



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Máster de Investigación Aplicada a la Educación

Trabajo de Fin de Máster

**Un estudio comparativo del conocimiento y la actitud sobre el
TDAH entre los estudiantes del Grado de Educación Primaria y
los maestros en activo**

Presentado por

Alberto Ordóñez Ruiz

Directores

María del Valle Flores Lucas

Luis Jorge Martín Antón

Valladolid, Junio de 2017

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas las personas que han colaborado y apoyado en este trabajo, haciendo una realidad la realización de este Trabajo Fin de Máster.

Primeramente a mi familia por su apoyo incondicional durante toda una vida y de forma especial estos meses.

A mis tutores por su orientación y ayuda para seguir avanzando sin detenerme. La elaboración de este trabajo no estuvo exenta de dificultades pero recibí el apoyo y confianza para solventarlas.

A mis compañeros, aportando su granito de arena a lo largo del curso y, de forma más especial, a aquellos que nos hemos ayudado y apoyado tanto en la realización del TFM como a lo largo del Máster.

De igual forma a los maestros y estudiantes que colaboraron con los cuestionarios. Su participación y colaboración hicieron posible dar un impulso a este trabajo.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comparar los conocimientos sobre el TDAH y la actitud mostrada de 55 estudiantes del grado de Educación Primaria de la Universidad de Valladolid del Campus La Yutera (39 de primer curso y 16 de segundo curso) y 52 maestros en activo de varios centros de Palencia. Los participantes cumplieron el cuestionario (KADDS) en versión española y el cuestionario ASKAT, adaptado al castellano.

Los resultados mostraron un porcentaje medio de aciertos del 35.44 % en primero, 39.9 % en segundo y 49.51 % en maestros. Obtuvieron mejores puntuaciones medias con el cuestionario ASKAT, siendo de 52.05 % en primero, 63.75 % en segundo y 72 % en maestros en activo. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a tratamiento, síntomas y diagnóstico entre segundo y maestros. Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a la actitud mostrada entre los tres grupos. Por otro lado, las variables mostraron un grado bajo de correlación. Finalmente se comentan los aspectos formativos del estudiante de grado y la formación continua del maestro.

ABSTRACT

The objective of this study was to compare knowledge about ADHD and attitude showed towards it of 55 students from Primary Education Degree of University of Valladolid Campus La Yutera (39 from first year and 16 from second year) and 52 teachers of several schools in Palencia. The participants completed the Spanish version of KADDS and the Spanish adaptation of ASKAT questionnaire.

The results showed an average of correct answers of 35.44 % in first year, 39.9 % in second one and 49.5 % in teachers. Scores were obtained higher with the ASKAT instrument, being 52.05 % in first year, 63.75% in second one and 72 % in

teachers. No significant differences were found regarding treatment and symptoms and diagnosis subscales between groups of second year and teachers. No significant differences were found in attitude among the three groups. On the other hand, the variables showed a minor degree of correlation. Finally, some training aspects about the Degree and permanent training in teachers are commented.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, estudiantes, grado de Educación Primaria, maestros, conocimiento, actitud

KEYWORD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, students, Primary education Degree, teachers, knowledge, attitude

ÍNDICE

<u>Parte 1: Marco teórico</u>	1
1. Introducción/ Planteamiento del problema.....	1
2. Información general sobre el TDAH	3
2.1. Definición	3
2.2. Marco histórico del TDAH.....	4
2.3. Etiología.....	6
3. Diagnóstico y tratamiento.....	7
3.1. Diagnóstico.....	7
3.2. Trastornos asociados.....	7
3.3. Criterios de diagnóstico del DSM-5.....	8
4. Tratamiento	12
4.1. Tratamiento farmacológico	12
4.2. Tratamiento psicológico	13
4.3. Tratamiento psicosocial: Intervención en aula.....	14
4.4. Tratamiento psicopedagógico	15
4.5.....	16
Remedios naturales.....	16
5. Marco legislativo	17
5.1. Referencias al alumnado con necesidades.....	17
5.2. Formación del profesorado.....	19
6. Importancia del conocimiento y la actitud	20
6.1. Actitud	20
6.2. Conocimiento.....	22
6.3. Estudios realizados sobre el conocimiento del TDAH y actitud.....	23
6.3.1. Investigaciones realizadas con maestros.....	24
6.3.2. Estudios con estudiantes de educación y maestros.....	26
6.3.3. Instrumentos más usados para evaluar el nivel de conocimiento	29
6.3.4. Programas destinados a la mejora del conocimiento y actitud hacia el TDAH.....	35
<u>Parte 2: Marco empírico</u>	39
7. Objetivos.....	39
8. Hipótesis de investigación.....	39

9. Método.....	41
9.1. Participantes.....	41
9.2. Procedimiento.....	43
9.2.1. Centros educativos.....	43
9.2.2. Facultad de Educación de Palencia.....	45
9.3. Análisis de datos.....	46
9.4 Instrumentos de recogida de datos.....	48
10. Resultados	51
10.1. Escala KADDS	51
10.1.1. Porcentajes medios de respuestas correctas, incorrectas y desconocidas.	51
10.1.2. Ítems correctos	51
10.1.3. Concepciones erróneas	52
10.1.4. Desconocimiento	52
10.1.5. Puntuaciones en las subescalas y diferencias significativas.....	53
10.1.6. Escala total (KADDS).....	56
10.1.7. Correlaciones entre las subescalas y la escala total (KADDS)	56
10.2. Cuestionario ASKAT (Mulholland, 2016).....	57
10.2.1. Escala para el Conocimiento Específico de TDAH (SASK)	57
10.2.2. Escala para las Actitudes Específicas del TDAH (SASA)	60
10.3. Correlación conocimiento sobre el TDAH y actitud hacia el alumnado TDAH	60
11. Discusión y conclusiones.....	62
11.1. Escala KADDS	62
11.2. Cuestionario ASKAT	63
11.2.1. Escala para el Conocimiento Específico de TDAH (SASK)	63
11.2.2. Escala para las Actitudes Específicas del TDAH (SASA)	64
11.3. Relación entre conocimiento sobre el TDAH y actitud mostrada	66
11.4. Limitaciones del estudio.....	67
11.5. Futuras líneas de investigación	68
Referencias	69
Apéndices.....	77
Apéndice 1.....	77
Apéndice 2.....	80
Apéndice 4.....	86

Índice de tablas

Tabla 1: Reuniones con los centros

Tabla 2: Reuniones con la Facultad de Educación de Palencia

Tabla 3: Ítems más acertados en KADDS

Tabla 4: Concepciones erróneas en KADDS

Tabla 5: Ítems más desconocidos en KADDS

Tabla 6: Puntuaciones de los Grupos en la subescala de Información General del KADDS

Tabla 7: Puntuaciones de los Grupos en la Subescala de Síntomas/Diagnóstico del KADDS

