o resonancia magnética en diversos estudios, han señalado que el cerebro y el cerebelo de los niños con (TDAH) es significativamente más pequeño en promedio a través de la infancia y la adolescencia, en comparación con las mismas estructuras en niños sanos (Castellanos & Acosta, 2004; Castellanos et al, 2002).

Por otro lado, conociendo que la corteza prefrontal derecha es un poco mayor que la izquierda, se ha comprobado que esta región es más simétrica en personas con (TDAH), afectando así habilidades mentales tales como la inhibición de la respuesta, la planeación del comportamiento, la atención selectiva y la organización de la información, siendo éstas necesarias para la solución de problemas y la ejecución de operaciones cognitivas específicas tales como memorización, metacognición, aprendizaje y razonamiento (Carboni-Román, Del Río Grande, Capilla, Maestú & Ortiz, 2006; Tirapu-Ustároz & Muñoz-Céspedes, 2005; Castellanos & Acosta, 2004).

Es así como Ruiz y León citados por González y Ramos (2006), establecen que a nivel general las regiones cerebrales afectadas en personas con (TDAH) abarcan la corteza frontal, principalmente el área prefrontal (reguladora de la atención y funciones ejecutivas), los ganglios basales (asociados con las regiones motoras primarias y suplementarias), la corteza parietal posterior (relacionada con la integración sensorial), moduladas estas regiones por las aminas, siendo la Dopamina el neurotransmisor que presenta mayor afectación contribuyendo de esta manera a la aparición de síntomas del (TDAH).

Otros estudios (García-Pérez, 2005; Mediavilla-García, 2003) han indagado sobre las implicaciones bioquímicas del (TDAH), determinando que la base neurobiológica del trastorno presenta una disfunción de circuitos Dopaminérgicos, Serotoninérgicos y Noradrenérgicos, que ocasionan una alteración en algunos mecanismos cognitivos. La Dopamina es el neurotransmisor que regula las funciones cognitivas, el control motor y los mecanismos que modulan procesos emocionales como la motivación y la satisfacción, una de las teorías neurobiológicas más importantes de este trastorno es que existe una alteración en la neurotransmisión de la Dopamina y, como consecuencia, en la desregulación de la corteza frontal y los circuitos subcorticales modulados por este neurotransmisor (Díaz-Heijt, Mulas & Forssberg, 2006).

De esta manera, las diversas implicaciones anatómicas y biológicas del (TDAH), ya expuestas, permiten explicar y comprender las diferentes afectaciones que se exhiben principalmente en procesos cognitivos como las funciones ejecutivas (atención y memoria).

Funciones Ejecutivas

El término funciones ejecutivas, hace referencia a diversos procesos cognitivos relacionados entre sí, los cuales están orientados hacia la resolución de situaciones complejas, efectuando de esta manera la regulación de la conducta (Tirapu-Ustárrroz & Muñoz-Céspedes, 2005).

Según Anderson (2002), ya a los 6 años y, habitualmente, por encima de los 9 años los niños ya son capaces de monitorizar y regular sus acciones, y logran a los 11 años el nivel de inhibición que muestra el adulto, es con base en este estudio sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas en la infancia, que este autor propuso un modelo explicativo a partir del cual expone que estas funciones pueden dividirse en cuatro factores:

1. *Flexibilidad cognitiva*: Capacidad que posee el individuo para cambiar el curso del pensamiento o de las acciones de tal forma que logra adaptarse a las exigencias del medio, en lo cual interviene además la habilidad de autorregulación de la conducta (Soprano, 2003). Esta función ejecutiva involucra, además, otros procesos como la atención dividida, la utilización de la retroalimentación y la memoria de trabajo, definida esta última como un sistema que mantiene y manipula temporalmente la información, por lo que interviene en la realización de importantes tareas cognitivas tales como comprensión del lenguaje, lectura, pensamiento, etc., necesarias a su vez para guiar al conducta (Tirapu-Ustárrroz, Muñoz-Céspedes & Peligrín-Valero, 2002).
2. *Establecimiento de metas*: Compuesto por el razonamiento conceptual, la planificación y la organización estratégica, siendo éstas últimas indispensables en la resolución de problemas, del mismo modo involucra la toma de decisiones, la memoria de trabajo y la capacidad de mantener e integrar la información que se relaciona con la tarea o actividad que se está desarrollando. Implica la capacidad

para identificar y organizar los pasos y elementos necesarios para llevar a cabo una intención o lograr un objetivo (Soprano, 2003).

3. *Procesamiento de la información:* Concebido como la eficiencia, la fluidez y velocidad con la que se procesa la información obtenida.
4. *Control atencional o Interferencia cognitiva:* Implica la atención selectiva, la autorregulación y la velocidad del procesamiento y de acuerdo con Soprano, (2003) hace referencia principalmente a la atención selectiva que se le asigna a un estímulo específico y al mismo tiempo a la capacidad de inhibir una respuesta automática.

En la investigación realizada por Narbona y Crespo-Eguílaz, (2005) se afirma que las personas con (TDAH) a causa de una disfunción ejecutiva pueden presentar afectación en la memoria a largo plazo, debido a la dificultad que poseen para realizar representaciones mentales, así mismo, exponen la deficiencia de los niños con (TDAH) para sostener la atención durante el desarrollo de tareas cotidianas que involucren el sistema ejecutivo, sin embargo, otro estudio (Romero-Ayuso, Maestú, González-Marquéz, Romo-Barrientos & Andrade, 2006) determinó por medio de la evaluación con el Stroop que el rendimiento de los niños con (TDAH) no empeora cuanto más transcurre el tiempo y lo que se observa es que los niños se habitúan a la tarea que están llevando a cabo, lo que genera duda de si en realidad existe un déficit en la atención sostenida en las personas con este trastorno, diferencia que podría ser explicada a partir de las dos investigaciones citadas anteriormente, por las características de algunas pruebas que no permiten evaluar el rendimiento del sujeto en diferentes momentos durante la ejecución de la misma, y por la presencia de algunos síntomas de otros trastornos que se presentan comórbidos al (TDAH).

Así mismo, Romero-Ayuso, Maestú, Gonzáles-Marquéz, Romo-Barrientos & Andrade, (2006) ostentan que el grado de afectación de las funciones ejecutivas está determinado por el subtipo de (TDAH) que presente el sujeto, así por ejemplo, un (TDAH) predominantemente inatento genera mayor afectación de la memoria de trabajo y la planificación, y un subtipo combinado de acuerdo con su sintomatología, exhibe una afectación generalizada.

Por otra parte en el estudio del (TDAH), la memoria se considera un proceso relevante definido como la capacidad de retener y evocar eventos del pasado a través del funcionamiento neurobiológico que permite el almacenamiento y la recuperación de la información, siendo esto básico para el aprendizaje y el pensamiento (Mulas et al., 2006), algunos estudios sobre (TDAH) (Douglas, 2005; Romero-Ayuso, Maestú, Gonzáles-Marquéz, Romo-Barrientos & Andrade, 2006; Miranda-Casas, Marco-Taverner, Meliá-de Alba, Mulas & Roselló, 2006), reportan que la afectación en este proceso se presenta básicamente en la memoria de trabajo, la cual permite manipular la información actual necesaria para desarrollar una tarea. También se ha establecido que este tipo de memoria involucra una parte verbal relacionada con la internalización del lenguaje necesaria para la autodescripción, el cuestionamiento y la reflexión que hacen parte del autodiscurso; y una parte no verbal que se asocia con la función retrospectiva y prospectiva del individuo, necesarias para recordar los hechos y para la organización del comportamiento a través del tiempo (Tirapu-Ustárróz & Muñoz-Céspedes, 2005) Del mismo modo, Baddeley (1999) describe la memoria de trabajo como un mecanismo de almacenamiento temporal que permite retener a la vez algunos datos de información en la mente para compararlos, contrastarlos y relacionarlos entre sí de acuerdo a la tarea que se esté desarrollando.

Comorbilidad

Durante la evaluación de la sintomatología que exhibe un niño con (TDAH), algunos autores coinciden en afirmar que la forma más rara en que se presenta este trastorno es la que se muestra de forma aislada, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno (Artigas-Pallarés, 2003), ya que diversos estudios (Kadesjo & Gillberg, 2001; Artigas-Pallarés, 2003; Faraone & Willens, 2003) consideran que las personas que presentan déficit de atención tienen entre un 40% y 50% de probabilidad de presentar paralelamente trastornos de conducta y/o problemas emocionales.

Antes de exhibir aquellos trastornos comórbidos al (TDAH), es indispensable considerar que para hacer referencia al término comorbilidad se requieren dos condiciones básicas: Primero, que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada proceso comórbido; y segundo, que la frecuencia con la que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la intensidad aislada en la población general (Artigas-Pallarés, 2003).

La conducta normal de los niños en etapa preescolar se caracteriza por inquietud, impulsividad motora, dificultades para mantener la atención, necesidad de supervisión y capacidad de socialización incluso con personas que recién conocen, sin embargo, este comportamiento no debe confundirse con los síntomas propios del (TDAH), ya que en el trastorno la intensidad de estos síntomas es mayor. (García-Pérez, Bonet-Serra, Expósito-Torrejón, Martínez-Granero & Quintanar-Rioja, 2005).

Entre las comorbilidades más frecuentes al (TDAH) se encuentran: Trastornos del aprendizaje, el trastorno negativista desafiante, trastorno disocial de la conducta, el síndrome de Tourette, trastornos generalizados del desarrollo, depresión y trastornos de ansiedad. A continuación se presentan las características diagnósticas de cada uno de

estos trastornos según los criterios establecidos en el manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2002).

Trastornos del Aprendizaje: Se diagnostican cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado para la edad, la escolarización y nivel de inteligencia, según indican las pruebas normalizadas administradas individualmente.

Trastorno Negativista Desafiante: Se presenta esencialmente un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad, en donde se pueden presentar episodios de cólera, discusiones con adultos por desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas establecidas, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente moleestado por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo.

Trastorno Disocial de la Conducta: El curso de este trastorno se caracteriza por comportamientos persistentes y repetitivos con los que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto, evidenciando comportamientos agresivos que causan daño físico o amenaza con el cual intimida a otras personas o animales, comportamientos no agresivos que causan pérdidas o daño a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas. Algunos de los comportamientos característicos del (TDAH) pueden ser perturbadores, sin embargo, éstos no se manifiestan con la misma intensidad que los del trastorno disocial, por lo cual puede establecerse el diagnóstico simultáneo de estos trastornos si se presenta una clara distinción de los criterios para cada uno de ellos.

Trastorno de Tourette: Sus características esenciales son los tics motores múltiples y uno o más tics vocales, pueden aparecer simultáneamente varias veces al día o recurrentemente a lo largo de un período de más de un año. Durante este tiempo nunca hay un período libre de tics de más de tres meses consecutivos, su inicio puede ser en edades muy tempranas (2 años) pero la edad promedio es entre los 6 y 7 años, sin embargo, para establecer el diagnóstico su inicio debe ser anterior a los 18 años y no explicarse por la presencia de una enfermedad médica o por el consumo de una sustancia. Los tics motores pueden ser simples (contracciones rápidas como el parpadeo) o complejos (tocar, agacharse, doblar las rodillas, dar pasos hacia atrás y hacer giros mientras se camina), los cuales pueden ser confundidos con comportamientos hiperactivos o impulsivos presentes en el (TDAH).

Trastorno Autista: Es considerado uno de los trastornos generalizados del desarrollo y sus características esenciales son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses, las manifestaciones varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto y por ello si se presenta este trastorno no se diagnostica (TDAH).

Trastorno de Asperger: Hace parte de los trastornos generalizados del desarrollo y se caracteriza esencialmente por la incapacidad grave y permanente para la interacción social y la presencia de pautas de conducta, intereses y actividades repetitivas, estereotipadas y restrictivas, sin embargo no hay retrasos clínicamente significativos ni alteraciones en la adquisición del lenguaje, del desarrollo cognoscitivo, ni de las habilidades de autoayuda o el comportamiento adaptativo en el ambiente. En presencia de este trastorno no se diagnostica (TDAH).

Trastorno Depresivo Mayor: Es un trastorno del estado de ánimo en el que se presenta una disminución significativa del interés para realizar todas o casi todas las actividades, pérdida de peso, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, fatiga o pérdida de energía, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, distracción y baja tolerancia a la frustración, siendo estos dos últimos característicos en el (TDAH), es posible establecer los diagnósticos simultáneamente pero es indispensable tener en cuenta que en el (TDAH) las actividades se suspenden por irritabilidad ante los fracasos más que por tristeza o pérdida de interés.

Trastorno por Ansiedad Generalizada: Específicamente el Trastorno por Ansiedad Excesiva Infantil, el cual se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva por un período superior a seis meses por varios acontecimientos y situaciones que normalmente no explican la intensidad de ansiedad que presentan, se acompañan de inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas y se les dificulta controlarlas. Los síntomas de inquietud y la irritabilidad no se deben confundir con el (TDAH), ya que en éste sí se reconoce el evento que genera la preocupación, por ejemplo el fracaso en una tarea escolar.

De acuerdo con lo anterior es necesario realizar una evaluación adecuada, no sólo en el contexto clínico sino también en el investigativo, ya que el (TDAH) puede confundirse con los trastornos mencionados anteriormente o con otros tales como retardo mental, trastornos de la personalidad o trastornos psicóticos tal como lo presenta la literatura (Cornejo et al., 2004), o como puede presentarse en el niño de forma comórbida con las dificultades de aprendizaje (Pineda et al., 2003), lo cual repercute en

una diversidad de síntomas relacionados con su capacidad de lecto-escritura y matemáticas (Pineda et al., 2003; Castellanos & Acosta, 2004), que pueden explicar el bajo rendimiento académico y dificultar la precisión en el diagnóstico (Pineda et al., 2003).

La importancia de establecer un diagnóstico temprano del (TDAH) y tener en cuenta la comorbilidad presente permite seleccionar el método de intervención más adecuado, según la forma en particular en la que se manifieste la sintomatología del trastorno en cada individuo, tal como se ha establecido en otros estudios donde se sugiere que con la demora en la edad del diagnóstico de (TDAH) aumenta el porcentaje de problemas de conducta, así como su variedad (Kadesjo & Gillberg, 2001).

Es por ello que para la realización de la evaluación es importante examinar la conducta del niño en diferentes ámbitos, como lo son el familiar y el escolar (Artigas-Pallarés, 2003; Castellanos et al., 2004), para determinar si el síntoma se presenta en más de dos contextos de acuerdo al Criterio C del DSM-IV-TR (2002) y tratar de establecer si existe la posibilidad de que el niño presente (TDAH), de esta forma se consideran como fuente viable de información el reporte que realicen padres y maestros a través de las escalas y los cuestionarios aplicados, teniendo en cuenta que los niños interactúan con ellos de manera frecuente (Tirapu-Ustárrroz, Muñoz-Céspedes & Peligrín-Valero, 2002; Tirapu-Ustárrroz & Muñoz-Céspedes, 2005).

Incidencia del TDAH en el Ambiente Escolar

En el ámbito escolar se presentan diversos problemas de conducta que se evidencian en el desempeño académico de los estudiantes, el cual en algunos casos se encuentra afectado por la presencia de determinados trastornos de atención o comportamiento perturbador (Blázquez-Almería, et al., 2005). De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), el

(TDAH) constituye uno de los problemas más frecuentes para el desempeño adecuado de tareas escolares y se clasifica como un trastorno de inicio temprano y de acuerdo con diversos estudios (Castellanos & Acosta, 2004; Cornejo et al, 2004; Miranda-Casas et al., 2004; Pineda et al., 1999a;), se considera que tiene gran incidencia (1.7 a 16%) en el ámbito escolar (Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001; DSM-IV-TR, 2002; Winitzer, 1999 citado por Beltrán, 2006).

Siendo el contexto educativo el escenario en el cual el niño interactúa y desarrolla diferentes acciones con mayor frecuencia, se considera un espacio en el que se hace más evidente la aparición de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, que afectan la ejecución de tareas académicas (Buyer, 2006); además de ello, el (TDAH) es uno de los trastornos con mayor impacto en el desarrollo y en las diferentes esferas de la vida de los niños que lo padecen, como el familiar, social y escolar (Artigas-Pallarés, 2003), así mismo se ha identificado que en el ambiente escolar el (TDAH) tiene incidencia en el desarrollo de tareas que requieran en el niño habilidades matemáticas y verbales (Pineda, Restrepo, Henao, Gutiérrez-Clellen & Sánchez, 1999b; Miranda-Casas, Marco-Taverner, Meliá-de Alba, Mulas, & Roselló, 2006).

Habilidades Matemáticas

Las estrategias de cálculo de los niños con (TDAH) se encuentran menos desarrolladas en comparación con niños sanos, ya que éstos cometen más errores debido a su escasa atención y a las conductas de hiperactividad e impulsividad (Miranda-Casas, Marco-Taverner, Meliá-de Alba, Mulas, & Roselló, 2006).

A través del estudio de las habilidades matemáticas en niños con (TDAH), se ha identificado que dos de las funciones ejecutivas que se encuentran afectadas con este trastorno (la inhibición y la flexibilidad cognitiva) predicen el rendimiento de los niños

en el área de matemáticas, por lo cual, en los niños con (TDAH) se evidencia un bajo desempeño en tareas que requieren habilidades de cálculo, teniendo en cuenta que si las dificultades en esta área son notablemente inferiores podría explicarse por la presencia comórbida de un trastorno de aprendizaje del cálculo (Miranda-Casas, Marco-Taverner, Meliá-de Alba, Mulas, & Roselló, 2006).

Así mismo, tanto la presencia aislada del (TDAH) como su aparición comórbida con un trastorno en el aprendizaje del cálculo, genera mayor incidencia negativa en la memoria de trabajo específicamente donde se requiere el procesamiento de información de tipo numérico, provocando dificultades en la evocación y representación de la información de la memoria a largo plazo.

Habilidades Verbales

Los niños con (TDAH) generalmente presentan dificultades en sus habilidades verbales, las cuales pueden manifestarse a través de dos modalidades: El habla espontánea y el habla dirigida. El habla espontánea se caracteriza por una tendencia a hablar de manera impulsiva, con incapacidad de inhibir aspectos irrelevantes durante el discurso, ya que los niños consideran importante mencionar todos los aspectos que evocan durante una conversación, lo que explica su dificultad para permanecer en silencio en situaciones que lo requieren como en el salón de clases y actos religiosos (Pineda, Restrepo, Henao, Gutiérrez-Clellen & Sánchez, 1999b). El habla dirigida o controlada se caracteriza por una menor fluidez verbal, presencia de bloqueos, interrupciones, comentarios irrelevantes y cambios inesperados en el transcurso de una conversación.

De acuerdo con Miranda-Casas, García-Castellar y Soriano-Ferrer (2005), el proceso de comprensión en los niños con (TDAH) no se encuentra alterado, Tannock et al.,

(1993) citado por Miranda-Casas, García-Castellar y Soriano-Ferrer (2005), complementan esta idea afirmando que los niños con (TDAH) sí difieren de niños sanos en la producción de sus narraciones al proporcionar menos información, tener menos organización de la historia, errores de embellecimiento, secuenciación y cohesión, siendo estos aspectos explicados por fallos en la organización y monitorización de la información de sus producciones verbales, relacionados con una disfunción ejecutiva (planeación, establecimiento de metas, control atencional, secuenciación, fluidez y velocidad, entre otras).

También se ha identificado que tanto en el habla dirigida como en la espontánea, los niños con (TDAH) tienen dificultad para interpretar los significados no literales presentes, por ejemplo en las metáforas, el habla indirecta y las frases hechas del habla cotidiana, de acuerdo con Barkley (2003) citado por Crespo, Manghi, García y Cáceres (2007), este enlentecimiento en la comprensión de significados no literales podría estar evidenciando un retraso en la madurez de las funciones ejecutivas, pero además puede deberse al deterioro de ciertas capacidades cognitivas, como la autorregulación, ya que los niños afectados por este enlentecimiento no sólo comprenden menos los significados implícitos que contiene el habla indirecta, sino que también son menos exitosos para adquirirlos.

Conductas de TDAH identificadas por Padres y Maestros

Por medio de las investigaciones realizadas acerca de la manera como padres y maestros identifican conductas características del (TDAH), se ha determinado que tanto los padres de familia como los maestros son considerados una fuente fiable para la detección de conductas de inatención e hiperactividad, aunque al comparar el reporte obtenido de esas dos fuentes, se encuentran diferencias significativas, las cuales se

explican a partir del comportamiento propio del niño en cada contexto (familia – colegio) así como de la relación que el menor ha establecido con cada uno de ellos (padres - maestro) (Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006).