Tabla 8: Puntuaciones de los Grupos en la Subescala de Tratamiento KADDS

Tabla 9: Coeficientes de Correlación entre KADDS y Subescalas

Tabla 10: Puntuaciones de los Grupos en SASK

Tabla 11: Ítems más acertados en SASK

Tabla 12: Concepciones Erróneas en SASK

Tabla 13: Ítems Desconocidos en SASK

Tabla 14: Coeficientes de Correlación Conocimiento y actitud

Parte 1: Marco teórico

1. Introducción/ Planteamiento del problema

Desde mis prácticas realizadas en centros educativos observo que el alumnado es bastante más diverso de lo que cabe pensar, encontrando niños y niñas con diversas dificultades de aprendizaje y distintos ritmos de trabajo. Dado que en mis prácticas estuve en un centro que contaba con un gran número de alumnado diverso, lidié con varios alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante, TDAH) por aula, siendo un tema que me despertó interés, ya que mi conocimiento sobre este trastorno era limitado. De igual forma contemplé que otros estudiantes de prácticas estaban en mi situación, por lo que el conocimiento era algo escaso y la actitud hacia este alumnado era más precavida, al no saber que estrategias llevar a cabo. Estas prácticas no debidamente adecuadas se deben a la falta de formación o de la experiencia docente. Gracias al periodo de prácticas, se mejoró en estos dos aspectos si se compara con el estado inicial.

Los docentes son los principales encargados de dar respuesta a sus necesidades educativas, por lo que es interesante conocer la formación que tienen sobre este trastorno (conocimiento acerca del mismo), así como la actitud que tienen hacia este alumnado. Así mismo, mi propio conocimiento sobre este trastorno ha aumentado a raíz de mi período de prácticas, al intervenir de forma práctica con alumnado TDAH, ya que requieren estrategias concretas que les permita ser capaces de realizar las tareas programadas, así como mostrar mayor atención y autocontrol.

El papel de la escuela es de suma importancia ya que uno de cada cuatro de estos alumnos cae en el fracaso escolar, por lo que es necesario poner el foco de atención a los siguientes indicios:

- Falta de atención.
- Pobre control de los impulsos.
- Escasas habilidades de organización.
- Dificultades para elegir y mantener prioridades.
- Escasas estrategias en resolución de problemas.
- Baja autoestima.
- Escasas relaciones con iguales.
- Alterar el ritmo de la clase.
- Rendimiento errático en las tareas encomendadas.

Estos problemas suelen aumentar en la etapa de Educación secundaria (Castells y Castells, 2012), por lo que la figura del docente en Educación infantil y primaria tiene mayor relevancia, al poder detectar y llevar a cabo las actuaciones pertinentes. Por este motivo se justifica analizar qué conocimiento sobre el TDAH y qué actitud tiene el profesorado actual de primaria y los futuros docentes.

Este análisis posibilitará comprobar las diferencias existentes entre ambos grupos y, si tras recibir la formación e incorporarse a la práctica profesional, el conocimiento es mayor y la actitud mostrada hacia este alumnado es más positiva. Por último, es necesario investigar el conocimiento del profesorado sobre el TDAH y la actitud hacia el alumnado con este trastorno (Kos, Richdale y Hay, 2006)

2. Información general sobre el TDAH

2.1. Definición

El TDAH es uno de los trastornos infantiles más frecuentes; se estima su prevalencia entre un 3% a 7% de los niños en edad escolar (American Psychological Association, 2000). Comprende los patrones de conductas continuas de desatención, hiperactividad e impulsividad, considerando la presencia de este trastorno cuando estas conductas son más frecuentes e intensas de lo que es habitual según la edad y el desarrollo del niño (Amador, Forns, y González, 2014). El DSM-5 (APA, 2013) considera que este trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual en las personas de la misma edad y del mismo nivel de desarrollo.

Los problemas de atención y las conductas hiperactivas e impulsivas se acrecientan en la etapa de Educación Primaria (Amador et al., 2014), haciendo difícil la consecución de los objetivos en áreas académicas distintas como la lectura o las matemáticas (DuPaul, Volpe, Lutz Lordh, y Gniber, 2004). Esto afecta al rendimiento académico, favoreciendo que sea bajo e incluyendo en frecuencias mayores la media de suspensos, repetición de curso o incluso el abandono escolar (Barkley et al., 1990; Manuzza et al., 1993). Además de estas conductas, otras características pueden asociarse como desequilibrios emocionales, insuficiencia cognitiva o comorbilidades, es decir, la posibilidad de desarrollo de otros problemas mentales como trastornos de la conducta (TC), trastorno desafiante (TOD), depresión y ansiedad (Biederman et al., 2002)

Su incidencia se localiza entre un 3-5 %, siendo mayor en niños que en niñas, en una proporción 3:1 (Castells, 2009). Por otro lado, Pascual indica que predominaba en varones respecto a mujeres pero ahora se encuentra de forma similar en ambos sexos, predominando en varones la hiperactividad y en mujeres el déficit de atención. En cuanto a su naturaleza, El TDAH es de naturaleza

crónica, entre un 50 y un 80% de niños con TDAH sigue manifestando síntomas relacionados con el trastorno en la adolescencia (Barkley, 1990). Estos síntomas pueden deteriorar el funcionamiento de la persona en varias situaciones y contextos que como son la casa, la escuela, el trabajo, el deporte, el ocio o la relación con los compañeros, amigos y/o familiares (Amador, et al., 2014).

Por tanto, es de vital importancia identificar el problema con el fin de solventar nuevas situaciones, de forma que el docente adquiere un mayor rol. Es importante que el profesorado conozca este tema ya que son los encargados de guiar su proceso de enseñanza-aprendizaje e incluso de detectar los casos, siendo la escuela el lugar donde el niño pasa mayor tiempo en situaciones específicas donde se requiere concentración, atención y un control de la conducta.

2.2.Marco histórico del TDAH

-Siglo XVIII

De las primeras referencias escritas en torno a la inatención pertenece a los trabajos escritos de físico Alexander Crichton (1798). Detalla las características básicas de la inatención, manteniéndose acorde al criterio del DSM-IV (APA, 2000)

-Siglo XIX

John Haslam relata en su libro *Observations on Madness and Melancholy* (1908, p.120) el caso de un niño de tan solo dos años. Tenía tendencia a romper objetos, era incontrolable, travieso y con poca capacidad de atención.

En la segunda mitad del S. XIX, el físico alemán Henrich Hoffman (1854) describió lo que denominaba como síndrome hiperkinético en un informe de un niño que presentaba síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. Para ello examina su conducta en situaciones distintas aunque no fueron de gran impacto en la comunidad científica al no ser categorizadas como tal.

-Siglo XX

El pediatra británico George Still (1902) habla del trastorno por mediación en su artículo publicado en la revista *The Lancet*. En dicho trabajo describía a 20 niños y niñas con síntomas entendidos hoy en día como TDAH. Mostraban inatención y problemas en el control de su conducta y, ante estas dificultades, el pediatra se refirió a estos síntomas como *Defecto de Control Moral*. Ya desde estos tiempos se suponía que era un trastorno neurobiológico y con carácter hereditario.

Años más tarde Tredgold (1908) extendió la teoría biológica de Still. Sugirió que algunos daños sufridos en el cerebro pueden presentar problemas de comportamiento o dificultades de aprendizaje en edades tempranas. Por su parte Kramer-Pollnow (1934), describió el concepto de Síndrome hiperkinético, caracterizado por los síntomas de inquietud, distracción y trastornos del habla.

En los años 50 surgió el concepto de *Síndrome del comportamiento hiperkinético* siendo la hiperactividad y la impulsividad los síntomas se reconocieron como los principales. Posteriormente, a raíz de los estudios realizados por Birch, Herbert y Rapin (1946) se cuestionó que el daño cerebral causara problemas de comportamiento ya que la mayoría de los niños con estos problemas no mostraron evidencias de daños cerebrales. Por tanto, del término Daño Cerebral Mínimo, se pasó a Disfunción Cerebral Mínima (DCM).

Fue la década de los 70 cuando el interés por la hiperactividad aumentó, especialmente en Estados Unidos. Entre sus síntomas principales se destacaban los de inatención, exceso de actividad e impulsividad, siendo las bases de este trastorno. El trabajo realizado por Douglas fue clave en la recategorización de este trastorno en DSM-3 (APA, 1980) como Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad. Posteriormente, se revisó el DSM-3, elaborando un listado de 14 síntomas que se referían a la atención y a la hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, no hubo subtipos de trastorno en esta revisión.

-Siglo XXI

Las diferencias entre los tres subtipos de trastorno quedan recogidas en el DSM-4 (2002), es decir, inatención, hiperactividad e impulsividad y combinado. Por otro lado, deben cumplirse por lo menos seis criterios relativos a un subtipo durante un periodo de tiempo de al menos seis meses.

Con la publicación del DSM-5 (2013), se realizaron cambios en los criterios de diagnóstico en cuanto a este trastorno. Con el paso de los años, estas ediciones han explicado con detalle la definición del trastorno y, de forma más específica, sus síntomas y comorbilidad.

2.3. Etiología

Autores como Amador, et al., (2014) consideran un origen multifactorial, combinando factores genéticos, biológicos y ambientales. Este origen es percibido de forma similar por García (2006), señalando que convergen distintos factores causales y trastornos asociados. Otras teorías de relevancia sitúan una causa genética y neurológica (Biederman, 2004; Inostroza, 2007)

Otros autores como Sibón (2010), indica que las causas de este trastorno no están claras, pensando que en casos de hiperactividad predominan las causas biológicas, en otros ambientes y, mezcla de las anteriores. Por otro lado, Amador, et al., (2014) consideran como factores de protección o mantenimiento la calidad de relaciones familiares y de las prácticas educativas, aunque no como factores etiológicos.

Así mismo, existen estudios que ponen de manifiesto la importancia de la herencia en el TDAH. Los familiares de una persona con TDAH tienen mayor probabilidad de presentar este trastorno que los de los grupos control. Esta investigación demuestra que del 10-35 % de los familiares de primer grado de los niños con este trastorno, lo padecen también.

3. Diagnóstico y tratamiento

3.1. Diagnóstico

Su diagnóstico se realiza desde el ámbito clínico, mediante una exploración psicopatológica e incluso neuropsicológica. Muchas veces cuenta con una perspectiva psicométrica, como la evaluación del Cociente Intelectual (CI), habitualmente medido con la Escala de Inteligencia de Wechsler (WISC). Es imprescindible disponer de información proveniente de tres fuentes principales (San Sebastián, 2010): la familia (exploración directa de su conducta), centro escolar y aplicación de cuestionarios de evaluación (cumplimentados por parte de padres, madres, profesorado y evaluador).

3.2. Trastornos asociados

Un aspecto a tener en cuenta en el diagnóstico del TDAH es la presencia de otros trastornos comórbidos, así como la presencia de otras conductas asociadas que tiene gran relevancia tanto en el diagnóstico como en el tratamiento (Amador, et al., 2010). La comorbilidad es realmente elevada, presentando el 80 % de los pacientes al menos un trastorno comórbido (Jensen et. al, 2001). Cabe resaltar:

- Trastorno negativista desafiante (30-50 %)
- Trastorno disocial (14 %)
- Trastornos emocionales: del estado de ánimo (15-75 %) y de ansiedad (35-35 %)
- Trastorno de la comunicación.
- Retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje (30 %)
- trastornos del aprendizaje (15-30 %)
- Trastorno de tics y Gilles de la Tourette (11 %)

Un 70-80 % del alumnado con TDAH presentará al menos un trastorno psiquiátrico asociado y acerca del 40 % al menos dos. Dada la presencia de la comorbilidad, el diagnóstico es más complicado y la respuesta al tratamiento es inferior.

Los niños con TDAH suelen presentar problemas para finalizar las tareas, menor rendimiento escolar, mayor asistencia a clases de apoyo y mantienen una interacción menor con sus iguales y profesores (Amador, et al., 2010).

3.3. Criterios de diagnóstico del DSM-5

A continuación se detalla la clasificación del TDAH según el DSM-5:

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar.

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

-Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

-Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

-Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

4. Tratamiento

Su tratamiento es complejo y disciplinario ya que se necesita de la intervención de psiquiatras, pediatras, psicólogos, pedagogos y profesores; entre sus objetivos destaca mejorar las funciones sociales y cognitivas, a través de terapias conductuales y tratamiento farmacológico (Portela, Carbonell, Hechavarría, y Jacas, 2016).

4.1. Tratamiento farmacológico

Los medicamentos son eficaces pero además de ellos se requieren varias estrategias para manejar con efectividad el TDAH. Esta forma es la combinación de medicamentos, dieta y cambios de estilo de vida (Castells y Castells, 2012). Por tanto no existe un único tratamiento eficaz para todos los casos, siendo este individualizado. Estos fármacos mejoran la capacidad de concentración de los pacientes que presentan TDAH con el fin de reducir sus impulsos y movimientos, gracias al aumento de neurotransmisores en el espacio sináptico de las conexiones de las neuronas

No obstante el uso de los medicamentos tiene limitaciones, ya que no todas las personas responden de forma positiva a la medicación (10-30 %) y su efecto no es igual sobre todos los síntomas y conductas asociadas a este trastorno (como es el caso de la conducta, relaciones sociales y rendimiento escolar). También necesita de la aceptación de los padres, situándose la negación de este tratamiento en un 6-21 % (MTA Cooperative Group, 1999). Por otro lado, algunos

autores sugieren que esta medicación podría causar retraso del crecimiento (Charach, Figueroa, Chen, Ickowicz, y Schachar, 2006; Poulton, 2005; Swanson et al., 2007) o incluso producir retraso mental o problemas cardiovasculares (Adler, 2008; Fung y Lee, 2009; Montañés, Gangoso, y Martínez, 2009)

Por tanto, el docente es un profesional que, desde la escuela, tiene un rol importante en el alumnado. Entre sus acciones destacan:

- Disponer de información clara sobre este trastorno y sus repercusiones.
- Formarse en estrategias educativas eficaces con estos niños y niñas tanto referidas al control de la conducta como al aprendizaje.
- Adaptarse a sus necesidades, teniendo en cuenta sus demandas y reforzando sus buenas conductas (Fundación Adana, 2016).