De esta forma, el estudio realizado por Montiel-Nava y Peña, (2001) con el cual se buscó establecer las discrepancias entre padres y maestros en la evaluación de problemas de conducta y académicos en 855 niños y adolescentes distribuidos en tres grupos de edades, 9 a 11 años, 12 a 14 años y 15 a 17 años, a los cuales se les aplicó las escalas Conners versión larga para padres y maestros, demostró que en el grupo de 9 a 11 años (conformado por 325 niños) la convergencia entre padres y profesores en el momento de evaluar al niño fue significativamente baja en comparación con los grupos de edades mayores, lo que se explica porque los niños de menor edad presentan más conductas de inquietud, inatención, desobediencia e impulsividad en comparación con niños mayores o adolescentes, lo que hace que el número de conductas a identificar sea mayor y por tanto la concordancia entre las respuestas de padres y maestros es más baja. Frente a esto, Steel et al., (1996), citado por Montiel-Nava y Peña, (2001) afirman que las diferencias de concordancia entre padres y maestros, no deben interpretarse como errores en la validez de la observación o de los instrumentos de evaluación, sino por la influencia del contexto y la interacción entre el niño y los informantes.

Sobre este grupo de edades (9 y 11 años), este estudio (Montiel-Nava y Peña, 2001) también establece que los padres identifican conductas generales de (TDAH) a diferencia de los maestros quienes observan de manera específica comportamientos de tipo hiperactivo/impulsivo. Con respecto a todos los grupos de edades se determinó que tanto padres como profesores cuando detectan en los niños/jóvenes comportamientos de inatención tienden además a establecer una relación significativa con problemas de

aprendizaje, lo cual sugiere que este trastorno puede presentarse de manera comórbida al (TDAH).

En otro estudio realizado por Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006), al comparar los datos obtenidos de niños y niñas, se expone que tanto padres como maestros asignan puntuaciones más altas a los niños que a las niñas, lo que hace importante tener en cuenta la variable género tanto al momento de evaluar como en el análisis de los datos, evitando de esta manera el sobrediagnóstico de los niños y el subdiagnóstico de las niñas.

Para la observación de conductas tanto en la investigación realizada por Ortiz-Luna y Acle-Tomasini, (2006) como en la de Montiel-Nava y Peña, (2001), al comparar los datos obtenidos de padres y maestros con los obtenidos de los niños, se hace evidente que para la detección de aspectos conductuales externos (inatención, agresión e hiperactividad) las mejores fuentes de información son los adultos, a diferencia de los aspectos internos (ansiedad, depresión o timidez) que son eficazmente detectados por los niños.

Finalmente, MacLeod et al., (1999) citados por Montiel-Nava y Peña (2001), reportan que los padres de familia tienden a percibir más problemas de conducta e hiperactividad en los niños en comparación con los maestros, por tanto la dimensión de hiperactividad tiende a ser más alta en las evaluaciones de este informante (padre ó madre), a diferencia del reporte obtenido de maestros con respecto al cual Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006), determinan que éstos tienden a identificar con más frecuencia conductas de inatención en los niños.

Sistema Familiar y TDAH

Teniendo en cuenta que los padres de familia son quienes deciden en primera instancia buscar ayuda para orientar la conducta del niño con (TDAH), se hace común que las investigaciones se dirijan entonces a indagar acerca de la relación que existe entre la dinámica familiar y la presencia del trastorno, de esta forma el primer aspecto que se establece en algunas investigaciones (Roselló et al., 2003; García-Castellar, 2006) hace referencia a factores que aunque no determinan la presencia del (TDAH) se sugiere que si condicionan la intensidad con que se manifiestan las conductas, entre ellos se encuentran: La depresión materna, los estilos disciplinarios excesivamente autoritarios o permisivos, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, sentimientos negativos de los padres hacia los hijos y refuerzos positivos escasos (Roselló et al., 2003; García-Castellar, 2006).

Los hallazgos de estas investigaciones (Roselló et al., 2003; García-Castellar, 2006) indican que las conductas de los padres y los niños con (TDAH) se influyen mutuamente, por lo cual la interacción entre ellos en la etapa preescolar se considera precursora del desarrollo de dificultades de comportamiento en edades posteriores, donde por ejemplo, un niño con (TDAH) con una dinámica familiar disruptiva puede predisponerse en la adolescencia a comportamientos que se caracterizan por más enfados durante las discusiones, comunicación negativa y utilizan la agresión para solucionar sus problemas.

Roselló et al., (2003) en su investigación acerca del sistema familiar de niños con (TDAH), establecieron la incidencia que tiene para los padres la presencia de este trastorno en uno de sus hijos, para ello emplearon tres cuestionarios relacionados con el impacto familiar, atribuciones y expectativas sobre el estudiante con (TDAH) y el

conocimiento y técnicas de manejo de dicho trastorno. A partir de ello, los resultados determinan que los padres de niños con este trastorno experimentan fuertes sentimientos de estrés y frustración por la concepción de no manejar adecuadamente el comportamiento del niño. De esta manera, la dimensión social de la familia se afecta debido a la disminución de encuentros familiares o con otras personas, a causa de la incomodidad que genera la conducta del niño y por la cual se sienten obligados a dar explicaciones ante cualquier suceso.

Adicionalmente, el costo económico que conlleva el apoyo psicoeducativo (el cual comprende el estilo de crianza y los gastos médicos) que genera la atención del trastorno, podría ser considerado una de las razones por las cuales se presentan desacuerdos y enfrentamientos en la relación de pareja, lo cual también se explica a partir de los conflictos en la relación entre hermanos, esto se puede confirmar con base en una investigación realizada por Kendall et al., (1999) citados por Roselló et al., (2003), en la cual se establece que los hermanos de niños con (TDAH) se sienten influidos de tres formas: Se perciben como víctimas de los abusos de sus hermanos, se ven obligados por sus padres a ejercer el rol de cuidador de su hermano y experimentan sentimientos de tristeza y derrota. Estos mismos autores (Kendall et al., (1999) citados por Roselló et al., 2003), también establecieron que recibir apoyo y el tipo de tratamiento escogido por la familia para orientar el comportamiento del niño, ejerce gran influencia en el sistema familiar, la manifestación y el pronóstico del (TDAH). De esta manera es posible argumentar que aunque el sistema familiar no condiciona la aparición del (TDAH), ni el tratamiento médico por sí sólo determina el control total de los síntomas, la ausencia de estos dos factores contribuyen a la exacerbación de la sintomatología propia del trastorno, por ello se considera relevante que los psicólogos

actúen como psicoeducadores en el sistema familiar (Roselló et al., 2003; García-Castellar, 2006).

Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El ámbito escolar constituye el espacio donde se hace más fácil la detección del trastorno ya que para el desempeño de tareas académicas se requiere la utilización de funciones cognitivas que normalmente se afectan cuando hay presencia de (TDAH). De acuerdo con ello, el incremento de la demanda de diagnóstico y orientación de niños con problemas de comportamiento en el colegio o con dificultades escolares, ha llevado a que se realicen las respectivas evaluaciones por sospecha de la presencia del (TDAH) o de trastornos de aprendizaje, lo que podría dar explicación a la prevalencia del 17.1% encontrada en la población Colombiana (Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera importante contar no sólo con personal experto, sino además con instrumentos que permitan evaluar las características y los elementos relacionados con los trastornos del desarrollo psicológico y neurológico (Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001), como lo son las entrevistas estructuradas, las escalas estandarizadas y la evaluación neuropsicológica, instrumentos con los cuales se puede realizar un perfil que describa el desempeño del niño a nivel cognitivo, motor, lingüístico y perceptivo, así como aspectos comportamentales y emocionales (García-Jimenez, Blasco-Arellano & López-Pisón, 2005).

Realizar el diagnóstico diferencial es indispensable para el pronóstico de este trastorno, por ello el evaluador requiere el uso de instrumentos, de la interconsulta y de la opinión de distintos profesionales con el fin de emitir un diagnóstico preciso, con el cual posteriormente se realice el abordaje multidisciplinar, contemplando no sólo el

aspecto farmacológico sino también el contexto psicosocial del niño y su familia, de tal forma que se realice un adecuado seguimiento y control de la eficacia del tratamiento (García-Jimenez, López-Pisón & Blasco-Arellano, 2005).

Es a partir de la evaluación de factores biológicos, genéticos y ambientales, donde se pueden obtener datos para construir el perfil neuropsicológico del niño, con el fin de comprender su totalidad e integrar su funcionamiento neurológico y neuropsicológico con otros aspectos de su vida, realizar un diagnóstico preciso y determinar posibles deficiencias y habilidades neuropsicológicas de tal forma que se puedan diseñar e implementar estrategias apropiadas que le permitan al niño cumplir con objetivos educativos y con tareas en el ámbito social y familiar, mejorando así su calidad de vida. Así mismo, el profesional puede brindar a la familia y a la escuela información que les permita comprender y orientar de manera más asertiva al niño, así como sobrellevar y adaptarse a sus cambios y necesidades (Buyer, 2006).

Instrumentos de Evaluación

Realizar el diagnóstico del (TDAH) se considera una tarea que exige gran precisión y certeza, por ello el evaluador utiliza determinadas entrevistas estructuradas o semiestructuradas, que combinadas con su preparación y experticia pueden arrojar el diagnóstico de este trastorno.

Entrevista estructurada.

Es considerada el Gold Estándar para el diagnóstico de (TDAH) y debe ser aplicada por un psiquiatra, psicólogo o una persona experta, se desarrolla en forma de preguntas a los padres de familia para indagar acerca de diversos aspectos relacionados con el desarrollo físico y mental del niño de acuerdo con los criterios presentes en el DSM-IV-

TR (2002), permitiendo al clínico establecer el diagnóstico psiquiátrico, ya sea de (TDAH) u otros trastornos que pueden presentarse de manera comórbida a éste.

Algunos de los ítems que se evalúan en esta entrevista son: Datos demográficos, trastornos del comportamiento, trastornos del ánimo, trastornos distímico, de la ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la eliminación, trastornos generalizados del desarrollo, retardo mental y trastornos de tics (Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001).

Sin embargo, teniendo en cuenta que las características sintomáticas del (TDAH) son similares a las de otros trastornos, en algunas ocasiones es difícil obtener el diagnóstico correcto con sólo estas entrevistas, por ello, en situaciones de duda, los evaluadores recurren adicionalmente al uso de instrumentos tales como cuestionarios y escalas estandarizadas que permiten obtener resultados cuantificables, que pueden ser relativamente objetivos, precisos y confiables (Puerta, 2004). Entre las escalas estandarizadas empleadas en Colombia para los estudios relacionados con (TDAH), algunos estudios han recurrido al uso de la Check List para TDAH (Pineda et al., 1999a) y a la (EMC) para determinar posibles comorbilidades (Puerta, 2004).

Check list: lista de síntomas para TDAH.

Es una escala que evalúa los comportamientos de atención y actividad motora, cuyo objetivo es el diagnóstico unidimensional o categórico, y que se construye de acuerdo con los síntomas del criterio A del DSM-IV-TR (2002) para la identificación de las tres dimensiones fundamentales del (TDAH): Inatención, hiperactividad e impulsividad. Esta escala es aplicable a padres y maestros (Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001).

Escala multidimensional de la conducta.

La escala fue diseñada para facilitar el diagnóstico de la clasificación pedagógica de una variedad de desordenes emocionales y de la conducta, es aplicable a tres fuentes de información (niño, padres, maestros) y se considera de utilidad para la facilitación y orientación del diagnóstico del trastorno por Deficiencia Atencional (Bará-Jimenez, Vicuña, Pineda & Henao, 2003), de igual forma, este instrumento también puede ser de utilidad para ayudar en el diseño de planes de intervención, teniendo en cuenta que proporciona información sobre la posible presencia de trastornos de la conducta o del estado de ánimo y además permite identificar aspectos relacionados con atributos positivos y fortalezas que pueden guiar el proceso de tratamiento (Puerta, 2004), proporcionando información sobre varios aspectos de la conducta y de la personalidad, incluyendo:

- Las dimensiones negativas-clínicas en las escalas de padres y maestros: hiperactividad, agresión, problemas de conducta, depresión, somatización, ansiedad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad y aislamiento. En la escala de autoinforme abarcan actitud hacia el colegio, actitud hacia los profesores, depresión, somatización, locus de control, búsqueda de sensaciones, sensación de inadecuación, ansiedad, estrés social y atipicidad.
- Las dimensiones positivas-adaptativas en las escalas de padres y maestros: adaptabilidad, compañerismo, habilidades sociales y habilidades en el estudio. En la escala de autoinforme comprende autoconfianza, autoestima, relación con padres y relaciones interpersonales.

Cada componente de la escala fue diseñado para el tipo de persona que lo contesta (niño, padre, maestro), teniendo en cuenta que algunos comportamientos se hacen

evidentes en un determinado ambiente y en otro no, por lo cual cada informante puede referir datos relacionados con las conductas y la emotividad del niño en un ambiente específico (Puerta, 2004).

Evaluación Neuropsicológica

Algunas de las pruebas que permiten llevar a cabo la evaluación e integrar un protocolo neuropsicológico y que están orientadas a determinar el nivel de desempeño característico de los niños con (TDAH) fundamentalmente en procesos como memoria y funciones ejecutivas son:

Subprueba de control mental de la escala de memoria de Wechsler (Wechsler, 1996 citado por Spreen & Strauss, 1998): Permite evaluar memoria de trabajo y memoria semántica (García, Lopera & Pineda, 2006).

Prueba de ejecución continua auditiva tarea de vigilancia continua de Strub y Black, 1977 citado por Spreen & Strauss, 1998): Es un test de vigilancia que además evalúa atención sostenida (García, Lopera & Pineda, 2006).

Curva de memoria visuoverbal (Spreen & Strauss, 1998): Se obtiene una curva de memoria visuoverbal de acuerdo al desempeño del sujeto (García, Lopera & Pineda, 2006).

Test de ordenamiento de tarjetas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 1981): El objetivo del test es acceder a la habilidad que tiene el examinado para abstraer conceptos, mantenerlos correctos y utilizar la retroalimentación que se le da para modificar el comportamiento (García, Lopera & Pineda, 2006).

Prueba de fluidez verbal semántica y fonológica (FAS) (Lezak, 1995): El propósito de esta prueba es evaluar la producción espontánea de palabras de acuerdo a una categoría previamente acordada, se ha propuesto que el FAS fonológico se relacionaría

más con la función ejecutiva del comportamiento verbal, mientras que el semántico se relacionaría con las funciones del lenguaje encargadas de los procesos de significación (García, Lopera & Pineda, 2006).

Copia de la figura compleja de Rey (Lezak, 1995): Es utilizada para la evaluación de la actividad perceptiva, de las praxias constructivas (copia), de la memoria visual y memoria no verbal (reproducción inmediata o diferida) (García, Lopera & Pineda, 2006).

Test de Stroop (Golden, 1994): Este test permite evaluar la capacidad del sujeto para clasificar información de su entorno, para reaccionar selectivamente a esa información y determinar la presencia de interferencia cognitiva.

Torre de Hanoi: Es una prueba que Newell y Simon, (1972) citados por Bull, Espy & Senn, (2004), utilizaron para explicar la tarea de solución de problemas, planificación y toma de decisiones.

A partir de la anterior revisión teórica, es posible determinar que la importancia de llevar a cabo investigaciones que nos permitan tener mayor conocimiento acerca de la etiología, las implicaciones y la evaluación del (TDAH) tanto en el ámbito clínico como en el educativo, es brindar herramientas que permitan tanto a profesionales del área (psiquiatras, psicólogos, neurólogos e investigadores en general) como a los maestros y padres de familia comprender la forma como se manifiesta la sintomatología de este trastorno en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el niño, permitiendo de esta manera el diseño y la implementación de estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad del vida del menor en su contexto familiar, social y escolar.

Metodología

Método

La presente investigación se caracteriza por tener un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y de tipo comparativo, consistiendo en la aplicación de instrumentos a diferentes sujetos, para posteriormente compararlos entre sí.

Población

Padres de familia y maestros de niños escolarizados con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años, pertenecientes al Colegio de La Presentación y la Escuela Normal Superior de Bucaramanga

Muestra

Padres de familia y maestros de niños escolarizados con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años, pertenecientes al Colegio de La Presentación (59 niños, 59 padres y 12 maestras) y la Escuela Normal Superior de Bucaramanga (31 niños, 31 padres y 15 maestras), en total 207 personas evaluadas, 130 del colegio privado y 77 del colegio público.

Grupo de Niños. Conformado por 90 niños entre los 8 y 11 años de edad, de ambos géneros, que fueron reportados por padres ó maestros con posibles dificultades de atención o excesiva actividad motora, participando en el colegio público 31 niños (14 niñas y 17 niños) y en el colegio privado 59 niños (36 niñas y 23 niños).

Grupo de padres, acudientes o cuidadores. Conformado por 90 padres, acudientes o cuidadores (según era el caso) que estuvieran a cargo del menor, participando en el colegio público 31 padres y en el colegio privado 59 padres.

Grupo de maestros. Conformado por los maestros de los niños reportados con síntomas de inatención o excesiva movilidad, participando en el colegio público 15

maestros y en el colegio privado 12 maestras. La vinculación de los maestros al proyecto dependía de la disposición de ellos a participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Inclusión

Grupo de niños.

1. Ser reportado por el padre o maestro con posible sintomatología de (TDAH) de acuerdo a su propio criterio.
2. Edad comprendida entre los 8 y los 11 años.
3. Autorización escrita de los padres a través de la firma del consentimiento informado.

Grupo de Colegios.

1. Carácter del colegio (público o privado).
2. Disposición para participar en el proyecto adecuando el espacio y las condiciones necesarias para realizar la investigación.

Criterios de Exclusión

1. Presencia en el niño de algún trastorno médico que pueda explicar la conducta de inatención, hiperactividad o impulsividad, aspecto que fue preguntado al padre en el momento de la vinculación al proyecto y corroborado durante la aplicación de los instrumentos de evaluación.
2. La no disposición de los maestros para diligenciar los formatos de evaluación.

Instrumentos

Hoja de registro. A través de este instrumento se recopilaban los datos personales y los antecedentes tanto familiares como personales del niño, importantes para el estudio (Ver anexo 1).

Check list para (TDAH). Es una escala que evalúa los comportamientos de atención y actividad motora cuyo objetivo es el diagnóstico unidimensional o categórico, y que se construye de acuerdo con los síntomas del criterio A del DSM-IV-TR (2002) para el diagnóstico del (TDAH) y puede ser aplicable a padres y maestros. (Pineda et al., 1999a; Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001) (Ver anexos 2 y 3). La escala está compuesta por 18 ítems que corresponden a los síntomas de (TDAH) y están distribuidos de la siguiente forma: 9 de ellos para inatención, 6 para hiperactividad y 3 para impulsividad. La puntuación asignada a los ítems puede ser (0) casi nunca, (1) algunas veces (2) muchas veces y (3) casi siempre y la puntuación mínima para la escala total es 0 y la máxima es 54 de acuerdo con la escala estandarizada en población colombiana por Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio (2001) (Ver anexo 4).

Escala multidimensional de la conducta (EMC). De acuerdo con Reynolds y Kamphaus, (1996) citados por Puerta y Ríos, (2001) contiene tres escalas (padres, maestros y autoinforme del niño) que proporcionan información sobre varios aspectos de la conducta como la hiperactividad y los problemas de atención, y de la personalidad como depresión y ansiedad, entre otras (Puerta, 2004) (Ver anexos 5, 6, y 7).

Esta prueba incluye dimensiones positivas-adaptativas las cuales están conformadas en las escalas de padres y maestros por ítems que evalúan adaptabilidad, compañerismo, habilidades sociales y habilidades en el estudio y en el autoinforme se evalúa autoconfianza, autoestima, relación con padres y relaciones interpersonales. Adicionalmente, incluye dimensiones negativas-clínicas que están conformadas en las escalas de padres y maestros por ítems de hiperactividad, agresión, problemas de conducta, depresión, somatización, ansiedad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad y aislamiento y en el autoinforme se evalúa actitud hacia el

colegio, actitud hacia los profesores, depresión, somatización, locus de control, búsqueda de sensaciones, sensación de inadecuación, ansiedad, estrés social y atipicidad. Esta escala facilita el diagnóstico de la clasificación pedagógica de una variedad de desordenes emocionales y de la conducta, orientando el diseño de planes de intervención.