4.2. Tratamiento psicológico

Este tratamiento se basa en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC), el cual está fundamentado en un análisis funcional de la conducta para identificar los factores encargados de que la conducta inadecuada permanezca. Una vez delimitadas las conductas que se quieren cambiar, se procede a observación y registro de las mismas, con el fin de construir un sistema de contingencias que sea adecuado a los objetivos propuestos y se planifica un programa de reforzamientos, que será posteriormente evaluado (Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2010). Entre esos reforzamientos cabe citar actitud positiva, alabanza, recompensas y privilegios. Por otro lado, otras técnicas que permiten modificar la conducta son la economía de fichas, extinción, tiempo fuera o sobrecorrección.

Es un tratamiento que resulta más eficaz si se centra en el niño, padres y madres y el centro educativo, ya que usa programas de entrenamiento a los padres y

madres y profesorado con técnicas operantes y, en el caso del propio niño, técnicas cognitivo-conductuales

Respecto al tratamiento psicológico conductual-cognitivo del TDAH que ha demostrado una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela; utiliza programas de entrenamiento a padres y profesores con técnicas operantes (reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, etc.) y técnicas cognitivo-conductuales con el propio niño (entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, etc.) (Del Corral, 2003; Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008)

4.3. Tratamiento psicosocial: Intervención en aula

La intervención del profesorado es un gran apoyo para detectar los casos de TDAH ya que desarrolla varias actividades y comparte un gran número de horas (FEAADAH.) El maestro busca modificar esa conducta, las condiciones del trabajo y las propias relaciones sociales del niño en la escuela. Esta intervención se resume en términos de entrenamiento en técnicas de modificación de conducta que posibilita controlar y manejar el comportamiento. Por otro lado implementa estrategias para modificar la situación del niño en el aula o las condiciones del trabajo (Amador, et al., 2010):

- Situarse al niño cerca del profesor.
- incluirle en un grupo que pueda ayudar.
- Modificar la metodología docente.
- Reducir la cantidad total del trabajo.
- Secuenciar las tareas largas en partes más pequeñas.

-Otorgarle períodos de tiempo para cumplimentar las tareas.

4.4. Tratamiento psicopedagógico

Su objetivo es mejorar el rendimiento académico y realizar acciones dirigidas a la mejora de su adaptación escolar. Esta mejora del rendimiento se hace por medio de la reeducación psicopedagógica, siendo esta “un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo intervenir sobre los efectos negativos del TDAH en relación a su aprendizaje y competencia académica” (Alda, Serrano, Ortiz, y San, 2010, p. 4)

Entre sus acciones se incluyen:

-Mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas.

-Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, subrayado, resúmenes y esquemas).

-Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes.

-Mejorar la autoestima en cuanto a la competencia académica, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.

-Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas.

-Reducir o eliminar comportamientos inadecuados como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.

-Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño/adolescente y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.

-Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

4.5.Remedios naturales

A los padres les gustaría tratar a sus hijos de forma alternativa. Sin embargo, hay falta de estudios fiables por la dificultad de coste por lo que las personas que realizan los estudios no pueden beneficiarse de ello (Castells y Castells, 2012). Para ellos se trabaja en mejorar la salud del niño en varios aspectos como los de:

-Mejora del estilo de vida

-Desintoxicación y equilibrio intestinal

-Control y restricción dietética.

-Suplementación

Aunque estas mejoras no suponen curación de TDAH, sí es una manera de ayudar a su mejora sin poner obstáculos. Otros consejos o recomendaciones incluyen la modificación del estilo de vida, contemplando aspectos como el ejercicio, evitar contaminantes en el ambiente y tener una alimentación saludable y equilibrada. De hecho, el ejercicio físico en niños con TDAH podría tener beneficios en la función neurocognitiva, el ámbito conductual y social, en la función ejecutiva (Pontifex, Saliba, Raine, Piccietti, Hilman, 2012; Smith et al., 2013) y en el control inhibitorio (Hillman, Pontifex, Raine, Castelli, Hall, Kramer, 2009; Smith et al., 2013)

5.Marco legislativo

5.1. Referencias al alumnado con necesidades

En el título I de la **Constitución española** de 1978 se establece que *“todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza”* (art.27), teniendo como objeto *“el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales”*. Por tanto, la educación consigue que cada individuo tome un papel en la sociedad y que adopte su visión de la realidad.

Por su parte la Ley Orgánica de Educación (**LOE, 2006**), se refiere al objetivo de conseguir una educación de calidad, donde todo el alumnado tenga las mismas oportunidades, respondiendo a sus necesidades. Se quiere conseguir que *“todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales”*.

LOMCE (2013) en el artículo 27, relativo a la evaluación y promoción del alumnado, se busca que

Con la finalidad de facilitar que todos los alumnos y alumnas logren los objetivos y alcancen el adecuado grado de adquisición de las competencias correspondientes, las Administraciones educativas establecerán medidas de refuerzo educativo, con especial atención a las necesidades específicas de apoyo educativo.

En el artículo 71 (apartado 2), de especifica que las Administraciones educativas son las encargadas de asegurar los recursos para que el alumnado que requiera necesidades educativas especiales, dificultades de aprendizaje, TDAH, altas capacidades y otras condiciones de acceso, puedan lograr el máximo desarrollo de sus capacidades personales y los objetivos marcados de carácter general. Por lo tanto, todo alumno que asista a un centro y tenga alguna necesidad, será

atendido en su proceso de enseñanza-aprendizaje, partiendo de los mismos derechos que el resto de alumnos.

La LOMCE se basa en el principio de equidad

Que garantice la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, la inclusión educativa, la igualdad de derechos y oportunidades que ayuden a superar cualquier discriminación y la accesibilidad universal a la educación, y que actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad.

R.D 26/2016 de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León:

-En la sección segunda se especifica la definición de atención a la diversidad, siendo esta *“el conjunto de actuaciones y medidas educativas que garantizan la mejor respuesta educativa a las necesidades y diferencias de todos y cada uno de los alumnos en un entorno inclusivo, ofreciendo oportunidades reales de aprendizaje en contextos educativos ordinarios.”*

En el artículo 23, se especifican los Principios generales de actuación para la atención a la diversidad, entre los cuales cabe destacar:

- a) La consideración y el respeto a la diferencia y la aceptación de todas las personas como parte de la diversidad y la condición humana.
- b) El respeto a la evolución y desarrollo de las facultades del alumnado con capacidades diversas.
- c) La personalización e individualización de la enseñanza con un enfoque inclusivo, dando respuesta a las necesidades educativas del alumnado, ya sean

de tipo personal, intelectual, social, emocional o de cualquier otra índole, que permitan el máximo desarrollo personal y académico.

d) La equidad y excelencia como garantes de la calidad educativa e igualdad de oportunidades, ya que esta solo se consigue en la medida en que todo el alumnado aprende el máximo posible y desarrolla todas sus potencialidades.

e) La detección e identificación temprana de las necesidades educativas del alumnado que permitan adoptar las medidas educativas más adecuadas para garantizar su éxito educativo.

f) La igualdad de oportunidades en el acceso, la permanencia y la promoción en la etapa.

5.2. Formación del profesorado

La LOE en su capítulo III, señala la formación docente tanto inicial como permanente del profesorado. La formación inicial se ajustará a las necesidades de titulación y de cualificación requeridas por la ordenación general del sistema educativo. Será necesario estar en posesión de las titulaciones académicas correspondientes así como la formación pedagógica y didáctica correspondiente, con el fin de ejercer la docencia (art.100).

La formación permanente se enmarca como *“un derecho y una obligación de todo el profesorado y una responsabilidad de las Administraciones educativas y de los propios centros”* (art. 102.1). De igual forma, esta formación permanente contemplará los conocimientos y métodos a la evolución de ciencias y didácticas específicas, así como otros aspectos, para mejorar la calidad de la enseñanza en materia de igualdad (art. 102.2). Estos conocimientos se verán complementados por tutorías y asesoramientos proporcionados por profesorado especializado.

En caso de la formación en centros públicos, la propia administración pública planificará las actividades de formación del profesorado con una oferta diversificada y gratuita, estableciendo las medidas correspondientes para favorecer la participación del profesorado en dichas actividades. (art.103.1)

6.Importancia del conocimiento y la actitud

6.1. Actitud

Las actitudes son un aspecto básico en la conformación de cada persona ya que indican la disposición para actuar (Mayor y Pinillos, 1989), por lo que las actitudes predisponen a responder a un determinado estímulo con una respuesta concreta (Ovejero, 2007). Ésta indica un estado ligado a estereotipos o a una información previa, siendo la actitud consecuencia del grado de conocimiento e influyendo en el desarrollo del mismo (Guyton, 1975). Es una idea cargada de emotividad que predispone a una clase específica de acciones ante un determinado estímulo (Triandis, 1971).

Como resultado, las personas tienen la capacidad de cambiar la actitud durante su vida y, dado que ésta se puede modificar, puede ser educable, enseñada e instruida al profesorado en su formación inicial ya que los maestros son los encargados de educar al alumnado (Cano y Macías, 2013). Autores como García-Fernández, Inglés, Vicent, González, y Mañas (2013) comparten que una formación inicial correcta que proporcione al docente la información y herramientas, así como que le capacite para atender al alumnado dentro del aula, le permitirá asumir actitudes positivas y conductas apropiadas. Por lo tanto, la formación inicial es realmente importante para que puedan adquirir herramientas con el fin de dar respuesta educativa al alumnado en su proceso de enseñanza-aprendizaje (Granada, Pómes, y Sanhuesa, 2013).

La actitud del profesorado es un aspecto clave en el proceso de inclusión educativa, siendo la actitud una posición u orientación del pensamiento, que se traduce en una forma específica de pensar, actuar o reaccionar (Beltrán, 1998). Tanto la actitud como la experiencia docente tienen una importancia clave porque son las personas que participan con el niño (García Castaño, 2001). Por su parte, Granada et al. (2013, p.57) concluyen que “las actitudes del profesorado, entendidas como el conjunto de percepciones, creencias, sentimientos y formas de actuar, impactan la disposición hacia la inclusión de personas con NEE”. Por lo que una actitud positiva hacia estas prácticas favorecerá el proceso de inclusión y, una actitud negativa reducirá las oportunidades de aprendizaje y participación. Además, las actitudes del docente son factores de suma importancia para el alumnado pero también para el propio profesorado (Bekle, 1994; Blume-D’Ausilio, 2005).

Esta se compone de tres dimensiones:

- a) Cognoscitiva: a partir de percepciones, creencias o información sobre algo.
- b) Afectiva: sentimientos a favor o en contra de algo.
- c) Conductual: tendencia a reaccionar hacia algo de una forma concreta (Beltrán, 1998)

Al disponer de varios componentes, las actitudes pueden analizarse de forma múltiple, atendiendo a algunos aspectos específicos como comportamiento, emociones o creencias Ohan, Cormier, Hepp, Visser, y Strain (2008).

A partir de estas dimensiones pueden definirse las actitudes como constructos psicosociales inferidos e individuales que se encuentran bajo el dominio de estímulos concretos y objetos de referencia capaces de incitar una respuesta por parte del individuo (Verdugo, Jenaro y Arias, 1995)

6.2. Conocimiento

Beltrán, Torres, Beltrán, Velázquez, y Beltrán (2007) señalan que el docente puede ayudar al niño con este trastorno para concentrarse, reducir su ansiedad y tener un rendimiento al máximo de sus posibilidades. Para ello es necesario que el profesorado conozca que es este trastorno, adaptando para ello las tareas a sus características individuales (Hidalgo y Soutullo, 2006). Se conoce también que las percepciones de los maestros a los estudiantes diagnosticados TDAH se ven afectadas por su conocimiento sobre este trastorno (Ohan et al., 2008).

Orjales (2002) apunta que para realizar la labor docente, el profesorado necesita tener información sobre el TDAH., al igual que información sobre el grado en que el trastorno afecta al niño. Esta información puede ser obtenida a través de diálogos con los profesionales de la salud, así como con la lectura de textos relativos a este trastorno. Esa necesidad de profundizar en el conocimiento del trastorno debe llevarle a la realización de cursos, promoción de los mismos, así como leer e investigar sobre este tema, sin olvidar acudir al servicio de orientación para ser conocedor de las pautas a seguir con el fin de dar una respuesta educativa adecuada (Ortega, 2014)

Para poder tratar de manera correcta al alumnado con TDAH es necesario adquirir información en términos de características, consecuencias y métodos eficaces para enfrentarse a este trastorno (Moreno, 2008). Por otro lado, Ohan et al. (2008) señalan que es fundamental una información detallada sobre el origen y etiología de este trastorno, así como la identificación de sus características y el uso de estrategias docentes a nivel de aula.

6.3. Estudios realizados sobre el conocimiento del TDAH y actitud

Barkley (1998) ya sostenía que el TDAH es uno de los trastornos más estudiados en la psicología, siendo un tema de interés para los investigadores. Varios estudios han demostrado que hay una correlación positiva entre el conocimiento sobre el TDAH y la actitud hacia el alumnado de este tipo (Bekle, 2004; Blume-D'Ausilio, 2005; Jerome et al, 1994; Kos, 2004).

Las dos variables se han analizado en múltiples investigaciones desarrolladas con docentes, obteniéndose puntuaciones bastante variables y poniendo de manifiesto que la formación en este ámbito parece ser insuficiente para atender a las necesidades específicas del alumnado con TDAH. El alumnado pasa mucho tiempo en el centro educativo, jugando precisamente la etapa escolar un rol clave para identificar los niños con TDAH. De hecho se ha demostrado que los maestros detectan con mayor frecuencia a los niños con TDAH que los propios padres o especialistas médicos (Arnett, MacDonald, y Pennington, 2013).

Autores como Ghanizadeh, Fallahi, y Akhondzadeh (2009) señalan que la falta de conocimiento y una actitud inadecuada por parte de los docentes pueden tener efectos muy negativos y, por el contrario, si la actitud es de tolerancia y de apoyo pueden mejorar la baja autoestima, el aislamiento social y también las carencias de derechos en el alumnado. En esa misma línea se encuentra el estudio de Ohan et al. (2008), concluyendo que los maestros con un conocimiento alto mostraron más conductas de apoyo hacia los niños con TDAH y unas creencias más positivas que los maestros con conocimiento menor.