El Software para su calificación, está diseñado de acuerdo con el Behavior Assessment System for Children (BASC) de Reynolds y Kamphaus, (1996) citados por Puerta y Ríos, (2001) que brinda un reporte de las puntuaciones directas obtenidas con sus respectivas puntuaciones descriptivas, este instrumento fue adaptado en la Ciudad de Medellín por el Grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad de San Buenaventura, el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, el Instituto Neurológico de Antioquia (INDEA) y la Universidad de Georgia (Puerta & Ríos, 2001; Puerta, 2004). Es relevante señalar que El Grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad San Buenaventura proporcionó el software de calificación de la (EMC) y adicionalmente brindó a las investigadoras del presente estudio la capacitación con respecto a la instalación y ejecución de dicho software para lograr calificar las escalas aplicadas a padres, maestros y niños.

Procedimiento

Fase 1. Inicialmente se estableció contacto con los colegios (Ver anexo 8) y se realizó la selección de la muestra de niños, padres y maestros con la cual se trabajó, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados.

Fase 2. Posteriormente se invitó a cada uno de los padres de familia de los niños a participar en el estudio (Ver anexo 9), presentando el documento de consentimiento informado (Ver anexo 10), con el cual se autorizaba la participación de los menores en

el estudio, así mismo los docentes firmaron un compromiso para participar en la investigación diligenciando los instrumentos por cada uno de los niños reportados (Ver anexo 11). Para ello se llevó a cabo el siguiente plan de acción:

- Reunión con padres de familia de los cursos vinculados al proyecto (tercero, cuarto, quinto primaria y sexto bachillerato), en la cual se dio a conocer el estudio y se obtuvo el reporte de los niños con dificultades de atención o excesiva movilidad.
- Reunión con maestros, para dar a conocer el proyecto y las actividades con las que ellos se comprometían a participar por medio de la firma del consentimiento informado.
- Segundo encuentro con docentes para obtener el reporte de los niños que consideraron podían ser vinculados al estudio, por presentar posible dificultad de atención o excesiva actividad motora.
- Entrevista con padres de familia para solicitar la autorización de la participación del niño mediante la firma del consentimiento informado y se aplicaron las dos pruebas de evaluación.
- Encuentros individuales con cada docente, para diligenciar los formatos de evaluación de cada niño reportado.
- Entrevista con el niño para diligenciar el formato de autoinforme.
- A partir de la solicitud de informe diligenciada por cada padre de familia (Ver anexo 12), se estableció un encuentro individual con el padre del estudiante evaluado, con el objetivo de realizar la devolución de los datos ofreciendo una orientación básica a partir del perfil conductual identificado en el niño.

Fase 3. Se procesaron y se analizaron los resultados, teniendo en cuenta todas las comparaciones propuestas.

Fase 4. Se elaboró un informe en el cual se recopilaron los resultados y los datos obtenidos por medio de la investigación.

Fase 5. Con base en el proceso de acompañamiento, capacitación y asesoría a padres y maestros se realizó un manual de orientación que abarca los aspectos generales del (TDAH) y aspectos específicos sobre el manejo del trastorno en el ambiente familiar y escolar (Ver anexo 13).

Análisis de los Datos

Para llevar a cabo el análisis de resultados se creó una base de datos en Microsoft Excel la cual se exportó al programa estadístico STATA 9.2 (2005), en donde se evaluó la concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros, utilizando el análisis de coeficiente de correlación intraclase (CCI) para variables continuas, teniendo en cuenta la sumatoria total de los ítems que componen la Check List (versión padres y maestros) (Pineda et al., 1999a) y la (EMC) (versión padres, maestros y niños) (Puerta, 2004).

Posteriormente, se generó el grupo de variables dicotómicas (presencia o ausencia de inatención, hiperactividad o combinado) y se analizaron por medio de la Kappa de Cohen, teniendo en cuenta para determinar el nivel de concordancia la siguiente puntuación estándar (Norman, & Streiner, 1996):

Tabla 1

Valoración del índice Kappa y del CCI

Valoración del Índice Kappa y del CCI	
Valor de K y de CCI	Fuerza de la Concordancia
Significativamente Baja	< 0.20
Baja	0.21 – 0.40
Moderada	0.41 – 0.60
Alta	0.61 – 0.80
Significativamente Alta	0.81 – 1.00

Adicionalmente, para realizar el análisis de resultados se tuvo en cuenta el Reporte inicial (Ri) de padres y maestros, el cual consistió en indagar, antes de realizar las evaluaciones, acerca de la percepción que ambos informantes tenían sobre el

comportamiento del menor de acuerdo con las siguientes categorías: comportamiento inatento; comportamiento hiperactivo-impulsivo; comportamiento combinado (inatento/hiperactivo-impulsivo); u otros comportamientos. Del mismo modo, a partir de las evaluaciones realizadas con la Check List (Pineda et al., 1999a) se obtuvo el reporte final de padres (Rfp) y de maestros (Rfm), con respecto a este instrumento, el formato para la evaluación con padres aborda no sólo la evaluación categórica de los síntomas característicos del (TDAH) como lo hace el del maestro (inatención, hiperactividad-impulsividad, combinado), sino que además contempla otros criterios para (TDAH) (B, C, D y E) de acuerdo con el DSM IV TR, (2002) que permiten establecer una impresión diagnóstica, es por ello que con el Reporte final de padres se realizan el mayor número de comparaciones.

Resultados

Descripción de la Muestra

Para el desarrollo de la investigación la muestra final se conformó por 90 niños de edades comprendidas entre los 8 y 11 años pertenecientes a colegios del sector público y privado, de los cuales 50 eran niñas con un promedio de edad (9.43 ± 0.76) en el sector público y (9.56 ± 1.23) en el sector privado y, 40 niños con un promedio de (9.76 ± 0.83) para el sector público y de (9.52 ± 0.99) para el sector privado, cuyo nivel de escolarización abarcó grados desde tercero primaria a sexto bachillerato. Por cada niño vinculado a la investigación se evaluó el respectivo padre de familia o acudiente (90 padres de familia) así como el docente director de grupo (27 profesores).

Tabla 2

Promedio de edades de acuerdo al género y al sector del colegio.

Género	Sector del Colegio	
	Público	Privado
Femenino	MD 9.43 DE 0.76	MD 9.56 DE 1.23
Masculino	MD 9.76 DE 0.83	MD 9.52 DE 0.99

Nota. Edad media (**MD**) y desviación estándar (**DE**) de la muestra según el género y el sector del colegio.

La muestra fue preseleccionada (por conveniencia) de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión, de esta manera se trabajó con un colegio de carácter público y uno de carácter privado, donde inicialmente se propuso vincular al estudio los grados desde tercero primaria a sexto de bachillerato. Sin embargo, teniendo en cuenta que la

participación de los profesores fue de carácter voluntario y algunos de ellos no aceptaron participar por razones como falta de tiempo, poca disposición para responder a los cuestionarios y poco interés en el estudio, de la población se excluyeron los cursos de tercero y sexto en el colegio público (494 niños) y algunos niños del colegio privado pertenecientes a los diferentes grados (4 niños), finalmente la muestra quedó conformada en el colegio público por los grados cuarto y quinto de primaria y en el colegio privado por los grados tercero, cuarto y quinto de primaria y sexto de bachillerato.

Tabla 3

Distribución de la muestra por sector del colegio.

Género	Sector Público			Sector Privado			Total
	Cuarto	Quinto	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	
Niñas	11	3	10	9	9	8	50
Niños	7	10	7	8	3	5	40
Total	18	13	17	17	12	13	90

Comparación intraevaluador de los datos de la Check List con los de la (EMC)

La comparación de los datos se realizó por medio de un análisis intraevaluador en el cual se tomaron las respuestas de un mismo sujeto con respecto al primer instrumento que es la Check List (Pineda et al., 1999a) y se comparan con los resultados de la (EMC) (Puerta, 2004) que respondió el mismo sujeto.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por los padres en la Check List (Pineda et al., 1999a) para las variables de inatención, hiperactividad y comportamiento combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad), así como en la (EMC) (Puerta, 2004) para las variables de problemas atencionales y de hiperactividad, este análisis a su

vez fue realizado con las evaluaciones de los maestros y por medio del análisis Kappa de Cohen se determinó la concordancia entre los instrumentos a partir de los datos obtenidos tanto de padres como de maestros.

Con respecto a la evaluación de padres, de los 90 casos estudiados en la investigación se identificaron 17 casos positivos para la variable de inatención en la Check List (Pineda et al., 1999a) a diferencia de la (EMC) (Puerta, 2004) en la cual se presentaron 29 casos, concordando de esta manera las dos pruebas en la detección de inatención en sólo 10 casos. De esta manera, se establece que el nivel de concordancia entre las dos pruebas con respecto a dicha variable fue de (Kappa 0.26) lo que la ubica en un nivel bajo. En lo que refiere a la concordancia del maestro, se encontró que ésta fue de (Kappa 0.38), baja en referencia a <0.20 como está establecido en la valoración del índice de Kappa. El total de casos en los que los maestros concordaron fueron 12, arrojando la Check List (Pineda et al., 1999a) un total de 19 y la (EMC) (Puerta, 2004) un total de 26 casos en los que se detecta la conducta de inatención.

Utilizando el mismo método de análisis intraevaluador para la variable de hiperactividad-impulsividad en los resultados de los padres se presentó una concordancia moderada (Kappa 0.58) en la identificación de 3 casos entre la Check List (Pineda et al., 1999a) y la (EMC) (Puerta, 2004), sin embargo en cada una de las pruebas se presentan 2 casos más de niños con conducta hiperactiva. En los datos de los maestros se observan 2 casos de conducta hiperactiva con concordancia significativamente baja (Kappa 0.19) entre la Check List (Pineda et al., 1999a) y la (EMC) (Puerta, 2004), aunque en cada una de las pruebas se exhiben de manera aislada 9 y 3 casos más respectivamente.

En la evaluación de padres para el subtipo de (TDAH) combinado se obtuvo una concordancia baja (Kappa 0.31) ya que las dos pruebas identificaron 6 casos, adicionalmente la Check List (Pineda et al., 1999a) detecta 2 casos más y la (EMC) (Puerta, 2004) 25 casos de niños con la conducta característica de este subtipo.

Tabla 4

Análisis intraevaluador para la concordancia entre la Check List y la (EMC).

Padres								
Subtipo de TDAH	C+E+	C+E-	C-E+	C-E-	A. Obs.	A. Esp.	Kappa	EE
Inatención	10	7	19	54	71.11%	61.06%	0.26	0.10
Hiperactividad-Impulsividad	3	2	2	83	95.56%	89.51%	0.58	0.11
Combinado	5	2	14	69	82.22%	74.40%	0.31	0.09
Maestros								
Subtipo de TDAH	C+E+	C+E-	C-E+	C-E-	A. Obs.	A. Esp.	Kappa	EE
Inatención	12	7	14	57	76.67%	62.20%	0.38	0.10
Hiperactividad-Impulsividad	2	9	3	76	86.67%	83.58%	0.19	0.10
Combinado	6	2	25	57	70.00%	62.79%	0.19	0.08

Nota. Concordancia entre la Check List (C) y la (EMC) (E) tanto de padres como de maestros, de acuerdo con la presencia (+) ó ausencia (-) del subtipo de (TDAH). Además se muestra el acuerdo observado (A. Obs.), el acuerdo esperado (A. Esp.), la Kappa y el error estándar (E.E.)

Comparación interevaluador de los datos de la Check List con los de la (EMC)

Para realizar la comparación de los datos entre padres y maestros se hizo un análisis interevaluador con base en los resultados obtenidos en la Check List (Pineda et al., 1999a) y la (EMC) (Puerta, 2004) para las variables de inatención, hiperactividad-impulsividad y comportamiento combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad).

Es así como en la Check List (Pineda et al., 1999a) se encontró un nivel de concordancia significativamente bajo de acuerdo con el análisis Kappa (inatención 0.10,

hiperactividad-impulsividad 0.19 y combinado 0.23) de cada una de los subtipos de (TDAH), lo cual se explica porque padres y maestros en la variable de inatención solamente coinciden en la identificación de 5 casos y en las variables de hiperactividad-impulsividad y combinado en 2 casos. Así mismo los datos de padres obtenidos por medio de esta prueba permiten establecer la identificación adicional de 12 casos de inatención, 3 de hiperactividad-impulsividad y 5 de combinado, evidenciándose adicionalmente 14 casos de inatención, 9 de hiperactividad-impulsividad y 6 casos de comportamiento combinado identificados por los maestros.

Comparando los datos anteriores de la Check List (Pineda et al., 1999a) con los datos que arroja la (EMC) (Puerta, 2004) se observa que mediante la evaluación con este último instrumento tanto padres como maestros realizan una mayor identificación de conductas de inatención, ya que de los 90 casos estudiados los padres detectaron 48 niños con inatención y los maestros 57 niños, presentando entre ellos una concordancia significativamente baja (Kappa 0.07) en sólo 32 de estos casos. Con la evaluación de la (EMC) (Puerta, 2004) respecto a la variable de hiperactividad-impulsividad los padres reportan 24 casos y los maestros 36, de los cuales se presenta concordancia baja (Kappa 0.22) en 14 de ellos y para la variable combinado los padres identificaron 19 casos y los maestros 31, presentándose concordancia significativamente baja (Kappa 0.19) en 10 casos.

Tabla 5

Análisis interevaluador para la concordancia entre padres y maestros

Check List								
Subtipo de TDAH	P+M+	P+M-	P-M+	P-M-	A. Obs.	A. Esp.	Kappa	EE
Inatención	5	12	14	59	71.11%	67.98%	0.10	0.11
Hiperactividad- Impulsividad	2	3	9	76	86.67%	83.58%	0.19	0.10
Combinado	2	5	6	77	88.89%	85.63%	0.23	0.10

EMC								
Subtipo de TDAH	P+M+	P+M-	P-M+	P-M-	A. Obs.	A. Esp.	Kappa	EE
Inatención	32	16	25	17	54.44%	50.89%	0.07	0.10
Hiperactividad- impulsividad	14	10	22	44	64.44%	54.67%	0.22	0.10
Combinado	10	9	21	50	66.67%	58.99%	0.19	0.10

Nota. Concordancia entre Padres (**P**) y Maestros (**M**) de acuerdo con la presencia (+) ó ausencia (-) del subtipo de (TDAH). Además se muestra el acuerdo observado (**A. Obs.**), el acuerdo esperado (**A. Esp.**), la Kappa y el error estándar (**E.E.**)

Comparación entre el Reporte Inicial de Padres y Maestros y los Resultados Obtenidos de la Check List de Padres

Una de las variables que se tuvo en cuenta para determinar si se presentaba tipificación sobre la conducta de los niños fue el reporte inicial del padre y del maestro, para obtener dicho reporte se indagó a los informantes acerca de su percepción sobre el comportamiento del niño de acuerdo con 4 categorías propuestas: inatención; hiperactividad-impulsividad; combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad); u otros comportamientos. Es relevante señalar que esta información fue solicitada antes de realizar la evaluación, posteriormente este reporte se comparó con la segunda variable denominada reporte final que consiste en la impresión diagnóstica obtenida a partir de los resultados de la Check List de padres (Pineda et al., 1999a) donde se incluyen todos los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, (2002).

De esta forma, se establece que la concordancia entre el reporte inicial y los resultados de la Check List (Pineda et al., 1999a) de los padres es baja en los subtipos

del (TDAH) inatento e hiperactivo-impulsivo (Kappa 0.26 y 0.32 respectivamente) y significativamente baja para el subtipo combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad) (Kappa 0.07). Es así como para el subtipo de inatención se tiene un reporte inicial de 51 casos y la concordancia con el reporte final se presenta en sólo 16 casos, sin embargo, surge un caso adicional de conducta inatenta que no había sido reportado inicialmente. Con respecto a la conducta de hiperactividad-impulsividad se obtuvo un reporte inicial de 11 casos de los cuales sólo se presenta concordancia en 3 de ellos y se identifican 2 casos adicionales, Por último, en el subtipo combinado inicialmente son reportados 8 casos encontrándose concordancia con el reporte final en sólo 1 de ellos, así mismo se identificaron 5 casos nuevos para este subtipo.

Con respecto a la evaluación de los maestros la concordancia entre el reporte inicial y el reporte final para el subtipo de inatención fue baja (Kappa de 0.31), ya que de 47 casos reportados inicialmente sólo se halló concordancia en 17 casos, además de los casos que no fueron reportados se identificaron 2 que finalmente cumplían con los criterios para el subtipo de inatención. En cuanto a la conducta de hiperactividad-impulsividad se halló un nivel de concordancia moderada (Kappa 0.47), en donde se presentan 18 casos con base en el reporte inicial pero la concordancia se establece en sólo 8 de ellos, teniendo en cuenta además la aparición de 3 casos nuevos. Para el subtipo combinado se establece una concordancia significativamente baja (Kappa 0.18) ya que de los 8 casos obtenidos del reporte inicial sólo se confirman 2 casos con conducta combinada según el reporte final, con base en el cual también se determina la existencia de 6 casos nuevos.

Tabla 6

Concordancia entre el reporte inicial de padres y maestros y los resultados obtenidos en la Check List de padres.

Reporte Inicial Padres								
Subtipo de TDAH	Ri+Rfp+	Ri+Rfp-	Ri-Rfp+	Ri-Rfp-	A. Obs.	A. Esp.	Kappa	EE
Inatención	16	35	1	38	60.00%	45.85%	0.26	0.08
Hiperactividad-Impulsividad	3	8	2	77	88.89%	83.58%	0.32	0.10
Combinado	1	7	5	77	86.67%	85.63%	0.07	0.10
Reporte Inicial Maestros								
Subtipo de TDAH	Ri+Rfp+	Ri+Rfp-	Ri-Rfp+	Ri-Rfp-	A. Obs.	A. Esp.	Kappa	EE
Inatención	17	30	2	41	64.44%	48.72%	0.31	0.08
Hiperactividad-Impulsividad	8	10	3	69	85.56%	72.67%	0.47	0.10
Combinado	2	6	6	76	86.67%	83.80%	0.18	0.11

Nota. Concordancia entre el reporte inicial (**Ri**) de padres y maestros y el reporte final de padres (**Rfp**) de acuerdo con la presencia (+) ó ausencia (-) de la conducta relacionada con el subtipo de (TDAH). Además se presenta el acuerdo observado (**A. Obs.**), el acuerdo esperado (**A. Esp.**), la Kappa y el error estándar (**E.E.**).

Impresión Diagnóstica de Niños con (TDAH) Basada en el Reporte Final de Padres y Maestros

Con base en la distribución de la tabla 7 es posible determinar que a partir de la evaluación realizada a padres se obtuvo un total de 28 casos que cumplieron los criterios A, B, C, D y E del DSM IV-TR, (2002) para presentar algún subtipo de (TDAH). Así mismo, los resultados de maestros arrojan 38 casos con algún subtipo de (TDAH) lo que permite determinar que el acuerdo entre los dos informantes con respecto a la identificación del trastorno se da en solo 12 de estos casos.

Tabla 7

Impresión Diagnóstica de Niños con (TDAH) Basada en el Reporte Final de Padres y

Maestros

Reporte de Padres y Maestros			
	M-	M+	Rfp
P-	36	26	62
P+	16	12	28
Rfm	52	38	90

Nota. Casos identificados con presencia (+) o ausencia (-) de (TDAH) según la evaluación realizada a padres (**P**) y maestros (**M**), con lo cual se obtiene el reporte final de padres (**Rfp**) y maestros (**Rfm**) que representa el número total de niños que cumplieron con los criterios para algún subtipo de (TDAH).

Casos Identificados con Posible (TDAH) Según el Sector del Colegio

Para poder determinar el número de casos identificados en cada sector de colegio se tomó el reporte final de padres el cual permitía identificar los casos que cumplieron con todos los criterios para presentar algún subtipo de (TDAH), determinando así que en el sector público de 31 niños evaluados 15 cumplieron con la sintomatología completa del trastorno, a diferencia del sector privado en el que se evaluaron 59 casos obteniendo un total de 13 niños con algún subtipo de (TDAH). De esta forma, la evaluación realizada por medio de la Check List de padres arrojó un total de 28 casos que exhiben los síntomas del trastorno.

Tabla 8

Casos identificados con posible (TDAH) según el sector del colegio

TDAH por sector del colegio			
	Rfp-	Rfp+	Total
Público	16	15	31
Privado	46	13	59
Total	62	28	90

Nota. Casos con presencia (+) o ausencia (-) de (TDAH) según el reporte final de padres (**Rfp**), teniendo en cuenta para la distribución el sector del colegio, ya sea **público** o **privado**.