Esta importancia de ambas variables, se ha visto recogida en múltiples investigaciones, existiendo la necesidad de realizar investigaciones en el conocimiento del profesorado sobre el TDAH y la actitud hacia el alumnado con este trastorno (Kos, Richdale, y Hay, 2006).

6.3.1. Investigaciones realizadas con maestros

Sciutto, Terjesen, y Bender-Frank (2000) fueron los encargados de crear y validar una nueva herramienta de recogida de datos, el cuestionario KADDS (descrito posteriormente). En la comparación de las puntuaciones de las subescalas, se percibe que hay una diferencia significativa entre las tres áreas del conocimiento, siendo en la subescala de síntomas/diagnóstico más significativas ($p = .010$) que las de tratamiento y de información general. Hubo una media de 35.58 % de lagunas (respuesta desconocidas por los participantes) y 14.76 % de respuestas incorrectas, por tanto, un 48.6 % fue el porcentaje de aciertos.

En la tesis de Stacey (2003), se realizó un estudio piloto usando el cuestionario KADDS que contó con la participación de 46 maestros. Se obtuvieron puntuaciones de 72 % en síntomas/diagnóstico, 55 % en tratamiento y 51 % en información general, obteniendo así una media de respuestas acertadas del 57 %. Además, había diferencias significativas entre las subescalas comparando síntomas/diagnóstico con el conocimiento general y tratamiento pero no entre la de conocimiento general y tratamiento.

De los estudios que refieren un mayor nivel de conocimiento del TDAH es el trabajo de Bekle (2004), en el que el profesorado respondió de forma correcta al 82.85 % de los ítems del ADHD Knowledge Scale (Jerome, Gordon, y Hustler, 1994). Este mismo cuestionario sería administrado por Ohan et al., (2008), obteniendo una media del 76.34 % en respuestas correctas, sin haber diferencias significativas en cuanto al sexo ($p = .150$) ni correlaciones significativas entre el conocimiento del TDAH y años de experiencia ($r = .05$) o número de estudiantes con TDAH enseñados ($r = .16$)

En la tesis doctoral de González (2006), se emplean dos cuestionarios para valorar el conocimiento de los maestros en escuelas públicas y privadas de Puerto Rico y la actitud mostrada hacia el alumnado. En esta investigación se muestra que los

maestros de escuela pública y privada tenían un conocimiento inadecuado y sin gran interés en mostrar una actitud correcta para dar apoyo educativo especial.

Jarque y Tárraga (2007) realizaron una adaptación al castellano del cuestionario *Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (KADDS). Fue una replicación del estudio inicial llevado a cabo por Scituito et al. (2000) en el que contaron con una muestra de 193 maestros. Entre sus resultados, destacan un porcentaje promedio de aciertos del 31.67 % en conocimiento general, 63.88 % en síntomas/diagnóstico y 40.46 % en tratamiento. Sus conocimientos correlacionaron de forma positiva con el número de horas en formación ($r = .17$), número de estudiantes con TDAH ($r = 0.287$) y grado de autoeficacia percibida.

En estudios posteriores se observa que el conocimiento de los maestros sobre TDAH es aceptable en gran parte de las dimensiones evaluadas. Sin embargo, el profesorado muestra un conocimiento inadecuado sobre las causas que dan lugar a este trastorno (Martínez-Frutos, 2012; Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y Peyres-Egea, 2014).

Este mismo año, Swanson (2012) emplea el cuestionario KADDS desarrollado por Scituito et al. (2000), administrándolo a seis áreas de Nueva York. Incluye cinco campus de colegios públicos en tres distritos independientes en la zona sur de Texas. De la muestra inicial de 341 se quedó en 107 y se obtuvo una media de 46.49 en conocimiento general, 66.70 en síntomas/diagnóstico y 56.92 en tratamiento. Entre sus conclusiones, destaca que hubo diferencias significativas en las puntuaciones de las tres subescalas.

Por otro lado, Alkahtani (2013), realizó un estudio con una muestra de 429 maestros. Se obtuvo el porcentaje más bajo de conocimiento sobre el TDAH con tan sólo un 17.2 % de respuestas acertadas, usando como instrumento el KADDS. Sin embargo, este resultado fue tan bajo debido a la poca participación de los

sujetos (21.45 %) y la generalidad queda limitada por este factor y por el hecho de que solo hubo una zona geográfica de estudio.

En el trabajo de Soroa, Gorostiaga, y Balluerka (2016) se emplea el Cuestionario para evaluar el conocimiento de los maestros acerca del TDAH (MAE-TDAH; Soroa et al., 2014), así como su versión en lengua vasca. Esta prueba correlacionó de forma positiva con el cuestionario KADDS con una correlación entre $r = .39$ y $r = .58$. Entre sus resultados destaca que los maestros respondieron de forma correcta el 62.85 % de los ítems del cuestionario pero el conocimiento sobre el TDAH fue bastante bajo, mostrando errores en las dimensiones síntomas/diagnóstico y etiología y mostrando lagunas importantes en las dimensiones información general (56 %) y etiología (36.77 %). De igual forma al estudio anterior, el conocimiento sobre TDAH en maestros sin formación fue inferior a los que recibieron educación formal y no formal en todas sus dimensiones.

6.3.2. Estudios con estudiantes de educación y maestros

El primer estudio del que se dispone de referencias es el de Jerome et al. (1999). La muestra estuvo formada por 42 alumnos y 439 maestros. El cuestionario utilizado estuvo formado por 20 ítems con opción de “verdadero” o “falso”, obteniéndose un porcentaje de 78 % en los maestros y de prácticamente lo mismo por los estudiantes (77 %). Así pues, las conclusiones a raíz de este estudio fue la igualdad de puntuaciones obtenidas a nivel de conocimiento y de mitos sobre el TDAH.

Otra referencia importante es la de Kos, Richdale, y Jackson (2004), en la que participaron un total de 120 maestros y 45 alumnos en Australia. El cuestionario desarrollado por ellos mismos consistió en 20 ítems de “verdadero” o “falso”, siendo el porcentaje de aciertos de un 78 % por parte de los maestros y 56 % en

estudiantes. Entre sus conclusiones, destaca que hubo una correlación significativa entre el contacto con niños y niñas TDAH y el conocimiento. Además, tanto alumnos como maestros tuvieron un conocimiento real mayor que el percibido sobre el TDAH.

Jarque y Tárraga (2009) realizaron un estudio con maestros en activo y estudiantes de magisterio de primer y tercer año. Nuevamente utilizaron el cuestionario KADDS adaptado a su versión española. En cuanto al conocimiento, fue bastante bajo en las tres muestras, contestando correctamente a menos de la mitad de los ítems del cuestionario. Los alumnos de tercero son los que obtuvieron mayores aciertos (43.6 %), por encima de los maestros en activo (42.65 %) y los alumnos de primer año (34.72 %). Por otro lado, hay diferencias significativas de forma que los estudiantes de primero mostraron menos conocimiento sobre el TDAH que los de tercero. El dato relevante es la no presencia de diferencias significativas entre los estudiantes de tercero de magisterio y los maestros en activo.