*Comparación entre el Reporte Final de la Check List y las Conductas de Ansiedad,
Depresión y Atipicidad Evaluadas por la (EMC).*

Para identificar qué conductas se presentan de forma paralela al (TDAH) se tomó en cuenta la (EMC) (Puerta, 2004) la cual hace un barrido general del comportamiento del niño de acuerdo con cada escala. Se escogieron las conductas que son evaluadas tanto en la escala del padre, como en la del maestro y el autoinforme obteniendo así las variables de ansiedad, depresión y atipicidad las cuales fueron analizadas con los 28 casos identificados con (TDAH) por medio del reporte final de padres.

Con respecto a la percepción de ansiedad de los 28 casos reportados con (TDAH) el mayor número de casos identificados con conducta ansiosa se da a partir de la evaluación del maestro con 15 casos, seguido por los 11 casos en los que los niños consideran, a través del autoinforme, que presentan dicha variable y finalmente son los padres quienes identifican el menor número de conducta ansiosa identificada (1 caso). Sin embargo es necesario tener en cuenta que el total de casos en los que la evaluación del padre, del maestro y del niño permitió evidenciar conducta ansiosa fue 14, 44 y 44 respectivamente.

En la variable de depresión el número de casos reportados con esta conducta por cada informante fue menor en comparación con las variables de ansiedad y atipicidad, ya que del total de los 28 casos con algún subtipo de (TDAH), los maestros identificaron 16 casos, los padres 14 y los niños 12. Adicionalmente, para esta variable también se presentaron de manera aislada 20 casos identificados por padres, 28 por maestros y 17 por los niños. Finalmente, en la variable atipicidad la cual es presentada por Puertas, (2004) como la tendencia a comportarse de manera inmadura, “extraña” para la edad del niño y a veces asociada con psicosis (alucinaciones visuales o auditivas), los resultados

de los padres arrojaron 51 casos con dicha conducta, de los cuales sólo 16 presentan un subtipo de (TDAH). Por otro lado, los datos arrojados por la evaluación de los maestros, mostraron 29 casos con atipicidad pero sólo 13 de ellos presentan además (TDAH). Por último, según los resultados de los niños existen 30 casos de atipicidad donde sólo 11 cumplen con los criterios para algún subtipo de (TDAH).

Tabla 9

Comparación entre el reporte final y las conductas de ansiedad, depresión y atipicidad evaluadas por la (EMC)

Ansiedad					
	Rfp+Ransi+	Rfp+Ransi-	Rfp-Ransi+	Rfp-Ransi-	p χ^2
Padre	1	27	13	49	0.04
Maestro	15	13	29	33	0.55
Niño	11	17	33	29	0.22
Depresión					
	Rfp+Rdepr+	Rfp+Rdepr-	Rfp-Rdepr+	Rfp-Rdepr-	p χ^2
Padre	14	14	20	42	0.11
Maestro	16	12	28	34	0.29
Niño	12	16	17	45	0.15
Atipicidad					
	Rfp+Ratip+	Rfp+Ratio-	Rfp-Ratip+	Rfp-Ratip-	p χ^2
Padre	16	12	35	27	0.95
Maestro	13	15	16	46	0.05
Niño	11	17	19	43	0.42

Nota. Concordancia entre el reporte final (**Rf**) del padre que determina la presencia (+) ó ausencia (-) de algún subtipo de (TDAH) y el reporte de ansiedad (**Ransi**), depresión (**Rdepr**) y atipicidad (**Ratip**) obtenido por la (EMC) del padre, del maestro y del niño. Además se muestra la probabilidad (**p χ^2**) de que la conducta sea reportada.

En este último análisis es importante resaltar que con respecto a la variable de ansiedad evaluada por los padres se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p\chi^2 = 0.04$) en el reporte final de padres, donde sólo 1 caso con (TDAH) presentaba además conducta ansiosa. Para la variable de atipicidad evaluada por los maestros también se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p\chi^2 = 0.05$) en el reporte

final de padres, en este caso de los 28 niños con (TDAH) 13 exhibían además conducta atípica.

Discusión

El interés por llevar a cabo el presente estudio sobre el (TDAH) surge a partir de lo reportado en la literatura acerca de la alta prevalencia de este trastorno en el contexto Colombiano (17.1%) (Pineda, Castellanos, Henao, Lopera & Palacio, 2001), así como por la observación realizada durante anteriores procesos de práctica en psicología, donde se evidenció que padres y maestros realizan frecuentemente reportes de inatención o excesiva movilidad en los niños escolarizados, caracterizándose dichos reportes por la no concordancia entre estos dos informantes. Es así como la presente investigación se orientó principalmente a determinar la existencia de concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga.

Para lograr establecer dicha concordancia entre los informantes durante la evaluación se implementaron dos instrumentos basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, (2002): la Check List para (TDAH) (Pineda et al., 1999a) y la (EMC) (Puerta, 2004), de esta manera, se obtienen los datos que a través del análisis estadístico ofrecen información sobre la caracterización de la muestra por edad y sector del colegio, el nivel de concordancia intraevaluador e interevaluador, la relación existente entre el reporte inicial de padres y maestros y la evaluación conductual de los niños que los informantes realizaron por medio de la Check List. Finalmente, se identifican los casos que cumplen con los criterios para presentar algún subtipo de (TDAH) así como las posibles conductas paralelas a este trastorno.

De acuerdo con las evaluaciones realizadas a padres y maestros se establecieron 28 casos de niños que cumplieron la totalidad de los criterios para algún subtipo de (TDAH) (sector público: 7 niños, 8 niñas y sector privado: 7 niños, 6 niñas), los

resultados no muestran diferencias en cuanto a la presencia del trastorno según el género y el sector del colegio, este resultado puede deberse a la distribución de la muestra de la presente investigación, ya que ésta no fue equitativa para ninguna de las dos variables.

Con respecto a los datos obtenidos del análisis intraevaluador para la comparación entre la Check List (Pineda et al., 1999a) y la (EMC) (Puerta, 2004) se determinó que no existe acuerdo entre los datos obtenidos a partir de cada uno de los instrumentos referente a la evaluación de la sintomatología del trastorno, lo cual puede explicarse a partir de la estructura de dichas pruebas, ya que la Check List (Pineda et al., 1999a) está compuesta por enunciados específicos sobre la conducta característica del (TDAH) que se deriva directamente de los síntomas del criterio A del DSM-IV-TR, (2002) además proporciona información indirecta acerca de los otros criterios diagnósticos y es muy breve, a diferencia de la (EMC) (Puerta, 2004) que es más extensa, evalúa conductas relacionadas con el (TDAH) y otras categorías diagnósticas lo cual requiere de un mayor conocimiento de la prueba para su adecuada aplicación, calificación e interpretación (Pineda et al., 1999a).

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que a partir de un análisis de factores del formato de la Check List de padres (Pineda et al., 1999a) realizado al inicio de la investigación se estableció que la validez de constructo de dicha prueba es buena, diferenciando claramente los tres factores que componen este instrumento (atención, hiperactividad e impulsividad), aunque los dos últimos factores se superponen por lo cual se establecen finalmente sólo dos: inatención e hiperactividad-impulsividad, los cuales también son identificados en un estudio realizado por Pineda et al., (1999a) quienes implementan este cuestionario para evaluar la capacidad diagnóstica del mismo con respecto a conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad, es así como en

este estudio se determina que para el grupo de niños y niñas de 6 a 11 años el cuestionario posee consistencia interna sólida.

Igualmente, la literatura revisada referente a la (EMC) (Puerta, 2004) en el contexto Colombiano, no arroja investigaciones orientadas hacia la comparación entre la evaluación de padres y maestros sobre la conducta del niño, sin embargo, se encuentra un estudio (Pineda et al., 1999c) que demuestra la consistencia interna y validez de la prueba en la evaluación multidimensional del comportamiento de los niños utilizando la escala de 6 a 11 años, para lo cual tuvieron en cuenta la distribución de la muestra por edades y con respecto a los ítems la distribución, correlación y discriminación por subescalas, del mismo modo en otro estudio (Pineda et al., 1999d) también se utilizó este instrumento con el fin de determinar la capacidad que éste posee para discriminar entre niños con (TDAH) y niños control, para ello evaluaron 50 niños de 6 a 11 años, de estrato socioeconómico alto (25 casos con (TDAH) y 25 controles), obteniendo como resultado la confirmación del trastorno realizado previamente, ya que los niños que pertenecían al grupo de casos con (TDAH) presentaron puntuaciones más altas en las escalas de hiperactividad, problemas de conducta y problemas atencionales.

En el análisis interevaluador los resultados arrojaron un nivel de concordancia significativamente bajo entre padres y maestros para la variable de inatención tanto en la Check List (Pineda et al., 1999a) como en la (EMC) (Puerta, 2004), presentándose un mayor reporte de casos por parte de los maestros, esto es apoyado por otro estudio realizado por Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006), en el cual se determinó que los profesores asignaban puntuaciones más altas a las conductas de inatención en comparación con los padres. Para la variable de hiperactividad-impulsividad evaluada por medio de la Check List se mantiene concordancia significativamente baja entre los

dos informantes con más casos reportados por los maestros, esto es apoyado por Montiel-Nava y Peña (2001), quienes a través de un estudio sobre la discrepancia entre padres y maestros, al evaluar problemas de conducta y académicos, postulan que en un grupo de niños con edades entre 9 y 11 años, los padres identifican conductas generales de (TDAH) a diferencia de los maestros quienes reportan mayores comportamientos de hiperactividad-impulsividad.

En contraposición a lo encontrado en la presente investigación así como la realizada por Montiel-Nava y Peña (2001), Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006), se establece que son los padres quienes califican más alto las conductas de hiperactividad, sin embargo, esta discrepancia puede explicarse desde las características metodológicas de cada estudio que difieren en cuanto a tamaño y caracterización de la muestra y a los instrumentos utilizados. Tanto el estudio de Montiel-Nava y Peña (2001), como el de Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, (2006) utilizaron como instrumento de evaluación la escala Conners en versión para padres y maestros y la muestra fue extraída de la comunidad, pero en el primer estudio la muestra fue mayor y su distribución se efectuó por grupos de edades, mientras que en el segundo la muestra pertenecía a instituciones públicas teniendo en cuenta para el análisis el género y el grado escolar.

Para la evaluación de la variable hiperactividad-impulsividad con la (EMC) (Puerta, 2004) el nivel de concordancia entre padres y maestros fue bajo y este último informante es quien identifica más casos, sin embargo es necesario tener en cuenta que la (EMC) (Puerta, 2004) fue adaptada recientemente en el contexto colombiano (Puerta 2004), por lo cual no se encuentra en la literatura revisada datos que apoyen o refuten los resultados obtenidos en esta investigación, de esta manera el presente estudio ofrece el primer dato sobre la concordancia entre padres y maestros en la evaluación de conductas de (TDAH)

mediante el uso de la (EMC) (Puerta, 2004). Otros estudios (Pineda, et al., 1999c & Pineda et al., 1999d), llevados a cabo para la estandarización de la (EMC) (Puerta 2004) sólo lo han aplicado a padres, postulando así que este informante en la escala clínica asigna puntuaciones más altas a los niños que a las niñas en las variables de hiperactividad, problemas de la conducta y atipicidad. Así mismo, en la escala adaptativa los casos de (TDAH) evidencian puntuaciones más bajas en las variables de adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo, las cuales son consideradas a partir de esta investigación como factores protectores contra el trastorno.

Para el subtipo de (TDAH) combinado tanto la Check List (Pineda et al., 1999a) como la (EMC) (Puerta, 2004) exhiben a nivel general una concordancia baja donde el informante que reporta un mayor número de casos es el maestro, lo que corresponde con lo anteriormente estipulado para las variables de inatención e hiperactividad-impulsividad. Esto es apoyado por medio de la literatura revisada, donde algunos autores (Buyer, 2006 & Artigas-Pallarés, 2003) establecen que el contexto educativo es el espacio de mayor interacción del niño, por tanto allí pueden hacerse más evidentes las conductas características del trastorno que afectan el desempeño académico, social y familiar del niño.

En general, aunque en el presente estudio y en otras investigaciones (Mitsis, Mckay, Schulz, Newcorn & Halperin, 2000; Montiel-Nava & Peña, 2001; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006; Verhulst & Van Der Ende, 1991) se determina un bajo nivel de concordancia entre padres y maestros, es necesario tener en cuenta que estos informantes pueden ser considerados como una fuente fiable de información (Mitsis, Mckay, Schulz, Newcorn & Halperin, 2000; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006) y que la discrepancia no debe interpretarse como errores en la validez del reporte o de los instrumentos

utilizados en la evaluación (Steel et al., 1996 citado por Montiel-Nava & Peña, 2001) sin embargo, sí puede explicarse a partir de tres aspectos básicos propuestos en la literatura: primero, el comportamiento de los niños varía de acuerdo al contexto en el que se encuentran (Montiel-Nava & Peña, 2001; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006); segundo, la relación que establece el niño con cada uno de los informantes influye en la forma como éstos interpretan sus acciones (Montiel-Nava & Peña, 2001; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006) y tercero, el número de conductas que exhibe un niño según la edad, ya que a menor edad el niño presenta mayor número de conductas y por tanto la convergencia entre las observaciones de padres y maestros es menor (Montiel-Nava & Peña, 2001).

La comparación entre el reporte inicial (17.6%) y el reporte final (31.1%) en cada uno de los informantes evidenció un nivel de concordancia bajo, es decir, el número de casos reportados inicialmente con comportamiento característico de (TDAH) no concuerda con el número de casos que finalmente se clasificaron dentro de algún subtipo del trastorno, encontrando que son más los casos reportados antes de la evaluación (R_i) que los que se identifican con la misma (R_f) tanto en padres como en maestros. En la literatura revisada no se encuentran otros estudios referidos a la relación que existe entre la percepción inicial del comportamiento del niño y la valoración obtenida con base a la evaluación, pero aún así una posible explicación de este resultado puede ser la falta de conocimiento que se evidencia a nivel social sobre la manifestación y curso del trastorno, los métodos y los profesionales capacitados en el diagnóstico y las diversas formas de tratamiento.

Del mismo modo, se plantean dos hipótesis que se generan a partir de este estudio y que puede dar explicación al reporte inicial de maestros y padres. La primera, es que la

falta de conocimiento del maestro sobre el comportamiento del niño genera un alto reporte inicial de niños con (TDAH), lo cual puede hacerse más evidente en el primer semestre del periodo escolar donde se presenta la rotación de docentes (Kos, Richdale & Jackson, 2004; Sayal, Hornsey, Warren, MacDiarmid & Taylor, 2006). La segunda, es que el nivel de comparación que los padres tienen del menor con respecto a otros niños se rige según el número de pares en la familia y por tanto pueden valorar ciertas conductas atribuyéndole un mayor grado de severidad que el que podría establecerse mediante una evaluación clínica. Estas hipótesis evidencian la necesidad de implementar investigaciones que aporten datos estadísticos sobre la concordancia entre el reporte inicial y el reporte final tanto en padres como en maestros, los cuales apoyen o difieran con los resultados de este estudio para así obtener datos confiables que permitan determinar la presencia o ausencia de tipificación del (TDAH) en el contexto bumangués.

De acuerdo con la comparación entre el reporte final de la Check List y las conductas de ansiedad, depresión y atipicidad evaluadas por la (EMC) (Puerta, 2004), es posible determinar que desde la concepción del padre la ansiedad no se muestra de forma paralela al (TDAH), es decir, si desde la evaluación de este informante se identifican conductas ansiosas es muy probable que el niño no presente (TDAH). En la evaluación de ansiedad, una investigación realizada por Pineda et al., (1999d) determinó que los niños con (TDAH) presentaban puntuaciones bajas en la escala de ansiedad en comparación con los niños del grupo control, de acuerdo con la (EMC) (Puerta, 2004), aunque esa diferencia no es significativa y es explicada desde el mismo estudio por la caracterización de la muestra, considerando que los niños con (TDAH) tienen menos

habilidades para procesar la información estresante que los controles (Pineda et al., 1999d).

Así mismo, la relación encontrada entre atipicidad y (TDAH), según los resultados de esta investigación, permite proponer que un niño con el trastorno tiene mayor probabilidad de presentar atipicidad según la evaluación realizada por el maestro, aunque este dato no es posible confirmarlo con la literatura revisada, debido a que no se hallaron datos relacionados sobre la concordancia entre padres y maestros, un estudio realizado sobre la validación de la (EMC) (Puerta et al., 2004) (Pineda et al., 1999d) utilizó la evaluación con padres, determinando que las conductas de atipicidad recibían puntuaciones más altas en los participantes de género masculino y estrato socioeconómico bajo.

De esta manera, los resultados obtenidos del presente estudio confirman la existencia de un bajo nivel de concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga, confirmando así la hipótesis planteada al inicio de esta investigación, lo cual posibilita afirmar que en el contexto escolar se manifiesta la tipificación de los niños atribuyéndole a su conducta sintomatología propia del (TDAH).

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación no muestran diferencias significativas en cuanto a la presencia del (TDAH) según el género y el sector del colegio, sin embargo, ya que la distribución de la muestra no fue equitativa para ninguna de estas dos variables, es necesario validar este dato ampliando el tamaño de la muestra.

Con respecto a los instrumentos implementados se determinó que no existe acuerdo entre los resultados de los informantes obtenidos a partir de la Check List y la (EMC) referente a la evaluación de la sintomatología del trastorno, lo cual puede explicarse a partir de la estructura de estos dos instrumentos.

El análisis de factores realizado al formato de la Check List de padres estableció que la validez de constructo de la prueba es buena, diferenciando claramente los dos factores que componen este instrumento (atención e hiperactividad-impulsividad).

A partir del presente estudio es posible determinar que existe un bajo nivel de concordancia entre la sintomatología del (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros de niños de colegios de Bucaramanga.

Se evidenció un nivel de concordancia bajo entre el reporte inicial y el reporte final en cada uno de los informantes, encontrando que son más los casos reportados antes de la evaluación (Ri) que los que se identifican después de ésta (Rf) tanto en padres como en maestros.

La falta de conocimiento que se identifica a nivel social sobre el (TDAH) es una hipótesis que se propone como explicación ante el bajo nivel de concordancia entre el reporte inicial y el reporte final realizado por padres y maestros.

La falta de conocimiento del maestro sobre el comportamiento del niño genera un alto reporte inicial de niños con (TDAH), lo cual puede hacerse más evidente en el primer semestre del periodo escolar donde se presenta la rotación de docentes.

El reporte inicial de padres puede ser explicado según el nivel de comparación que estos informantes tienen del menor con respecto a otros niños, lo cual genera que al valorar ciertas conductas atribuya un mayor grado de severidad que el que podría establecerse mediante una evaluación clínica.

Con respecto a la evaluación de conductas paralelas al (TDAH), en la literatura revisada se establece que los niños con este trastorno tienen mayor probabilidad de presentar conductas ansiosas, sin embargo, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación se encuentra que con la evaluación del padre a partir de la (EMC) la ansiedad no se muestra de forma paralela al (TDAH), es decir, si desde la valoración de este informante se identifican conductas ansiosas es muy probable que el niño no presente este trastorno. A diferencia de lo anterior la atipicidad se presenta como conducta paralela al (TDAH), ya que a partir de la evaluación del maestro con la (EMC) un niño con el trastorno tiene mayor probabilidad de presentar atipicidad.

La forma como están planteados los ítems que componen los instrumentos de evaluación utilizados en la presente investigación, evidencian un sesgo en la manera como se indagan las características conductuales del niño, ya que no permiten ahondar en otros aspectos del comportamiento, que de no confirmarse la presencia de determinado trastorno, podrían ser útil al profesional como herramienta para explicar la conducta del niño.

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten generar un avance en el campo conceptual de la psicología, ya que aporta una nueva visión de investigación en

el (TDAH), con respecto a la implicación que tienen padres y maestros en la identificación de conductas propias del trastorno, de esta manera se ofrecen nuevos elementos que permiten orientar futuras investigaciones relacionadas con la tendencia empleada por los agentes de socialización para la identificación del trastorno.

Es posible considerar el contexto escolar como el escenario que incide de manera significativa sobre el comportamiento del niño, es por ello que la forma como padres y maestros verbalizan la concepción que tienen sobre el mismo, condiciona la percepción que otros generan del menor así como la de sí mismo, por ello nociones erradas acerca del comportamiento del menor producen el mantenimiento del mismo concediéndolo además de manera errónea como síntomas de (TDAH).

No existe concientización social acerca de las implicaciones que generan el desconocimiento del (TDAH) y por ende, la etiquetación inadecuada que se realiza a los niños con respecto a este trastorno, es así como se presenta en el menor dificultades en las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar, sentimientos de culpa, frustración, baja autoestima e incidencia negativa en el autoconcepto.