En la investigación realizada por Anderson, Watt, y Noble (2012) se comparó los maestros en activo de New South Wales (Australia) y los estudiantes de educación de la universidad de Nueva Inglaterra. En sus resultados se mostró que los maestros en activo tienen significativamente un mayor conocimiento total del TDAH (características, tratamiento de causas de este trastorno) que los maestros en formación. En cuanto a la actitud mostrada hacia el alumnado con TDAH, los maestros en servicio mostraron comportamientos más favorables hacia este alumnado que los estudiantes con experiencia. Sin embargo, mostraron menos afecto que los estudiantes sin experiencia. En este estudio se utilizó el cuestionario KADD-Q de West, Taylor, Houghton, y Hudyma (2005),

Una vez revisados los estudios sobre el conocimiento del TDAH, se percibe que los resultados obtenidos son bastante dispares en cuanto al número de aciertos.

Sin embargo, estos resultados tan dispares han de ser tenidos en cuenta de forma cauta, ya que, como señala Soroa, Gorostiaga, y Balluerka (2016), varios instrumentos utilizados no contaban con las propiedades psicométricas adecuadas.

A través de los estudios mencionados, se evidencia una relación entre el conocimiento y la actitud, particularmente su conocimiento y actitud específicos hacia el TDAH, y su comportamiento final en el aula (Glass y Wegar, 2000; Kos et al., 2006). Por tanto es de vital importancia que el profesorado tenga un nivel alto de conocimiento del TDAH y una actitud positiva hacia los niños que presentan comportamientos TDAH para evitar un fracaso potencial de detectar alumnos que requieran apoyo educativo o comportamental y/o derivación para la evaluación (Mulholland et al., 2015).

Como se percibe de estos estudios realizados, el cuestionario KADDS es de los más utilizados para valorar el conocimiento sobre el TDAH (como también su adaptación al castellano por Tárraga y Miranda, 2007). En este caso, los resultados son mucho más fiables y válidos que otros instrumentos previamente utilizados. Dado su amplio uso y su resultado variable (porcentajes de respuestas correctas de 48.6 % en Sciutto et al. (2000), 57 % de Stacey, (2003) 42.65 % en Jarque y Tárraga (2009), 56.7 % en Swanson (2012) y 17.2 % en Alkahtani (2013)), considero interesante el uso de este cuestionario para ser capaz de compararlo con estudios anteriores.

Sciutto et al. (2015) realizaron comparaciones del conocimiento y las lagunas de los maestros, utilizando el cuestionario KADDS. Varias son las explicaciones a estas diferencias en las puntuaciones del cuestionario, atendiendo principalmente a aspectos culturales.

Otra razón es el hecho de las dificultades de adaptación del cuestionario para su uso en muchas culturas, ya que se suele recurrir al método de la traducción como

forma de adaptación. Las mismas palabras pueden tener significados distintos y afectan a las respuestas dadas (Ercikan y Lyons-Thomas, 2013). Por tanto una adaptación efectiva necesita de algo más que una simple traducción. Por otro lado, el formato de respuesta del KADDS (verdadero, falso, no lo sé), proporciona algo de información sobre la confianza de las personas en las muestra en su precisión de su conocimiento.

6.3.3. Instrumentos más usados para evaluar el nivel de conocimiento

A raíz de los estudios antes mencionados, se observa que varios son los cuestionarios aplicados para la recogida de información. Entre las diversas herramientas cabe mencionar las siguientes:

1. Escala de conocimiento de TDAH (Jerome, Gordon y Hustler, 1994)

Este instrumento se desarrolló en lengua inglesa para valorar el conocimiento general de los maestros en cuanto al TDAH. Consistía de dos secciones:

-20 ítems de aspectos sociodemográficos como la edad, sexo, años de experiencia, etc. Contaba con un formato de elección múltiple.

-20 ítems, de los cuales 13 eran positivos y 7 negativos, con respuesta dicotómica (Verdadero o falso).

Se aplicó a una muestra de 1289 maestros de educación primaria (439 en los Estados Unidos y 850 en Canadá). La mayoría eran mujeres (89 %) y con una edad comprendida entre los 31 y 50 años (67 %). El 79 % enseñaba en clases ordinarias mientras que un 21 % eran maestros de educación especial. En cuanto a las reglas de puntuación, las respuestas correctas reciben un punto y las incorrectas cero. Por tanto, el rango se sitúa de 0 (el peor resultado) a 20 (la más elevada).

Como aspectos negativos, cabe resaltar que al tratarse de una respuesta dicotómica, no se obtiene información detallada sobre el conocimiento real de los docentes. Además, no se señalan las propiedades psicométricas del instrumento.

2. Escala de Conocimiento del TDAH (KADDS) (Sciutto, Terjesen y Bender, 2000)

Se desarrolló en los Estados Unidos y es uno de los más usados para evaluar el conocimiento del TDAH de los docentes. Es el instrumento pionero en indicar la confiabilidad y validez.

Consiste en 36 ítems en total que miden tres áreas del conocimiento:

- Síntomas/Diagnóstico (9 ítems)
- Información general (15 ítems)
- Tratamiento del TDAH (12 ítems)

En este caso es una respuesta con tres opciones posibles (Verdadero, falso, no lo sé), permitiendo así superar las limitaciones de las respuestas dicotómicas (Verdadero, falso) y obtener una información más precisa en las áreas anteriormente mencionadas. De esta forma se conoce en qué área es mayor el conocimiento del docente.

Tras varias investigaciones preliminares con el objetivo de comprobar la confiabilidad, administraron la escala final de 36 ítems junto con un cuestionario sociodemográfico (edad, sexo, experiencia docente, especialidad) y una escala de 7 puntos de autopercepción de su efectividad como docentes hacia los niños con TDAH.

En cuanto a la puntuación, se otorga un punto por cada respuesta correcta y cero por las incorrectas y las desconocidas. Por tanto, se puede obtener una puntuación de 0 a 36 (la más alta).

Para su confiabilidad se calcula su consistencia interna gracias a Alfa de Cronbach, obteniéndose .71 por cada una de las subescalas y .86 en la total de 36 ítems. Las relaciones entre las subescalas mencionadas y la total es bastante elevada ($r = .85$ hasta $r = .91$) y con una correlación alta en las subescalas (de $r = .63$ a $r = .69$).

Para analizar la estabilidad, se administró dos veces el cuestionario a una muestra de 185 universitarios, con un intervalo de dos semanas entre ambas aplicaciones. Gracias a estas pruebas, se obtuvo una correlación entre $r = .59$ y $r = .70$ para las subescalas y .76 en la escala total.

En cuanto a la validez del instrumento, se analizaron las correlaciones existentes entre las puntuaciones de la escala y las variables relacionadas al constructo.