Recomendaciones

Realizar una futura investigación con los 28 casos que obtuvieron impresión diagnóstica por algún subtipo de (TDAH), para establecer un diagnóstico preciso en estos niños utilizando un método de evaluación más especializado como la entrevista estructurada (Gold Standar) que permita confirmar o descartar la presencia del trastorno.

Llevar a cabo una segunda fase de esta investigación en la cual se apliquen nuevamente los instrumentos de evaluación a padres y maestros para determinar la reproducibilidad de los instrumentos y así establecer cuál de los dos informantes realiza un diagnóstico más específico.

Desarrollar estudios que arrojen datos estadísticos acerca del reporte inicial que realizan padres y maestros sobre la presencia de (TDAH) en niños escolarizados, en comparación con el reporte final que consista en la evaluación por medio de la entrevista estructurada obteniendo así el diagnóstico preciso del (TDAH), con lo cual sea posible determinar en qué medida se presenta la tipificación de este trastorno en el área de Bucaramanga.

Para obtener datos más confiables es necesario reproducir este tipo de investigación con un tamaño de muestra más amplio que permita determinar aspectos relacionados con el análisis intraevaluador, el interevaluador ó se obtengan datos referentes a la prevalencia del trastorno según el género y la edad de niño.

Teniendo en cuenta el cuestionamiento acerca de los instrumentos de evaluación, se hace indispensable considerar que para un abordaje más amplio y una mayor comprensión del comportamiento, es necesario profundizar en otros aspectos que puedan dar explicación a la conducta del niño, ofreciendo de esta manera el abordaje integral que desde la psicología se plantea.

Referencias

- Anderson P. (2002). Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychol*; (8): 71 – 82.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *REVNEUROL* 36 (Sup 1 1): S68-S78.
- Baddeley, A. (1999). Memoria humana teoría y práctica: La función de la memoria en la cognición: Memoria de trabajo. (pp: 57 – 81) España: McGrawHill.
- Bará-Jiménez, S. Henao, G. Pineda, D. & Vicuña, P. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con Trastorno por Déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *REVNEUROL* 37 (7): 608-615.
- Beltrán, R. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia En A.A. González & J. Ramos (Ed.), *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta* (pp: 135 -159). México: Manual Moderno.
- Blázquez-Almería, G., Búron-Masó, E., Carrillo-González, Cuyás-Reguera, M., C., Joseph-Munné, C., Joseph-Munné, D. & Freile-Sánchez, R. (2005). Resultados del cribado de la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *REVNEUROL* 41 (10): 586-590.

- Bull, R. Espy, K. A. & Senn, T.E. (2004). A comparison of performance on the howers of London and Hanoi in young children. *J Child Psychol Psychiatry*. 45 (4): 743-754.
- Buyer, D. (2006). La evaluación Neuropsicológica y las Escuelas. Asociación Americana de Trauma Cerebral. [homepage]. Consultado el día 20 de septiembre de 2006 de la World Wide Web: www.biausa.org
- Carboni-Román, A., Capilla, A., Del Río Grande, D., Maestú, F. & Ortiz, T. (2006). Bases neurobiológicas de las dificultades de aprendizaje. *REVNEUROLOGIA* 42 (Supl 2): S171-S175.
- Cardo, E & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *REVNEUROLOGIA* 40 (Supl 1): S11-S15.
- Castellanos, F.X., Blumenthal, J.D., Clasen, L.S., Ebens, C.L., Evans, A.C., Giedd, J.N., Greenstein, D.K., James, R.S., Jeffries, N.O., Lee, P.P., Rapoport, J.L., Sharp, W., Walter, J.M. & Zijdenbos, A. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*.; 288 (14): 174-178.
- Castellanos, M.X. & Acosta, M.T., (2004). Neuroanatomía del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *REVNEUROLOGIA* 38 (Supl 1): S131 –136.
- Cornejo, W., Bedoya, G., Castillo, H., Carrizosa, J., Cuartas, M., Gómez, Rivas, I., Ruiz A. & Uribe, L.F, (2004). Caracterización clínica y simulaciones de poder para ligamiento genético en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en familias antioqueñas. *REVNEUROLOGIA* 38 (4): 319 – 322.

- Crespo, N., Cáceres, P., García, G. & Manghi, D. (2007). Déficit de atención y comprensión de significados no literales: interpretación de actos de habla indirectos y frases hechas *REVNEUROL* 44 (2): 75-80
- Díaz-Heijt, R., Mulas, F & Forssberg, H. (2006). Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *REVNEUROL* 42 (Supl 2): S19-S23
- Douglas, V.I. (2005). Cognitive Deficits In Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Long-Term Follow-Up. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 46:1, 23-31
- DSM-IV-TR (2002). *American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Estévez-González, A., Barraquer-Bordas, Ll. & García-Sánchez, C. (2000). Lóbulos Frontales: El cerebro ejecutivo. *Revista de Neuropsicología* 31 (6): 566 – 577.
- Faraone S. & Willens, T. (2003). Does stimulant treatment lead to substance use disorders?. *J Clin Psy Chiatry* 34 Suppl 11: 9 – 13.
- García-Castellar, R., Jara-Jiménez, P., Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M.J. & Siegenthaler-Hierro, R. (2006). Impacto familia de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad subtipo combinado: Efecto de los problemas de conducta asociados. *REVNEUROL* 42 (3): 137-143.
- García-Jiménez, M.C., Blasco-Arellano, M.M. & López-Pisón, J. (2005). El pediatra de atención primaria en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *REVNEUROL* 41 (2): 75-80..

- García, M., Lopera, F. & Pineda, D.A. (2006). Protocolo para niños entre 6 y 16 años de edad. Grupo de Neurociencias, Grupo de neuropsicología y conducta. Universidad de Antioquia y Universidad de San Buenaventura.
- García-Pérez, A., Bonet-Serra, B., Expósito-Torrejón, J., Martínez-Granero, M.A. & Quintanar-Rioja, A. (2005). Semiología clínica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. *REVNEUROL* 41 (9): 517-524.
- Golden, C. J. (1994). Manual de Stroop: Traducción y adaptación. Madrid: TEA Ediciones.
- Heaton, R. Chelune, G., Talley, L. Kay, F. & Curtis, G. (1997). Test de Clasificación de Wisconsin. Madrid: TEA.
- Kadesjo, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry* 42 (4): 487 – 492.
- Kos, J.M., Richdale, A.L. & Jackson, M.S. (2004). Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, Vol. 41(5).
- Lezak, M.D. (1995). Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press.
- Lopera, F., Palacio, G., Jiménez, I., Villegas, P., Puerta I.C., Pineda, D., Jiménez, M. & Arcos-Burgos, M. (1999). Discriminación de factores genéticos en el déficit de atención. *REVNEUROL*; 28: 660-664.
- López-Campo, G.X., Aguirre-Acevedo, D.C., Gómez-Betancur, L.A., Pineda, D.A. & Puerta, I.C. (2005). Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva

- en niños con Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad. *REVNEUROL* 40 (6): 331-339.
- Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *REVNEUROL* 36 (6): 555-565.
- Milberger, S., Biederman, J., Chen, L., Faraone, S.V. & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry* 153: 1138-42.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Guite, J. & Tsuang, M.G. (1997). Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 53:65-75.
- Miranda-Casas, A., García-Castellar, R., Marco-Taverner, R. & Meliá-de Alba, A. (2004). Aportaciones al conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *REVNEUROL* 38 (Supl 1): S156-S163.
- Miranda-Casas, A., García-Castellar, R y Soriano-Ferrer, M. (2005). Habilidad narrativa de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psicothema Vol. 17, n° 2, pp. 227-232.*
- Miranda-Casas, A., Marco-Taverner, R., Meliá-de Alba, A., Mulas, F. & Roselló, B. (2006). Dificultades en el aprendizaje de matemáticas en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *REVNEUROL* 42 (Supl 2): S163-S10
- Mitsis, E.M, McKay, K.E., Schulz, K.P., Newcorn, J.P. & Halperin, J.M. (2000). Parent-Teacher Concordance for DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Clinic-Referred Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 39(3):308-313.

- Montiel-Nava, C. & Peña, J.A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *REVNEUROLOGIA* 32 (6): 506-511.
- Mulas, F., Abad-Mas, L., De la Osa, A., Díaz-Lucero, A., Etchepareborda, M.C., Hernández, S., Pascuale, M.J. & Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *REVNEUROLOGIA* 43 (Supl 1): S71-S81
- Narbona, J. & Crespo-Eguílaz N. (2005). Trastornos de memoria y de atención en disfunciones cerebrales del niño. *REVNEUROLOGIA* 40 (Supl 1): S33 – S36.
- Norman, G.R. & Streiner, D.L. (1996). Bioestadística: Estadística no paramétrica: Medidas de relación para datos con varias categorías. (pp: 163 – 168). España: Mosby/Doyma Libros.
- Ortiz-Luna, J. & Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños mexicanos. *REVNEUROLOGIA* 42 (1): 17-21.
- Pascual Castroviejo, I. (2002). Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *REVNEUROLOGIA* 35 (1): 11-17
- Pineda, D.A., Ardila, A., Gómez, L.F, Henao, G.C., Mejía, S.E., Miranda, M.L., Murrelle, L., Puerta, I.C., Restrepo, M.^aA., Rosselli, M. & el Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *REVNEUROLOGIA* 28 (4): 365-372.

- Pineda, D.A., Restrepo, M.^aA, Henao, G.C., Gutiérrez-Clellen, V., & Sánchez, D. (1999b). Comportamientos verbales diferentes en niños de 7 a 12 años con déficit de atención. *REVNEUROLOGIA* 29 (12): 1117-1127.
- Pineda, D.A, Kamphaus, R.W., Mora, O., Restrepo, M.A., Puerta, I.C., Palacio, L.G., Jiménez, I., Mejía, S., García, M., Arango, J.C., Jiménez, M.E., Lopera, F., Adams, M., Arcos, M., Velásquez, J.F., López, L.M., Bartolino, N.E., Giraldo, M., García, A., Valencia, C., Vallejo, L.E. & Holguín, J.A. (1999c). Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *REVNEUROLOGIA* 28 (7): 672-681.
- Pineda, D.A, Kamphaus, R.W., Mora, O., Puerta, I.C., Palacio, L.G., Jiménez, I., Mejía, S., García, M., Arango, J.C., Jiménez, M.E. & Lopera, F. (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *REVNEUROLOGIA* 28 (10): 952-959.
- Pineda, D., Castellanos, F., Henao, G., Lopera, F. & Palacio, J. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención en una comunidad colombiana. *REVNEUROLOGIA* 32 (3): 217-222.
- Pineda, D., Arango, C.P., Builes, A., Galvis, A.Y., Gómez, M., Lopera, F., Martínez, J., Merchán, V., Montoya, P., Puerta, I. C., Salazar, E.O., Velásquez, B. & Zapata, M. (2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana paisa. *REVNEUROLOGIA* 36 (7): 609-613.
- Puerta, C. & Rios, Y. (2001). Software de Apoyo para la Evaluación Neuropsicológica de la Conducta Humana. *Manual del Usuario*. Programa Ingeniería de Sistemas. Universidad San Buenaventura. Medellín.

- Puerta, I.C., Arango, C., Builes, A., Galvis, A., Gómez, M., Lopera, F., Martínez, J., Merchán, V., Montoya, P., Salazar, E., Velásquez, B. & Zapata, M. (2002). El tabaquismo materno durante el embarazo, asociado con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de la comunidad colombiana "paisa". *REVNEUROLOGIA* 34 (7): 673 – 685.
- Puerta, I.C. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *REVNEUROLOGIA* 37 (3): 271-277.
- Romero-Ayuso, D.M., Maestú, F., Gonzáles-Marquéz, J., Romo-Barrientos, C. & Andrade, J.M. (2006) Disfunción ejecutiva en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la infancia. *REVNEUROLOGIA* 42 (5): 265 – 271.
- Rosselli-Cock, M.; Matute-Villaseñor, E.; Ardila-Ardila, A.; Botero-Gómez, V.E.; Tangarife-Salazar, G.A.; Echeverría-Pulido, S.E.; Arbelaez-Giraldo, C.; Mejía-Quintero, M.; Méndez, L.C.; Villa-Hurtado, P.C. y Ocampo-Agudelo, P. (2004). Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): una batería para la evaluación de niños entre 5 y 16 años de edad. Estudio normativo colombiano. *REVNEUROLOGIA* 38 (8): 720-731.
- Roselló, B., García-Castellar, R., Mulas, F. & Tarrasa-Minués, R. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *REVNEUROLOGIA* 36 (Supl 1): 579-584.
- Ruiz, J. L. & León, C. (2006). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el adulto En A.A. González & J. Ramos (Ed.), La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta (pp: 167-181). México: Manual Moderno.

- Sayal, K., Hornsey, H., Warren, S., MacDiarmid, F. & Taylor, E. (2006). Identification of children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A school-based intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:806–813.
- Soprano, A.M. (2003). Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *REVNEUROLOGIA* 37 (1): 44 – 50.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary*. New York: Oxford University Press.
- STATA 9.2. StataCorp. (2005). *Stata Software: Release 9*. Collage Station, TX: StataCorp LP.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Muñoz-Céspedes, J.M. & Peligrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: Necesidad de una integración conceptual. *REVNEUROLOGIA* 34 (7): 673 - 685.
- Tirapu-Ustárrroz, J. & Muñoz-Céspedes, J.M. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *REVNEUROLOGIA* 41 (8): 475 - 484.
- Verhulst, F.C. & Van Der Ende, J. (1991). Assessment of child psychopathology: relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84 (2), 155–159.

Anexos

Anexo 1



Grupo de Neurociencias
Y Comportamiento UPB



HOJA DE REGISTRO

Información General

Código: _____

Nombre del Niño (a): _____ Edad: _____

Fecha: _____ Género: _____ Teléfono: _____ ESE: _____

Dirección: _____ Barrio: _____

Nombre del Colegio: _____ Grado: _____

Remitido Por: A ____ M ____

Reporte del Acudiente:

Reporte del Maestro (a):

Historia de Desarrollo

- ¿Se presentó algún problema durante el embarazo o el parto?
- ¿Cómo fue el desarrollo motor?
- Conformación y dinámica familiar:

Con quién convive
Espacio de vivienda
Relación con familiares
Presencia de conflictos

- Datos médicos:

Problemas médicos presentes en la familia que hayan requerido hospitalización o intervención quirúrgica.

Algunos a tener en cuenta:

- Epilepsia
- Trauma Craneoencefálico
- Alergias cutáneas
- Asma
- Alteraciones del sueño
- Tics

¿Hay algún medicamento que ingiera actualmente?

¿Existen antecedentes familiares de TDAH?

- Datos Escolares

- Pérdida de algún grado
- Materias más difíciles y fáciles
- Desempeño académico
- Comportamiento general del niño en el aula

OBSERVACIONES GENERALES:

Anexo 2

Formato de aplicación de la Check List versión padres

Para los Padres

CHECKLIST PARA TDAH

Fecha: _____

Nombre del Acudiente _____ Parentesco: _____

Nombre del Niño _____ Sexo _____ Edad _____

ESE _____ Nombre del Colegio _____

Por favor, seleccione con una "X", los criterios que usted considere que su hijo(a) presenta, de acuerdo con la frecuencia con la que ocurren:

Nunca: **N**

Algunas veces: **AV**

Frecuentemente : **F**

Siempre: **S**

FRECUENCIA					
INATENCIÓN					
	N	AV	F	S	
1. No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas.					
2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.					
3. No parece escuchar lo que se le dice.					
4. No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa a pesar de comprender las órdenes.					
5. Tiene dificultades para organizar sus actividades					
6. Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos					
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades					
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.					
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria					
Puntuación					
HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD					
10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado					
11. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado.					
12. Correteo y trepa en situaciones inadecuadas.					
13. Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto.					
14. Esta permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro.					
15. Habla demasiado.					
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas.					
17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos.					
18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás					
Puntuación					
CLASIFICACIÓN:					
PREGUNTAS				SI	No
¿Algunos de estos síntomas estaban presentes antes de los 7 años?					
¿Algunos de estos síntomas se presentan tanto en la escuela como en la casa?					
¿Estos síntomas le traen dificultades en las relaciones sociales o familiares, o en el rendimiento académico?					
¿El niño presenta algún trastorno identificado por un médico?					

Observaciones del Evaluador:

Anexo 3

Formato de aplicación de la Check List versión maestros

Para los Maestros

CHECKLIST PARA TDAH

Fecha: _____

Nombre del Profesor _____ Grado _____

Nombre del Alumno _____ Sexo _____ Edad _____

ESE _____

Nombre del Colegio _____

Por favor, seleccione con una "X", los criterios que usted considere que su alumno(a) presenta, de acuerdo con la frecuencia con la que ocurren:

Nunca: **N**

Algunas veces: **AV**

Frecuentemente: **F**

Siempre: **S**

FRECUENCIA				
INATENCIÓN	N	AV	F	S
1. No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas.				
2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.				
3. No parece escuchar lo que se le dice.				
4. No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa a pesar de comprender las órdenes.				
5. Tiene dificultades para organizar sus actividades				
6. Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos				
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades				
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.				
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria				
PUNTUACIÓN				
HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD				
10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado				
11. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado.				
12. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas.				
13. Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto.				
14. Esta permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro.				
15. Habla demasiado.				
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas.				
17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos.				
18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás				
PUNTUACIÓN				
CLASIFICACIÓN:				

Observaciones del Evaluador:

Anexo 4

Formato de calificación de la Check List

CHECKLIST PARA TDAH BASADA EN EL DSM-IV

Tomado de Pineda et al. 1999

Puntuación	
Nunca	(0)
Algunas Veces	(1)
Muchas Veces	(2)
Casi Siempre	(3)

Síntoma	Puntaje
<i>Inatención</i>	
1. No presta atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas escolares o en otras actividades.	
2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.	
3. No parece escuchar cuando se le habla directamente.	
4. No sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela o en los oficios en la casa a pesar de comprender las órdenes.	
5. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	
6. Evita, le disgusta o es renuente a hacer las tareas, trabajos domésticos, o cosas que le demanden un esfuerzo mental sostenido.	
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades (por ej. Juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas).	
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.	
9. Olvidadizo o descuidado en las actividades de la vida diaria.	
<i>Hiperactividad – Impulsividad</i>	
10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado o se remueve en su asiento.	
11. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado.	
12. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas.	
13. Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto.	
14. Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro.	
15. Habla demasiado.	
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas.	
17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos.	
18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.	
<i>Puntuación Total</i>	

CHECKLIST PARA TDAH BASADA EN EL DSM-IV

Tomado de Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda y Henao. 2003

CALIFICACIÓN		
Categoría	Puntuación Inicial	Puntuación Final (conversión)
Nunca	(0)	(0)
Algunas Veces	(1)	(0)
Muchas Veces	(2)	(1)
Casi Siempre	(3)	(1)

CLASIFICACIÓN POR SUBTIPOS: CRITERIO A	
SUBTIPO DE TDAH	CRITERIO A PARA DIAGNÓSTICO DE TDAH SEGÚN EL DSM - IV
Predominantemente Inatento	6 o más síntomas de inatención y 4 o menos síntomas de hiperactividad/impulsividad, durante los últimos 6 meses
Predominantemente Hiperactivo/ Impulsivo	6 o más síntomas de hiperactividad/impulsividad y 4 o menos de inatención, durante los últimos 6 meses
Combinado o Mixto	6 o más síntomas en ambas dimensiones, durante los últimos 6 meses
TDAH en Remisión Parcial	Si se mantienen síntomas clínicamente significativos, pero ya no se cumplen los criterios de ninguno de los subtipos
TDAH No Especificado	Cuando los síntomas del sujeto no cumplen actualmente todos los criterios, y no queda claro si tales criterios se cumplían con anterioridad

CRITERIOS DEL DSM - IV	
Criterio B	Algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad o inatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad
Criterio C	Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes
Criterio D	Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral
Criterio E	Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

64. Se altera fácilmente	N V F S	101. Es elegido(a) como líder	N V F S
65. Juguetea nerviosamente con objetos durante las comidas	N V F S	102. Halaga a los demás	N V F S
66. Tiene habilidades para lograr que otros trabajen juntos	N V F S	103. Se enferma	N V F S
67. Tiene buenos modales en la mesa	N V F S	104. Inicia conversaciones apropiadamente	N V F S
68. Tiene problemas auditivos	N V F S	105. Tiene una buena actitud	N V F S
69. Se orina o defeca accidentalmente	N V F S	106. Insulta a otros(as) niños(as)	N V F S
70. Va al médico con frecuencia	N V F S	107. Dice "Tengo miedo de lastimar a alguien"	N V F S
71. Se ajusta bien a los cambios en la rutina	N V F S	108. Termina sus tareas	N V F S
72. Critica a los demás	N V F S	109. Juega con el agua del inodoro	N V F S
73. Tiene miedo de morir	N V F S	110. Ha sido suspendido(a) del colegio	N V F S
74. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas	N V F S	111. Dice "no le caigo bien a nadie"	N V F S
75. Parece no estar en contacto con la realidad	N V F S	112. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N V F S
76. Miente para salirse de apuros	N V F S	113. Dice lo que piensa si la situación lo requiere	N V F S
77. Dice "no tengo amigos(as)"	N V F S	114. Responde cuando se le habla	N V F S
78. Interrumpe las conversaciones de los demás	N V F S	115. Tiene problemas para respirar	N V F S
79. Es creativo(a)	N V F S	116. Evita a otros(as) niños(as)	N V F S
80. Sugiere las cosas sin ofender a otros	N V F S	117. Se adapta bien a los cambios en la familia	N V F S
81. Tiene dolores de cabeza	N V F S	118. Discute cuando no le siguen la corriente	N V F S
82. Se rehusa a participar en actividades de grupo	N V F S	119. Dice "no soy muy bueno para esto"	N V F S
83. Comparte sus juguetes y pertenencias con otros(as) niños(as)	N V F S	120. Escucha atentamente	N V F S
84. Se queja de las normas o reglas	N V F S	121. Escucha cosas que no son reales	N V F S
85. Se preocupa por las cosas que no se pueden cambiar	N V F S	122. Miente	N V F S
86. Termina su tarea de principio a fin sin descansar	N V F S	123. Está triste	N V F S
87. Come cosas que no son comida	N V F S	124. Se sube (trepa) a las cosas	N V F S
88. Tiene problemas con sus vecinos	N V F S	125. Toma decisiones fácilmente	N V F S
89. Cambia fácilmente de estado de ánimo	N V F S	126. Trata de lograr lo mejor de los demás	N V F S
90. Es demasiado inquieto(a)	N V F S	127. Se queja de que el corazón le palpita o le late muy rápido	N V F S
91. Da sugerencias buenas para resolver problemas	N V F S	128. Se aferra al padre o a la madre en lugares desconocidos	N V F S
92. Pide ayuda con cortesía	N V F S	129. Es cruel con los animales	N V F S
93. Tiene reacciones alérgicas	N V F S	130. Se preocupa por las tareas	N V F S
94. Muestra miedo frente a gente desconocida	N V F S	131. Ve cosas que no están ahí	N V F S
95. Destruye las cosas de otros(as) niños(as)	N V F S	132. Duerme con sus padres	N V F S
96. Se preocupa por lo que piensan los maestros	N V F S	133. Dice "soy muy feo(a)"	N V F S
97. Se queda de incapacidad para bloquear pensamientos no deseados	N V F S	134. No oye bien	N V F S
98. Se mete en problemas	N V F S	135. Tiene mucha energía	N V F S
99. Dice "me gustaría morirme" u "ojala estuviera muerto(a)"	N V F S	136. Muestra interés en las ideas de los demás	N V F S
100. Presenta convulsiones o ataques	N V F S	137. Tiene problemas del estómago	N V F S
		138. Se ofrece voluntariamente a ayudar	N V F S

62. Halaga a los demás	N V F S	118. Se ve triste	N V F S
63. Se queja de calor	N V F S	119. Es el(la) payaso(a) de la clase	N V F S
64. Trabaja bien aún en las materias que no le gustan	N V F S	120. Trabaja bien bajo presión	N V F S
65. Evita a los otros(as) niños(as)	N V F S	121. Tiene mala caligrafía	N V F S
66. Dá ordenes a los demás	N V F S	122. Admite sus errores	N V F S
67. Juega con el agua del inodoro	N V F S	123. Tiene dolores de cabeza	N V F S
68. Se queja de lo que hacen la policía y las autoridades	N V F S	124. Tiene buenos hábitos de estudio	N V F S
69. Dice “nadie me entiende”	N V F S	125. Es tímido(a) con los adultos	N V F S
70. Grita en clase	N V F S	126. Tiene problemas para cambiar de una tarea a otra	N V F S
71. Critica a los demás	N V F S	127. Golpea a otros(as) niños(as)	N V F S
72. Toma medicamentos	N V F S	128. Dice “no soy muy bueno(a) para esto	N V F S
73. Trata de lograr lo mejor de los demás	N V F S	129. Escucha las instrucciones	N V F S
74. Tiene confianza en sí mismo antes de los exámenes	N V F S	130. Habla solo(a) sin sentido	N V F S
75. Se ajusta bien a los cambios en la rutina	N V F S	131. Tiene amigos(as) con problemas	N V F S
76. Le pone apodos a los demás	N V F S	132. Dice “me gustaría morirme” u “ojala estuviera muerto(a)	N V F S
77. Es temeroso (a)	N V F S	133. Es demasiado(a) inquieto(a)	N V F S
78. Tiene problemas de concentración	N V F S	134. Pertenece a clubes y organizaciones	N V F S
79. Se queja de incapacidad para bloquear pensamientos no deseados	N V F S	135. Dificultad para completar bien las tareas por no seguir las instrucciones	N V F S
80. Se ha fugado del colegio	N V F S	136. Se ofrece a ayudar a los demás	N V F S
81. Llora fácilmente	N V F S	137. Tiene fiebres	N V F S
82. Interrumpe las conversaciones de los demás	N V F S	138. Usa la biblioteca del colegio	N V F S
83. Da sugerencias buenas para resolver problemas	N V F S	139. Se niega a participar en actividades de grupo	N V F S
84. Tiene problemas con la ortografía	N V F S	140. Es un buen perdedor	N V F S
85. Pide ayuda con cortesía	N V F S	141. Tiene ideas raras	N V F S
86. Se queja de dolores	N V F S	142. Tiene problemas visuales	N V F S
87. Lee	N V F S	143. Tiene problemas auditivos	N V F S
88. Lo(a) escogen de último(a) en los juegos	N V F S	144. Tiene dificultades para esperar turnos	N V F S
89. Admite sus fracasos	N V F S	145. Es elegido(a) como líder	N V F S
90. Es presumido(a)	N V F S	146. Se balancea por períodos largos	N V F S
91. Muestra inseguridad antes de los exámenes	N V F S	147. Se interesa por las ideas de los demás	N V F S
92. Escucha atentamente	N V F S	148. Es organizado(a)	N V F S
93. Mastica la ropa o las cobijas	N V F S		
94. Es vulgar en su lenguaje	N V F S		
95. Se altera fácilmente	N V F S		
96. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N V F S		
97. Motiva a los demás para trabajar juntos	N V F S		
98. Tiene problemas con las matemáticas	N V F S		
99. Felicita a los demás cuando les pasan cosas buenas	N V F S		
100. Se enferma	N V F S		
101. Termina las tareas	N V F S		
102. Tiene problemas para hacer nuevos(as) amigos(as)	N V F S		
103. Se burla de los demás	N V F S		
104. Repite la misma frase una y otra vez	N V F S		
105. Tiene problemas en la lectura	N V F S		
106. Presenta convulsiones o ataques	N V F S		
107. Hace las cosas a la carrera	N V F S		
108. Hace pataletas	N V F S		
109. Canturrea	N V F S		
110. Sugiere las cosas sin ofender a los demás	N V F S		
111. Pide compensar las asignaturas perdidas	N V F S		
112. Tolera bien la frustración	N V F S		
113. Se queja de las normas	N V F S		
114. Se enferma antes de los exámenes	N V F S		
115. Olvida las cosas	N V F S		
116. Escucha cosas que no son reales	N V F S		
117. Ha sido suspendida del colegio	N V F S		

Anexo 7

Formato de aplicación de la Escala Multidimensional de la Conducta versión autoinforme ESCALA DE AUTOINFORME (8 – 11 años). C. Reynolds & R. Kamphaus

Nombre del niño: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Sexo: M: ____ F: ____
Escuela: _____

Instrucciones

En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera como un niño (a) pudiera actuar. Si tú estas de acuerdo con la frase encierra con un círculo la letra **V** (verdadero), si no estas de acuerdo encierra con un círculo la letra **F** (falso). Sólo tú puedes decir cómo eres realmente tú. Por favor hazlo de la mejor manera y contesta todas las frases. No hay respuestas buenas o malas, trata de decir lo que tú piensas.

- | | | | |
|--|-----|--|-----|
| 1. Pienso que soy muy capaz de inventar cosas nuevas | V F | 35. Cuando obtengo una mala nota es porque el (la) maestro(a) no me quiere | V F |
| 2. Pienso que la escuela tiene demasiadas reglas | V F | 36. No puedo pensar cuando hago un examen | V F |
| 3. La gente espera mucho de mí | V F | 37. Me gusta ser como soy | V F |
| 4. Necesito ayuda para llevarme bien con los demás | V F | 38. Me gustaría que me invitaran a más fiestas | V F |
| 5. Tengo pesadillas frecuencia | V F | 39. Puedo generalmente resolver los problemas difíciles por mi mismo(a) | V F |
| 6. Mis padres están frecuentemente orgullosos de mí | V F | 40. Mis padres controlan mi vida | V F |
| 7. Escucho cosas que los otros no pueden oír | V F | 41. No me gusta pensar en las cosas del colegio | V F |
| 8. La vida va de mal en peor | V F | 42. Me vienen pensamientos molestos acerca de la muerte | V F |
| 9. Mi maestro(a) se enoja conmigo por nada | V F | 43. Mis maestros(as) me cuidan | V F |
| 10. Termino las cosas fácilmente | V F | 44. No puedo parar, por mi mismo(a), de hacer cosas malas | V F |
| 11. Ojalá yo fuera otra persona | V F | 45. Los grandes viven mejor que yo | V F |
| Los demás siempre me encuentran algo malo | V F | 46. Tapo mi trabajo cuando el (la) profesora pasa por mi puesto | V F |
| 12. Soy responsable | V F | 47. La gente habla mal de mí | V F |
| 13. La gente se enoja conmigo, aunque no haya hecho nada malo | V F | 48. Lo que quiero nunca es importante | V F |
| 14. Odio la escuela | V F | 49. Me siento herido(a) fácilmente | V F |
| 15. Me preocupo la mayor parte del tiempo | V F | 50. Prefiero estar solo(a) la mayor parte del tiempo | V F |
| 16. Yo soy querido(a) con los maestros(as) | V F | 51. Escucho voces dentro de mi cabeza | V F |
| 17. Algunas veces hay voces que me dicen que haga las cosas bien | V F | 52. Los (las) maestros(as) la mayoría de las veces sólo miran las cosas que hago mal | V F |
| 18. Para mí nada anda bien | V F | 53. Si tengo problemas, usualmente puedo resolverlos | V F |
| 19. Siempre estoy descontento(a) con mis calificaciones | V F | 54. La escuela es aburridora | V F |
| 20. Los otros niños(as) son más felices que yo | V F | 55. Me culpan de cosas que no tienen nada que ver conmigo | V F |
| 21. Mis padres tienen demasiado control sobre mi vida | V F | 56. No le agrado a mis compañeros(as) | V F |
| 22. Nunca he estado en un carro | V F | 57. Me preocupa con frecuencia que me pueda ocurrir algo malo | V F |
| 23. Ojalá no hubiera libreta de informes o boletines | V F | 58. Mi padre y mi madre me ayudan cuando se los solicito | V F |
| 24. Veo cosas raras | V F | 59. No puedo controlar mis pensamientos | V F |
| 25. Con frecuencia mi maestro(a) me hace sentir estúpido(a) | V F | 60. Siempre tengo problemas con alguien | V F |
| 26. Cuando me equivoco puedo cambiar las cosas para corregirlas | V F | 61. La mayoría de los maestros son injustos | V F |
| 27. No me importa la escuela | V F | 62. Me gustaría hacer las cosas mejor, pero no puedo | V F |
| 28. No puedo evitar cometer errores | V F | 63. Me gusta mi apariencia | V F |
| 29. Mis amigos(as) usualmente son formales conmigo | V F | 64. La gente actúa como si no me escuchara | V F |
| 31. Tengo miedo de hacer las cosas mal | V F | 65. Mi maestro(a) no me tiene que ayudar mucho | V F |
| 32. Mis padres piensan que soy tonto | V F | 66. Mis padres me echan la culpa de sus problemas | V F |
| 33. Rápidamente paso de estar feliz a estar triste | V F | | |
| 34. Nadie me entiende | V F | | |

67. Supermán es una persona real	V F	mayoría de la gente	V F
68. Me preocupa lo que la gente piensa de mí	V F	113. Tengo un cabello bonito	V F
69. Mis padres confían en mí	V F	114. Soy solitario(a)	V F
70. Algunas veces, cuando estoy solo(a), oigo mi nombre	V F	115. Me gusta contestar preguntas en clase	V F
71. Soy bueno(a) sólo para una o dos cosas	V F	116. Las cosas me salen mal aunque me esfuerce	V F
72. Es muy difícil para mí concentrarme en mis tareas	V F	117. Nadie me quiere	V F
73. Me siento extraño en medio de la gente	V F	118. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen bien	V F
74. Ocurren Cosas malas	V F	119. No tengo dientes	V F
75. Me molestan mucho las cosas insignificantes	V F	120. A veces quiero hacerme daño	V F
76. Nadie me escucha	V F	121. No me importa nada	V F
77. Los otros niños(as) odian estar conmigo	V F	122. Nunca tengo tiempo para hacer todas mis tareas	V F
78. Estoy bien con ser yo mismo(a)	V F	123. Me molestan rumores acerca de mí y de mis amigos(as)	V F
79. Me siento a gusto con mi colegio	V F	124. A mi madre y a mi padre les gustan mis amigos(as)	V F
80. Mis padres frecuentemente me cantaletean	V F	125. Me preocupo por lo que vaya a pasar	V F
81. Mis compañeros(as) se burlan de mí	V F	126. Tengo demasiados problemas	V F
82. Me preocupo cuando me voy a dormir en la noche	V F	127. Soy bueno(a) para mostrarle a los demás como hacer las cosa	V F
83. Me gusta mostrarle a mis padres mi boletín	V F	128. Soy bueno(a) para tomar decisiones	V F
84. Me siento raro(a) por dentro	V F	129. No puedo esperar que finalicen las clases	V F
85. Pienso que soy un(a) tonto(a) al lado de mis amigos(as)	V F	130. Mis padres esperan demasiado de mí	V F
86. Mis maestros(as) me entienden	V F	131. A los demás niños(as) no les gusta estar conmigo	V F
87. Generalmente fracaso	V F	132. Me siento culpable de cosas	V F
88. Ojalá fuera diferente	V F	133. Mis padres no piensan bien de mí	V F
89. Algunas veces me siento solo(a), a pesar de que hay gente conmigo	V F	134. Yo veo cosa que los demás no pueden ver	V F
90. Soy bueno(a) en mis tareas	V F	135. Prefiero no ser notado	V F
91. No puedo controlar lo que sucede	V F	136. Mis maestros(as) frecuentemente están orgullosos de mí	V F
92. Me tomo 50 vasos de leche al día	V F	137. Me rindo fácilmente	V F
93. Soy nervioso(a)	V F	138. Me veo bien	V F
94. A mis padres les gusta ayudarme con mis tareas	V F	139. Siento que alguien me dirá que hago cosas malas	V F
95. A veces siento como cosquillas en la piel	V F	140. Siempre hago mis tareas a tiempo	V F
96. Estoy siempre con problemas en la casa	V F	141. Mis padres siempre están diciéndome lo que tengo que hacer	V F
97. La mayoría de veces hay que hacer trampa para ganar	V F	142. Los demás se burlan de mí	V F
98. Quiero ser más independiente, pero me da miedo	V F	143. Le tengo miedo a muchas cosas	V F
99. Me culpan de cosas que no he hecho	V F	144. Nunca me he quedado dormido(a)	V F
100. Me preocupa desagradar a mis padres	V F	145. A veces no puedo parar lo que estoy haciendo	V F
101. Siempre tengo mala suerte	V F	146. Nada de lo mío está bien	V F
102. Los demás me tienen respeto	V F	147. frecuentemente estoy enfermo(a) antes de las evaluaciones	V F
103. Soy un(a) amigo(a) verdadero(a)	V F	148. Me fastidia que los demás me molesten	V F
104. No veo la hora de abandonar el colegio	V F	149. Mis padres escuchan lo que digo	V F
105. Aunque diga "lo siento", la gente sigue molesta conmigo	V F	150. Me preocupan bastante las evaluaciones en la escuela	V F
106. A los demás les gusta estar conmigo	V F	151. Nada me sale	V F
107. Me molesta no poder dormir lo suficiente	V F	152. Sonríó y me río mucho	V F
108. Me gusta ser apegado(a) a mis padres	V F		
109. Tengo muchos accidentes	V F		
110. Antes era más feliz	V F		
111. Mi maestro(a) siempre me dice lo que tengo que hacer	V F		
112. Las evaluaciones no son justos para la			

Anexo 8

Formato de carta de presentación del proyecto a las instituciones educativas

Bucaramanga, abril de 2007

Señores

COLEGIO DE LA PRESENTACIÓN

Bucaramanga

Cordial saludo

Desde el Grupo de Neurociencias y Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y con aprobación del Comité de Trabajos de Grado de la misma Universidad, se llevará a cabo dentro de la línea de Desarrollo en Evaluación Neuropsicológica un estudio sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito educativo, titulado *“Comparación entre la sintomatología del TDAH identificada por padres y maestros y la sintomatología real del trastorno en niños de colegios de Bucaramanga”*, razón por la cual estamos invitando a algunas instituciones educativas a participar del proyecto.

Teniendo en cuenta lo anterior, amablemente me dirijo a ustedes con el fin de invitarlos a participar como institución educativa, en el proyecto antes mencionado y, si ustedes deciden aceptar, es importante que conozcan que estudios como éste, cuentan con la participación de estudiantes de Psicología de último semestre que realizan su proyecto de grado en nuestro grupo de investigación. En el caso del presente estudio, las estudiantes que lo ejecutarán son: MARÍA DELCY CORREDOR SIACHOQUE Y NIDIA KATHERINE SEPÚLVEDA CASTAÑEDA, acompañadas de otras estudiantes vinculadas como Auxiliares de Investigación que apoyan el proceso.

El interés que tenemos en que su institución participe del proyecto, reside en que desde éste se aportarán elementos de orientación a padres y maestros para la identificación y el manejo adecuado del trastorno. Adicionalmente, con los resultados que se puedan obtener del estudio, la institución tiene la posibilidad de brindar, desde su labor, ayuda en los procesos académicos que están siendo afectados por el TDAH, mejorando así la calidad de vida de los niños que lo presentan.

De antemano agradezco la atención prestada y quedo atenta a cualquier inquietud que puedan tener.

Atentamente,

Ps. MSc. LÍA MARGARITA MARTÍNEZ GARRIDO

Directora Principal del Proyecto

Docente Facultad de Psicología

Laboratorio de Neurociencias y Comportamiento

Universidad Pontificia Bolivariana

Tel: 6796220, ext. 506.

e-mail: lmartinez@upbbga.edu.co

Bucaramanga, abril de 2007

Señores

ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE BUCARAMANGA
Bucaramanga

Cordial saludo

Desde el Grupo de Neurociencias y Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y con aprobación del Comité de Trabajos de Grado de la misma Universidad, se llevará a cabo dentro de la línea de Desarrollo en Evaluación Neuropsicológica un estudio sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito educativo, titulado *“Comparación entre la sintomatología del TDAH identificada por padres y maestros y la sintomatología real del trastorno en niños de colegios de Bucaramanga”*, razón por la cual estamos invitando a algunas instituciones educativas a participar del proyecto.

Teniendo en cuenta lo anterior, amablemente me dirijo a ustedes con el fin de invitarlos a participar como institución educativa, en el proyecto antes mencionado y, si ustedes deciden aceptar, es importante que conozcan que estudios como éste, cuentan con la participación de estudiantes de Psicología de último semestre que realizan su proyecto de grado en nuestro grupo de investigación. En el caso del presente estudio, las estudiantes que lo ejecutarán son: MARÍA DELCY CORREDOR SIACHOQUE Y NIDIA KATHERINE SEPÚLVEDA CASTAÑEDA, acompañadas de otras estudiantes vinculadas como Auxiliares de Investigación que apoyan el proceso.

El interés que tenemos en que su institución participe del proyecto, reside en que desde éste se aportarán elementos de orientación a padres y maestros para la identificación y el manejo adecuado del trastorno. Adicionalmente, con los resultados que se puedan obtener del estudio, la institución tiene la posibilidad de brindar, desde su labor, ayuda en los procesos académicos que están siendo afectados por el TDAH, mejorando así la calidad de vida de los niños que lo presentan.

De antemano agradezco la atención prestada y quedo atenta a cualquier inquietud que puedan tener.

Atentamente,

Ps. MSc. LÍA MARGARITA MARTÍNEZ GARRIDO

Directora Principal del Proyecto

Docente Facultad de Psicología

Laboratorio de Neurociencias y Comportamiento

Universidad Pontificia Bolivariana

Tel: 6796220, ext. 506.

e-mail: lmartinez@upbbga.edu.co

Anexo 9

Formato de carta de presentación del proyecto a padres

Bucaramanga, marzo de 2007

Señores
PADRES DE FAMILIA
Colegio de La Presentación
Bucaramanga

Cordial Saludo

Desde el Grupo de Neurociencias y Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y con aprobación del Comité de Trabajos de Grado de la misma Universidad, se llevará a cabo dentro de la línea de Desarrollo en Evaluación Neuropsicológica un estudio sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito educativo, titulado *“Comparación entre la sintomatología del TDAH identificada por padres y maestros y la sintomatología real del trastorno en niños de colegios de Bucaramanga”*. El Colegio de La Presentación es una de las instituciones educativas que participará del estudio razón por la cual, amablemente me dirijo a ustedes con el fin de invitarlos, como padres, a vincularse en el proyecto antes mencionado.

El interés que tenemos de que ustedes participen en el estudio, reside en que desde éste se aportarán elementos de orientación a padres para la identificación y el manejo adecuado del trastorno. Adicionalmente, con los resultados que se puedan obtener del estudio, la institución tiene la posibilidad de brindar, desde su labor, ayuda en los procesos académicos que están siendo afectados por el TDAH, mejorando así la calidad de vida de los niños que lo presentan.

De antemano agradezco la atención prestada y quedo atenta a cualquier inquietud que puedan tener.

Atentamente,

Ps. MSc. LÍA MARGARITA MARTÍNEZ GARRIDO

Directora Principal del Proyecto
Docente Facultad de Psicología
Laboratorio de Neurociencias y Comportamiento
Universidad Pontificia Bolivariana
Tel: 6796220, ext. 506.
e-mail: lmartinez@upbbga.edu.co

Bucaramanga, marzo de 2007

Señores
PADRES DE FAMILIA
Escuela Normal Superior de Bucaramanga
Bucaramanga

Cordial Saludo

Desde el Grupo de Neurociencias y Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y con aprobación del Comité de Trabajos de Grado de la misma Universidad, se llevará a cabo dentro de la línea de Desarrollo en Evaluación Neuropsicológica un estudio sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito educativo, titulado *“Comparación entre la sintomatología del TDAH identificada por padres y maestros y la sintomatología real del trastorno en niños de colegios de Bucaramanga”*. La Escuela Normal Superior de Bucaramanga es una de las instituciones educativas que participará del estudio razón por la cual, amablemente me dirijo a ustedes con el fin de invitarlos, como padres, a vincularse en el proyecto antes mencionado.

El interés que tenemos de que ustedes participen en el estudio, reside en que desde éste se aportarán elementos de orientación a padres para la identificación y el manejo adecuado del trastorno. Adicionalmente, con los resultados que se puedan obtener del estudio, la institución tiene la posibilidad de brindar, desde su labor, ayuda en los procesos académicos que están siendo afectados por el TDAH, mejorando así la calidad de vida de los niños que lo presentan.

De antemano agradezco la atención prestada y quedo atenta a cualquier inquietud que puedan tener.

Atentamente,

Ps. MSc. LÍA MARGARITA MARTÍNEZ GARRIDO

Directora Principal del Proyecto
Docente Facultad de Psicología
Laboratorio de Neurociencias y Comportamiento
Universidad Pontificia Bolivariana
Tel: 6796220, ext. 506.
e-mail: lmartinez@upbbga.edu.co

Anexo 10

Formato de consentimiento informado para padres

**GRUPO DE NEUROCIENCIAS Y COMPORTAMIENTO UPB - NYC
LABORATORIO DE NEUROCIENCIAS UPB
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

Título Del Proyecto: **Comparación entre la Sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) Identificada por Padres y Maestros y la Sintomatología Real del Trastorno en Niños de Colegios de Bucaramanga.**

1. INTRODUCCIÓN

A usted señor (a) _____ Representante legal de _____ le invitamos a participar en un estudio de investigación cooperativo entre el Grupo de Neurociencias y Comportamiento de la UPB y algunas instituciones educativas.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- ✓ La participación es absolutamente voluntaria.
- ✓ Los beneficios que usted recibirá no son de tipo económico
- ✓ Es importante que usted comunique al grupo investigador cualquier opinión o inquietud que presente sobre su participación en el estudio.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Ahora nosotros describiremos en detalle en qué consiste el estudio de investigación. Antes de tomar cualquier decisión de participación, por favor, tómese todo el tiempo que necesite para preguntar, averiguar y discutir todos los aspectos relacionados con este estudio, con cualquiera de los investigadores del Grupo de Neurociencias y Comportamiento.

Propósito

El propósito de este estudio es generar condiciones que permitan conocer los criterios en que se basan padres y maestros para identificar la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Para este estudio necesitamos evaluar muchos niños de la población y así lograr obtener datos normalizados, a través de los cuales se pueda comparar la identificación que hacen padres y maestros de los síntomas del trastorno, para ello haremos preguntas al niño, a los maestros y a los padres, usted no tiene la obligación de responder a algo que no desee, pero tenga en cuenta que todas sus respuestas serán tratadas de manera absolutamente confidencial, es decir, que ninguna persona fuera del grupo de investigadores se enterará de lo que usted ha contestado. De esta forma, comparando los datos obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados al niño, a padres y a maestros, podremos determinar si se presenta una tipificación errónea de los niños en edad escolar.

Procedimiento

Se ha llevado a cabo un proceso de selección en el cual el maestro, usted y su hijo fueron elegidos para participar en el estudio y es por ello que se le está brindando la información relacionada con él. Posteriormente, serán citados a una entrevista con la cual se desea obtener datos básicos del niño que nos permitan su identificación y así mismo el maestro, usted y su hijo llenarán completamente y de manera honesta una serie de cuestionarios, los cuales serán comparados para evaluar la conducta del niño en diferentes ambientes; esto no quiere decir que

su hijo tenga problemas, es sólo que para el estudio es importante la percepción del padre y del maestro sobre la conducta del niño, así como la percepción del niño sobre sí mismo. Si su niño empieza a tomar medicación en algún momento del estudio por favor infórmenos sobre las medicinas y las dosis que recibirá. Si usted requiere un informe sobre los resultados de las evaluaciones para hacérselas conocer a su médico, puede solicitarlo por escrito y se le hará entrega del mismo, éste informe únicamente le será entregado a usted.

Riesgos

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 no existe ningún tipo de riesgo por hacer parte en el estudio, esto quiere decir que durante su participación en el estudio el maestro, usted y su hijo no correrán ningún riesgo a nivel médico, ni se realizará ningún tipo de intervención clínica. Sin embargo, debe tener en cuenta que algunas preguntas sobre conductas privadas, pueden causarle incomodidad o molestia, pero garantizamos el derecho a su intimidad y a la del niño ya que la información que usted nos suministre será tratada con absoluta confidencialidad. De igual forma, no se divulgarán, ni se publicarán a través de ningún medio los nombres de los participantes y nadie fuera del grupo investigador conocerá su información personal. Los síntomas y diagnóstico que se detecten sólo le será informado al padre si con ello puede conseguirse un tratamiento eficaz y a tiempo.

Beneficios

Los estudios de investigación como éste, sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados para ayudar a los pacientes con problemas psicopatológicos y trastornos relacionados en el futuro. Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio, sin embargo si usted participa en el estudio su hijo será valorado en el área comportamental, lo cual le permite a usted obtener una orientación con respecto a la conducta del menor; además es gracias a la contribución de personas como usted que será posible que se puedan comprender mejor aspectos relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, específicamente con la identificación de los síntomas de este trastorno, de tal forma que se orienten procesos de evaluación, manejo e intervención del mismo.

Reserva de la información y secreto

La información que usted aportará a través de los cuestionarios y la entrevista durante esta investigación será absolutamente confidencial y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia, a cada cuestionario se le asignará un código de tal forma que otras personas auxiliares en la investigación no tengan acceso a sus datos personales. Sólo las investigadoras (responsables del estudio) tendrán acceso al código y su identidad verdadera para poder localizarlo.

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Para que usted pueda comprender mejor su participación en el estudio, a continuación se presenta de manera clara y sencilla algunos aspectos principales:

Derecho a retirarse del estudio de investigación

Es importante que usted tenga claro que puede retirarse del estudio en el momento que desee, sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio, a menos que usted solicite por escrito que su información sea borrada de nuestra base de datos. Al retirar su participación usted deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas y los cuestionarios que usted llenó pueden ser incinerados.

Información médica no prevista

Durante el desarrollo de este estudio es posible que se obtenga información acerca de la conducta de su hijo(a) no prevista, si esta información se considera importante para el cuidado, el bienestar y la salud de su hijo, nosotros le recomendaremos el especialista adecuado y en este caso, nuestra investigación NO cubre los costos de dicha atención. Si nosotros tenemos información relevante acerca de la conducta de su hijo, ésta será suministrada de manera personal, así mismo, si usted obtiene información por parte de otros médicos de alguna enfermedad o aspectos importantes que no conocía antes de vincularse a este estudio, por favor contáctenos pues podría ser importante para nuestro estudio.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento con respecto al proyecto: **Comparación entre la Sintomatología del TDAH Identificada por Padres y Maestros y la Sintomatología Real del Trastorno en Niños de Colegios de Bucaramanga** y haber recibido del evaluador _____ explicaciones verbales sobre el proyecto y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, conciente y voluntariamente manifiesto que he decidido autorizar la participación de _____ de quien soy el representante legal o tutor, dada su imposibilidad de firmar este documento con completa autonomía por tratarse de un menor de edad.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del Evaluador _____ en la ciudad de B/manga el día ____ del mes de _____ del año 2007.

Nombre, firma y documento de identidad del **padre, madre o representante legal:**

Nombre: _____
C.C. #: _____ de _____ FIRMA: _____

Nombre, firma y documento de identidad del investigador:

Nombre: _____
C.C. #: _____ de _____ FIRMA: _____

Anexo 11

Formato de consentimiento informado para maestros

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA LABORATORIO DE NEUROCIENCIAS UPB

Título Del Proyecto: Comparación entre la Sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) Identificada por Padres y Maestros y la Sintomatología Real del Trastorno en Niños de Colegios de Bucaramanga.

El propósito de este estudio es generar condiciones que permitan conocer los criterios en que se basan padres y maestros para identificar la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Para este estudio necesitamos evaluar varios niños de la población y así lograr obtener datos normalizados, a través de los cuales se pueda comparar la identificación que hacen padres y maestros de los síntomas del trastorno, para ello haremos preguntas al niño, a los maestros y a los padres. De esta forma, comparando los datos obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados al niño, a padres y a maestros, podemos determinar si se presenta una tipificación errónea del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Su participación como maestro es de gran relevancia para la investigación, ya que durante el proceso de evaluación usted llenará completa y honestamente una serie de cuestionarios, los cuales serán comparados con los datos obtenidos por medio de los padres, esto permitirá determinar la conducta del niño en diferentes ambientes; esto no quiere decir que su alumno tenga problemas, es sólo que para el estudio es importante la percepción del padre y del maestro sobre la conducta del niño, así como la percepción del niño sobre sí mismo. Es indispensable aclarar que la información que usted nos proporcione será tratada de manera ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL.

El beneficio de esta investigación radica en el aporte sobre el conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Bucaramanga y de manera específica ofrece una orientación básica a los padres y maestros de acuerdo a las características conductuales identificadas en cada uno de los niños evaluados.

Después de haber leído comprensivamente este documento que contiene información con respecto al proyecto: **Comparación entre la Sintomatología del TDAH Identificada por Padres y Maestros y la Sintomatología Real del Trastorno en Niños de Colegios de Bucaramanga** y haber recibido del evaluador explicaciones verbales sobre el proyecto y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, Yo: _____ con C.C. _____ de _____ del _____ Colegio: _____ Maestro del _____ manifiesto que he decidido participar en el estudio.

En constancia firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del evaluador y un testigo, en la ciudad de Bucaramanga el día ____ de _____ de 2007.

Nombre, firma y documento de identidad del Maestro:

Nombre: _____
C.C. _____ de _____ FIRMA: _____

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo:

Nombre: _____
C.C. _____ de _____ FIRMA: _____

Anexo 12

Formato de carta de solicitud del informe

Bucaramanga, noviembre de 2007

Señores

PADRES DE FAMILIA

Colegio de La Presentación

Bucaramanga

Cordial saludo

Desde el Grupo de Neurociencias y Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y con aprobación del Comité de Trabajos de Grado de la misma Universidad, se ha llevado a cabo dentro de la línea de Desarrollo en Evaluación Neuropsicológica un estudio sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito educativo, titulado “Concordancia entre la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros en niños de colegios de Bucaramanga”. El Colegio de La Presentación es una de las instituciones que ha participado del estudio razón por la cual, amablemente me dirijo a ustedes con el fin de informarles que actualmente ya se ejecutaron las fases de evaluación y análisis de resultados del proyecto antes mencionado.

El interés de hacerlos partícipes del estudio consistió en aportar elementos de orientación a padres y maestros acerca de la identificación y el manejo adecuado del trastorno. Adicionalmente a partir de los resultados obtenidos se propuso la entrega de un informe general a la institución y un informe individual a cada niño evaluado que se entregará a los padres de familia, sin embargo, para la elaboración y entrega del informe individual sobre los resultados de las evaluaciones requerimos por parte de ustedes diligenciar la solicitud que aparece al final de este documento, la cual se estará recibiendo a través de la Psicóloga Claudia Marcela Fernández en la sección II Primaria.

De antemano agradezco la atención prestada y quedo atenta a cualquier inquietud que puedan tener.

Atentamente,

Ps. MSc. LÍA MARGARITA MARTÍNEZ GARRIDO

Directora Principal del Proyecto

Docente Facultad de Psicología

Laboratorio de Neurociencias y Comportamiento

Universidad Pontificia Bolivariana

Tel: 6796220 ext, 506

e-mail: lmartinez@upbbga.edu.co

Solicitud de Informe

Yo _____ con C.C. _____ de _____ solicito de manera cordial el informe psicológico de mi hijo (a) _____ del grado _____, correspondiente a la evaluación conductual realizada durante el proyecto denominado "Concordancia entre la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) identificada por padres y la sintomatología del trastorno identificada por maestros en niños de colegios de Bucaramanga".

Firma del Padre de Familia: _____

Anexo 13

MANUAL DE ORIENTACIÓN SOBRE TDAH PADRES Y MAESTROS



**MANUAL DE ORIENTACIÓN SOBRE TDAH:
PADRES Y MAESTROS**

Autoras

**María Delcy Corredor Siachoque
Nidia Katherine Sepúlveda Castañeda**

Colaboradores

**Ps. Lía Margarita Martínez Garrido
Ps. Edward Leonel Prada Sarmiento**

**Universidad Pontificia Bolivariana
Laboratorio de Neurociencias
Bucaramanga
2008**

MANUAL DE ORIENTACIÓN SOBRE TDAH: PADRES Y MAESTROS

1. GENERALIDADES DEL TDAH

- 1.1** Definición
- 1.2** Pronóstico y Curso del TDAH
- 1.3** Funciones Afectadas
- 1.4** Contexto Familiar
- 1.5** Contexto Escolar
- 1.6** Contexto Social

2. PADRES

- 2.1** ¿Realmente mi hijo tiene TDAH?
- 2.2** ¿Cómo ayudo a mi hijo en casa?
- 2.3** ¿Cómo lo ayudo en el colegio?
- 2.4** Tenga en cuenta que...
- 2.5** Apoyo para la familia
- 2.6** Tratamiento

3. MAESTROS

- 3.1** Recomendaciones
- 3.2** ¿Qué necesita el niño del maestro?
- 3.3** Ayuda en el salón de clases
- 3.4** Tenga en cuenta que...
- 3.5** Tratamiento

4. REFERENCIAS

1. **GENERALIDADES DEL TDAH**

1.1 Definición

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo, esto quiere decir que el TDAH NO se adquiere a lo largo de la vida, sino que su aparición se debe a factores genéticos con los que el niño nace, sin embargo, este trastorno se hace más leve o más grave de acuerdo a ciertos factores ambientales (Alimentación, apoyo de la familia, de los maestros, entre otros) (Pineda et al., 2003).



De acuerdo con el DSM IV – TR (2002), el TDAH se caracteriza por presentar tres síntomas que son claves para el diagnóstico: inatención, impulsividad e hiperactividad, los cuales producen una serie de desajustes en el comportamiento y el desempeño del niño; por ello, se reconoce que la crianza del niño con TDAH puede ser difícil, teniendo en cuenta que ellos usualmente están en un estado de actividad continuo y que generalmente presentan problemas para mantener la atención, por lo cual les es difícil comprender instrucciones y completar sus trabajos

Por último, debe señalarse que es en el contexto escolar donde se hacen más evidentes los síntomas del TDAH, ya que éstos traen consecuencias para el niño en diferentes aspectos como: deficientes habilidades de estudio, falta de atención a las instrucciones del docente, suspensión de actividades que le generan frustración, dificultad para permanecer quieto y en silencio.

1.2 Pronóstico y Curso del TDAH

El curso del trastorno depende del diagnóstico preciso y temprano que permita determinar el subtipo y el grado de severidad, con los cuales se orienta el proceso de intervención, sin embargo es necesario tener en cuenta que generalmente los síntomas del TDAH perduran hasta la edad adulta. En la edad infantil la manifestación de las conductas de hiperactividad e impulsividad son más frecuentes pero éstas tienden a disminuir durante la adolescencia y la adultez, siendo en estas dos últimas etapas más evidentes los síntomas de inatención.

Entre los aspectos que determinan el curso y pronóstico del trastorno se encuentran:

- La adherencia al tratamiento farmacológico
- El apoyo psicoeducativo
- El acompañamiento psicológico
- El trabajo simultáneo entre padres de familia, maestros y el niño

1.3 Funciones Afectadas

Generalmente en este trastorno se hallan afectadas las funciones ejecutivas, que son un grupo de procesos cognitivos relacionados entre sí, los cuales están orientados hacia la resolución de situaciones complejas que permiten la regulación de la conducta (Tirapu-Ustárrroz & Muñoz-Céspedes, 2005). Según Anderson (2002), a los 6 años y, habitualmente, por encima de los 9 años los niños ya son capaces de orientar y regular sus acciones, logrando a los 11 años el nivel de control conductual que muestra el adulto. A continuación se explican estas funciones agrupadas en cuatro factores:

5. *Flexibilidad cognitiva*: Capacidad que posee el individuo para cambiar el curso del pensamiento o de las acciones de tal forma que logra adaptarse a

las exigencias del medio, en lo cual interviene además la habilidad de autorregulación de la conducta (Soprano, 2003). Involucra otros procesos como la atención dividida (atención que se da de manera simultánea a dos estímulos), la utilización de la retroalimentación y la memoria de trabajo, definida esta última como un sistema que mantiene y manipula temporalmente la información, por lo que interviene en la realización de importantes tareas cognitivas tales como comprensión del lenguaje, lectura, pensamiento, etc., necesarias a su vez para guiar al conducta (Tirapu-Ustárroz, Muñoz-Céspedes & Peligrín-Valero, 2002).

2. *Establecimiento de metas:* Compuesto por el razonamiento, la planificación y la organización estratégica, siendo estas dos últimas indispensables para la resolución de problemas, del mismo modo involucra la toma de decisiones, la memoria de trabajo y la capacidad de mantener e integrar la información que se relaciona con la tarea o actividad que se está desarrollando. Implica la capacidad para identificar y organizar los pasos y elementos necesarios para llevar a cabo una actividad o lograr un objetivo (Soprano, 2003).



3. *Procesamiento de la información,* concebido como la eficiencia, la fluidez y velocidad con la que se procesa la información obtenida.
4. *Control atencional o Interferencia cognitiva:* Implica la atención selectiva (capacidad de centrar la atención sólo a los estímulos necesarios para la tarea que se está desarrollando), la autorregulación y la capacidad de inhibir una respuesta automática (impulsividad).

1.4 Contexto Familiar

Teniendo en cuenta que son los padres de familia quienes deciden en primera instancia buscar ayuda para orientar la conducta del niño con TDAH, las investigaciones se dirigen entonces a indagar acerca de la relación que existe entre la dinámica familiar y la presencia del trastorno, de esta forma el primer aspecto que se establece en algunas investigaciones (Roselló et al., 2003; García-Castellar, 2006) hacen referencia a factores que aunque no determinan la presencia del TDAH sí condicionan la intensidad con que se manifiestan las conductas, entre ellos se encuentran: La depresión materna, los estilos disciplinarios excesivamente autoritarios o permisivos, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, sentimientos negativos de los padres hacia los hijos y refuerzos positivos escasos.

Algunas investigaciones (Roselló et al., 2003; García-Castellar, 2006) indican que las conductas de los padres y los niños con TDAH se influyen mutuamente, por lo cual la interacción entre ellos en la etapa preescolar se considera precursora del desarrollo de dificultades de comportamiento en edades posteriores, donde por ejemplo, un niño con TDAH con una dinámica familiar disruptiva puede predisponerse en la adolescencia a comportamientos que se caracterizan por más enfados durante las discusiones, comunicación negativa y utilizan la agresión para solucionar sus problemas.



Así mismo, se ha establecido que recibir apoyo y el tipo de tratamiento escogido por la familia para orientar el comportamiento del niño, ejerce gran influencia en el sistema familiar, la manifestación y el pronóstico del TDAH. De esta manera es posible argumentar que aunque el sistema familiar no determina por

sí solo la aparición del TDAH, ni el tratamiento médico logra el control total de los síntomas, la ausencia de estos dos factores (apoyo del sistema familiar y tratamiento médico) contribuyen al incremento de la sintomatología propia del trastorno, por ello se considera indispensable que los psicólogos actúen como psicoeducadores en el sistema familiar (Roselló et al., 2003; García-Castellar, 2006).

1.5 Contexto Escolar

En el ámbito escolar se presentan diversos problemas de conducta que se evidencian en el desempeño académico de los estudiantes, el cual en algunos casos se encuentra afectado por la presencia de determinados trastornos de atención o comportamiento perturbador. Es así como el contexto educativo se considera el escenario en el cual el niño interactúa y desarrolla diferentes acciones con mayor frecuencia, donde se hace más evidente la aparición de síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad, que afectan la ejecución de tareas académicas (Buyer, 2006). Las habilidades que se encuentran más afectadas en el niño son:

Habilidades Matemáticas



Las estrategias de cálculo de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se encuentran menos desarrolladas en comparación con niños sanos, ya que éstos cometen más errores debido a su escasa atención y a las conductas de hiperactividad e impulsividad (Miranda-Casas et al., 2006), lo cual se puede explicar por la afectación de algunas funciones ejecutivas (la inhibición y la flexibilidad cognitiva).

Habilidades Verbales

Los niños con TDAH generalmente presentan dificultades en sus habilidades verbales, las cuales pueden manifestarse a través de dos modalidades: El habla espontánea y el habla dirigida.



El habla espontánea se caracteriza por una tendencia a hablar de manera impulsiva, con incapacidad de inhibir aspectos irrelevantes durante el discurso, ya que los niños consideran importante mencionar todos los aspectos que evocan durante una conversación, lo que explica su dificultad para permanecer en silencio en situaciones que lo requieren como en el salón de clases o actos religiosos (Pineda et al., 1999). El habla dirigida o controlada se caracteriza por una menor fluidez verbal, presencia de bloqueos, interrupciones, comentarios irrelevantes y cambios inesperados en el transcurso de una conversación. También se ha identificado que tanto en el habla dirigida como en la espontánea, los niños con TDAH tienen dificultad para interpretar los significados no literales presentes, por ejemplo en las metáforas, el habla indirecta y las frases hechas del habla cotidiana.

1.6 Contexto Social

El desempeño social de los niños con TDAH se caracteriza por presentar dificultades para seguir reglas y establecer una relación adecuada con sus compañeros de juegos y de estudio, lo cual está determinado por algunas características de los niños con este trastorno:

- Baja tolerancia a la frustración
- Abandono del juego cuando éste se vuelve desfavorable
- Dificultad para resolver problemas interpersonales
- Incumplimiento de reglas
- Participación en múltiples actividades

- Reacciones impulsivas para obtener ventajas inmediatas
- Mentiras

2. PADRES



2.1 ¿Realmente mi hijo tiene TDAH?

Afirmar que un niño tiene TDAH es difícil incluso para los médicos, neurólogos y psicólogos expertos, teniendo en cuenta que el 50% de los niños que lo presentan generalmente muestran síntomas de otros trastornos como por ejemplo dificultades de aprendizaje, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad excesivo infantil, entre otros. Por ello es importante que si usted como padre considera que su hijo tiene conductas propias del TDAH busque la evaluación de un experto para obtener un diagnóstico preciso a partir del comportamiento del niño, con base en el cual se establecen las recomendaciones necesarias para guiar el comportamiento del niño y permitirle mejorar su desempeño en los diferentes contextos.

2.2 ¿Cómo ayudo a mi hijo en casa?

Algunos aspectos a través de los cuales usted puede guiar la conducta característica del niño con TDAH:

- Para facilitar al niño la planificación de cada una de sus actividades, así como la atención durante el desarrollo de las mismas, es de gran utilidad establecer un horario en el cual se determine el tiempo de cada actividad que hace parte de la rutina del niño (jugar, hacer tareas, comer, ver televisión, entre otras). Así mismo, es importante que el niño cuente con la orientación permanente de un adulto, ya que por la impulsividad manifiesta en la conducta es difícil para ellos la culminación de dichas actividades. También tenga en cuenta que el horario puede ser construido con el niño de manera que éste se adecue a las características del horario (tareas cortas que el niño pueda manejar).
- Ya que los niños con TDAH generalmente tienen dificultades en la adquisición de habilidades sociales, se considera necesario observar al niño durante la interacción con sus compañeros, resaltando las conductas positivas y retroalimentando aquellas que no lo son.



- Para que el niño comprenda las reglas e instrucciones que se le dan en la casa es indispensable utilizar frases cortas con un lenguaje claro y sencillo, para que él pueda comprender aquello que se le solicita, así como las consecuencias de no hacerlo, finalmente es importante preguntar si comprendió la instrucción.
- Al niño con TDAH se le dificulta de manera significativa mantener la atención que se requiere para la terminación de las actividades, por tanto

debe reconocerse el esfuerzo empleado en la tarea, más que el resultado o la nota obtenida.

- Durante la elaboración de tareas escolares es importante el acompañamiento de un adulto, requiriendo además un espacio en el cual al niño se le facilite la concentración, evitando estímulos distractores como: Otras personas, televisión y juegos de video. Del mismo modo, distribuya el desarrollo de estas tareas en sesiones cortas, brindándole al niño tiempos de descanso.
- Fomente entre la familia actividades lúdicas y recreativas que fortalezcan los lazos familiares y así establecer relaciones más positivas donde se incremente la afectividad con el niño.



- Sabiendo que la conducta del niño es difícil de manejar, evite que la mayor parte del tiempo que comparta con su hijo sea un espacio negativo que se caracterice por peleas, discusiones, gritos, regaños y castigos.

2.3 ¿Cómo lo ayudo en el colegio?

El aporte fundamental que un padre de familia puede brindar a su hijo en el colegio es mantener un contacto permanente con sus maestros, por lo tanto establezca encuentros permanentes con cada uno de los profesores donde usted pueda enterarse cómo ha sido el rendimiento del niño en el salón de clases (no le atribuya mayor importancia a las notas sino al esfuerzo) y durante el descanso, para identificar aspectos en los que el niño requiere más apoyo.

2.4 Tenga en cuenta que...

- ... el TDAH es un trastorno crónico que requiere de un adecuado y permanente tratamiento con el cual se pueda controlar los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, evitando posteriormente conductas que generen mayores consecuencias.
- ... concentrarse constantemente en los aspectos negativos del comportamiento y/o desempeño del niño, produce en él sentimientos de tristeza y frustración, que pueden acentuar aún más los aspectos negativos.
- ... el apoyo familiar es primordial para afrontar las situaciones que se generan a partir del TDAH, por ello trate de manejar adecuadamente aquellos sentimientos de desespero, impaciencia y angustia que pueden reflejarse en la interacción con el niño.
- ... no debe perder la paciencia con la misma facilidad que su hijo corre, se distrae o actúa impulsivamente.
- ... la conducta del niño con TDAH no es intencional ésta hace parte del trastorno, por ello es importante que la familia busque información con personas expertas, que le permitan una mayor comprensión del mismo.

2.5 Apoyo para la familia



- La educación del niño con TDAH requiere un mayor esfuerzo por parte de los padres, teniendo en cuenta que ésta puede ser una tarea difícil, es indispensable que ellos se apoyen en recíprocamente la resolución de problemas.

- No permita que las problemáticas que surgen alrededor del TDAH produzcan conflictos a nivel de pareja que conlleven a la separación de la misma, si hay dificultades para solucionar algunos conflictos por ustedes mismos, no teman en solicitar la ayuda respectiva.



- Muchos padres tienden a aislarse social y familiarmente, lo cual no es una forma adecuada de manejar el trastorno, por el contrario es importante implementar estrategias que faciliten al niño el desarrollo de sus habilidades sociales.

2.6 Tratamiento

- Se ha demostrado que las personas con TDAH que reciben tratamiento farmacológico obtienen una mayor adaptación y manejo de los síntomas, facilitando así su desenvolvimiento social, su desempeño escolar o laboral y satisfacción con las actividades que desarrollan. Sin embargo, es necesario asesorarse por un profesional que oriente sobre el tipo de medicamento, la dosis y el tiempo adecuado para cada persona.



- Aunque el tratamiento farmacológico es indispensable, este debe complementarse con la intervención psicoterapéutica, a partir de la cual se orienta sobre: adherencia al tratamiento, manejo de sentimientos y conductas, apoyo familiar, alcanzar una mayor comprensión del trastorno, potenciar los aspectos positivos del niño con TDAH y diseñar e implementar estrategias para afrontar las dificultades ocasionadas por el TDAH.

3. MAESTROS



3.1 Recomendaciones

- Evite emitir alguna consigna o tipificación sobre la conducta del niño en el salón de clases o ante otros profesores.
- Observe detenidamente el desempeño académico, comportamental y social del niño para identificar los aspectos en los que usted puede ofrecer su apoyo y retroalimentación e igualmente informar a la familia sobre el comportamiento del niño en el colegio.
- Indague sobre las características del TDAH, su manifestación en el comportamiento e implicaciones en el ámbito escolar.
- No se involucre en controversias sobre el uso de los fármacos. No tiene que estar ni a favor ni en contra.
- Si el niño necesita una dosis durante el horario de clases, ayude y supervise para la adecuada administración en el horario correcto.
- Cree una alianza de trabajo con los padres, donde puedan planear y desarrollar objetivos y técnicas comunes, para lo cual es necesario establecer una comunicación permanente.

- En ocasiones brinde las instrucciones de forma individual o solicítele a un compañero con quien tenga buena relación que le colabore con el seguimiento de la instrucción.
- Organice y planifique las actividades del niño, conservando tiempos cortos e instrucciones claras que faciliten el mantenimiento de la atención, así mismo exprese indicaciones claras y sencillas asegurándose de que éstas sean comprendidas por el niño.
- Tenga en cuenta el ritmo de trabajo del niño para no presionarlo demasiado porque esto podría generar estados de ansiedad y frustración; aunque en algunas ocasiones se le debe exigir un tiempo determinado, de tal forma que él aprenda a manejar estas situaciones.



- Una modalidad para la ubicación del niño con TDAH en el salón de clase es la oportunidad de situarlo en una mesa cercana para supervisar mejor las labores que el niño está realizando y evitar que este se distraiga permanentemente con estímulos irrelevantes.
- Retroalimente frecuentemente al niño sobre su comportamiento y desempeño, preferentemente en forma positiva e intervenga de manera inmediata sobre los aspectos por mejorar, evitando hacer observaciones severas, o correcciones de lo que se ha hecho mal delante de otras personas y menos por medio de gritos o insultos, esto genera en el menor sentimientos de rechazo, inferioridad y afecta su desempeño académico y personal.
- Recomiéndele a los padres que el niño tenga el horario de clases en un lugar visible de su casa y de sus cuadernos o carpetas.
- Promueva la utilización de una agenda en la que se planeen y organicen tareas, evaluaciones y labores, la cual sea revisada por docentes y acudientes para facilitar al niño el cumplimiento de sus deberes.

- De ser posible combine actividades lúdicas con clase magistral, o implemente técnicas que faciliten el trabajo del niño.

3.2 ¿Qué necesita el niño del maestro?

- Un docente que conozca el trastorno y las características del niño para que pueda apoyarlo a través de estrategias que le permitan potencializar las habilidades del niño.
- Un docente que le preste atención, le brinde respeto, confianza y le exprese sus objetivos y reglas de manera clara y sencilla.



- Necesita que el docente por su creatividad le permita participar de actividades donde se generen adecuados procesos de aprendizaje a través de actividades que faciliten su concentración.

Paciencia y comprensión, rescatando el esfuerzo que el niño invierte en cada actividad.

3.3 Ayuda en el salón de clases

- Trate de trabajar de manera interdisciplinaria, buscando apoyo para ofrecer al niño un ambiente mas estructurado.
- Controle el nivel de distractores y/o estímulos presentes en el aula.
- Obtenga la atención del niño antes y durante la instrucción, para lo cual puede ser de gran utilidad el mantenimiento del contacto visual con usted.
- Para el trabajo en grupo y el puesto asignado en el aula de clases, asegúrese de que sus compañeros más cercanos sean tranquilos y colaboradores.

- Proporcione instrucciones breves, simples y claras; si el niño lo solicita estas pueden ser repetidas.
- Siente al niño en una posición próxima a la suya.
- Si es posible, utilice en sus clases compañeros "tutores", que acompañen al niño en el desarrollo de las tareas.

De acuerdo con Scandar, (2002-2004) existen algunas técnicas implementadas desde el aula de clase, a través de las cuales se ofrece apoyo en el desempeño de tareas académicas a los niños. A continuación se presentan algunas de ellas:

CONTRATOS COMPORTAMENTALES

Permiten establecer un compromiso específico entre el estudiante y el docente. El niño se compromete a realizar determinados comportamientos y si esto se lleva a cabo de manera eficaz, el docente reforzará positivamente la conducta del niño. Generalmente se hacen por escrito, de forma concisa (tres ítems), de aplicación diaria y sencilla.

ECONOMIA DE FICHAS



Esta es una forma de contrato comportamental más extenso, el cual consiste en la elaboración de un listado de comportamientos que se premian con una "ficha" cuando son cumplidos por el niño. Luego el alumno puede cambiar la ficha por una serie de premios o privilegios. La importancia de esta estrategia es que el niño comprenda cómo su comportamiento puede facilitarle su desempeño académico y social.

ENTRENAMIENTO EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Esta técnica es considerada una de las más eficaces y se realiza por medio de la implementación de talleres orientados a desarrollar y fortalecer en el niño las habilidades para la resolución de problemas personales e interpersonales con el objetivo de mejorar su comportamiento y desempeño social (L. Braswell, L. & M. L. Bloomquist, 1991). Los aspectos que se tienen en cuenta son la utilización de sistemas de refuerzo, instrucciones directas y juego de roles, retroalimentando paso a paso las acciones del niño. Por ejemplo, se le enseña a detenerse para obtener una descripción y comprensión del problema, luego a explorar

AUTOMONITOREO



Se busca fomentar en el niño la capacidad de autoevaluación y autocontrol sobre su comportamiento. Estas técnicas son útiles para conseguir una mejoría en la desempeño académico, en el perfil atencional y el comportamiento impulsivo. (E. S. Shapiro & C. L. Cole, 1994 y P. A. Teeter, 1998).

soluciones alternativas, etcétera.

PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE CONTINGENCIA PARA LA ESCUELA Y EL HOGAR

Permite desarrollar una serie de acciones en las que se articula el trabajo de los padres de familia con el maestro. Consiste en un reporte por escrito que hace el maestro sobre el comportamiento del niño en la escuela con base en un formato o plantilla, que posteriormente se entrega a los padres para que ellos continúen con el proceso en la casa. En esta estrategia el niño también obtiene "fichas"

tanto en la escuela como en el hogar por su comportamiento y son los padres quienes intercambian las fichas premios y/o privilegios.

ENSEÑANZA A CARGO DE UN COMPAÑERO

Se le asigna al niño con TDAH un compañero que le brinde apoyo en la realización de tareas académicas y sociales, manteniendo la supervisión del maestro en el salón de clases.

3.4 Tenga en cuenta que...

- Es más productivo centrarse en los aspectos positivos que concentrarse en los aspectos negativos de su comportamiento y/o desempeño
- En el TDAH los comportamientos del niño se dan por las características neuropsicológicas del trastorno, no son causados intencionalmente por el niño, por tanto, evite calificarlo de vago, desinteresado y no interprete sus actos como desobedientes, rebeldes o desafiantes.
- Un buen docente con el apoyo de la comunidad educativa puede ofrecer un ambiente que promueva las habilidades del niño con TDAH y trabaje sobre sus dificultades, implementando algunas estrategias de acuerdo con los recursos de la institución.
- Si el niño está medicado manténgase al tanto de los efectos positivos deseados, de los posibles efectos colaterales y de cualquier cambio que haya en el tratamiento farmacológico.

3.5 Tratamiento

- Aunque los fármacos generan algunos efectos secundarios (cefalea, insomnio, pérdida de apetito, sequedad en la boca, dolor de estomago), es indispensable tener en cuenta las causas del trastorno y los beneficios que se obtienen con el medicamento ya que facilitan en el niño la atención, concentración, disminución de los impulsos, entre otras.

4. REFERENCIAS

- Anderson P. (2002). Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychology*; (8): 71 – 82.
- Buyer, D. (2006). La evaluación Neuropsicológica y las Escuelas. Asociación Americana de Trauma Cerebral. [homepage]. Consultado el día 20 de septiembre de 2006 de la World Wide Web: www.biausa.org
- DSM-IV-TR (2002). American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- García-Castellar, R., Jara-Jiménez, P., Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M.J. & Siegenthaler-Hierro, R. (2006). Impacto familia de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad subtipo combinado: Efecto de los problemas de conducta asociados. *REVNEUROL* 42 (3): 137-143.
- Miranda-Casas, A., Marco-Taverner, R., Meliá-de Alba, A., Mulas, F. & Roselló, B. (2006). Dificultades en el aprendizaje de matemáticas en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *REVNEUROL* 42 (Supl 2): S163-S10
- Pineda, D.A., Gutiérrez-Clellen, V., Henao, G.C., Restrepo, M.^aA. & Sánchez, D. (1999). Comportamientos verbales diferentes en niños de 7 a 12 años con déficit de atención. *REVNEUROL* 29 (12): 1117-1127.
- Pineda, D., Arango, C.P., Builes, A., Galvis, A.Y., Gómez, M., Lopera, F., Martínez, J., Merchán, V., Montoya, P., Puerta, I. C., Salazar, E.O., Velásquez, B. & Zapata, M. (2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana paisa. *REVNEUROL* 36 (7): 609-613.
- Roselló, B., García-Castellar, R., Mulas, F. & Tarrasa-Minués, R. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *REVNEUROL* 36 (Supl 1): 579-584.

- Scandar, R.O. (2002 – 2004). Programa de Estrategias Preferenciales. <http://www.deficitdeatencion.org/m01.htm>. En este documento el autor toma como base las siguientes fuentes:
 - E. D. Copeland & V. L. Love 1995
 - G. DuPaul & G. Stoner, 1994
 - G. L. Flick, 1998
 - K. Nadeau & E. Dixon, 1991
 - H. Parker, 1992
 - S. Rief, 1997
 - S. Rief, 1993
 - E. S. Shapiro & C. L. Cole, 1994
 - P. A. Teeter, 1998

- Soprano, A.M. (2003). Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *REVNEUROL* 37 (1): 44 – 50.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Muñoz-Céspedes, J.M. & Peligrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: Necesidad de una integración conceptual. *REVNEUROL* 34 (7): 673 - 685.
- Tirapu-Ustárrroz, J. & Muñoz-Céspedes, J.M. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *REVNEUROL* 41 (8): 475 - 484.

Para mayor información sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad consulte las siguientes páginas:

- Programa de Estrategias Preferenciales www.tdah.org.ar
- Fundación Gradas www.gradas.org.co
- Déficit de atención hiperactividad y trastornos de aprendizaje www.deficitdeatencion.org
- Todos Bien. Información científica y avanzada sobre las emociones y el comportamiento. www.todosbien.com
- [American Academy of Family Physicians](http://familydoctor.org/e118.xml) TDAH: Lo que los padres deberían saber <http://familydoctor.org/e118.xml>