3. Cuestionario del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Kos, Richdale, y Jackson, 2004)

Este instrumento persigue evaluar el conocimiento real y percibido de los maestros de primaria y los que se encuentran en prácticas. En su sección b incluye tanto ítems de Jerome et al. (1994), como de Scitutto et al. (2000).

Es un instrumento más extenso que consta de:

Sección A: aspectos sociodemográficos de la muestra y una escala análoga que indica los que conocen de este trastorno.

Sección B: Un total de 27 ítems con respuesta de 3 opciones (verdadero, falso, no lo sé) para valorar el conocimiento real del TDAH.

Sección C: Identifica estrategias docentes que pueden usarse con el alumnado TDAH. Para ello cuenta con preguntas de respuesta múltiple y preguntas abiertas.

Sección D: Recoge información sobre las creencias de los participantes sobre el TDAH y las posibilidades de tener alumnado de este tipo en el aula. Cuenta con 31 ítems que indican el grado de acuerdo o desacuerdo.

Sección E: Evalúa las creencias en cuanto a las estrategias llevadas a cabo en el aula con el alumnado TDAH. Tiene 56 ítems divididos en secciones e indican el grado de acuerdo o desacuerdo.

Sección F: Dos ítems de respuesta múltiple en los que los sujetos responden si quieren mayor formación en el TDAH o no, así como concretar la forma más apropiada para descubrir más sobre este trastorno.

Este cuestionario está revisado por psicólogos dedicados al campo de la educación y se administró finalmente a una muestra de 120 maestros de primaria en Victoria (91 mujeres y 29 hombres) y a 45 estudiantes en su último año de carrera. Sin embargo, no hay publicaciones que señalen evidencia de validez o índices de confiabilidad.

4. Cuestionario para evaluar el conocimiento de los maestros acerca del TDAH – MAE TDAH, versión española (Soroa, Balluerka, y Gorostiaga, 2013)

Es un desarrollado en España que persigue evaluar el conocimiento de maestros de infantil y primaria acerca del TDAH. Se divide en dos secciones principales:

Sección A: Parte sociodemográfica que incluye aspectos como edad, sexo, especialidad, experiencia docente, etc. Igualmente reúne datos de conocimiento percibido por los maestros y su habilidad percibida para enseñar al alumnado con este trastorno.

Sección B: Se encarga de evaluar el conocimiento real con un total de 26 ítems de respuesta con 3 opciones (verdadero, falso, no lo sé).

El cuestionario se encarga de evaluar cuatro áreas de conocimiento (información general, síntomas y diagnóstico, etiología y tratamiento).

Para determinar la validez del mismo, un total de ocho expertos en TDAH en varios campos de conocimiento (psiquiatras, pediatras, psicólogo en educación y un experto en educación) participaron. El cuestionario inicial de 105 ítems se redujo a 76 y se realizó un estudio piloto con 68 maestros de infantil y primaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco y de Navarra. Tras esta participación, los autores de este instrumento obtuvieron un cuestionario final de 51 ítems. Por último, se aplicó a una muestra de 526 maestros de infantil y primaria de las comunidades antes mencionadas.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, se llevó a cabo un análisis factorial. Se obtuvo un factor igual o mayor a .35. Por otro lado, la dimensionalidad del cuestionario se examinó con un análisis de factores exploratorio basado en correlaciones. Para la confiabilidad, se calculó el coeficiente Omega que varió de .83 a .91 para las subescalas.

La validez convergente se comprobó comparando los resultados de los sujetos en el cuestionario con los obtenidos en la versión española del KADDS, obteniendo correlaciones de $r = .58$ para la información general, $r = .43$ para los síntomas/diagnóstico, $r = .30$ para la etiología y $r = .39$ para el tratamiento (siendo $p < .01$ en cada subescala). La validez externa se comprobó gracias a las correlaciones entre las puntuaciones del cuestionario y las variables relacionadas, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento percibido sobre TDAH por los docentes y las puntuaciones de las subescalas ($r = .38$ para la información general, $r = .37$ para síntomas (diagnóstico), $r = .30$ para la etiología y $r = .31$ para el tratamiento). Sin embargo, la validez se limitó a dos comunidades autónomas (País vasco y Navarra).

5. The knowledge about Attention Deficit Disorder Questionnaire (KADD-Q) (West, Taylor, Houghton, y Hudyma, 2005)

Es un instrumento utilizado para evaluar el conocimiento del TDAH de maestros de primaria y secundaria, como también de los padres. Es una escala de 67 ítems que se basa en 20 ítems del KADDS, con 3 opciones de respuesta (verdadero, falso, no lo sé). Se encarga de medir las áreas de causas del TDAH, características del TDAH y tratamiento.

Para el análisis de confiabilidad y validez, se selección de forma aleatoria centros del área de Perth (Australia). La muestra consistió en 348 participantes (265 profesores y 92 padres y madres). La confiabilidad del KADD-Q y sus subescalas se estimó con Alfa de Cronbach, obteniendo $\alpha = .91$ en profesores y $.93$ en padres y madres. Sus subescalas obtuvieron un alfa mínimo de $.80$ y las correlaciones fueron moderadas en profesores (de $r = .34$ a $r = .56$) y mayor en padres y madres ($r = .56$ a $r = .77$). Por otro lado, no se evaluó la validez convergente.

Sin embargo, las muestras de profesores y padres y madres eran pequeñas y homogéneas en cuanto al espacio geográfico. Tiene carencias de índices de confiabilidad y su validez convergente no se ha observado.

Entre estos instrumentos observados, nos decantamos por el cuestionario KADDS al ser el primer instrumento construido para valorar el conocimiento del TDAH cuyas propiedades psicométricas han sido publicadas. Por otro lado, presenta propiedades psicométricas adecuadas, tanto en fiabilidad como validez. Dada la disponibilidad de su versión adaptada española, es realmente útil para este estudio al partir de un cuestionario realmente utilizado.

6.3.4. Programas destinados a la mejora del conocimiento y actitud hacia el TDAH

Los docentes pueden mejorar su formación a raíz de programas destinados al entrenamiento de los maestros a través de programas. En ellos se recogen las técnicas de actuación sustraídas de otros programas como son los de modificación de la conducta, establecimiento de pautas o técnicas disciplinarias¹

Revisando la literatura actual, varios son los programas orientados a trabajar aspectos del TDAH con docentes, con el objetivo de mejorar el conocimiento acerca de este trastorno.

En un estudio piloto realizado por Syed y Hussein (2010), aplicaron un programa de entrenamiento con centros educativos de varias zonas de Karachi. Este programa consistía en 10 horas totales en un periodo de 5 días (2 horas diarias), en el que participaron 49 profesores de tres colegios. En este programa se usaba un enfoque interactivo, combinando videos y materiales impresos.

Las cuatro primeras horas se trabajaban áreas relacionadas con el desarrollo y la psicoeducación, así como aspectos básicos del TDAH, diagnóstico, comorbilidad y medicamentos de forma breve. Del tercer al quinto día se centraban en herramientas de medición como la de Connors para profesores o escalas parentales (Connors, 1999). Se centraba en técnicas comportamentales y casos prácticos, así como situaciones reales en grupos de trabajo. Aquí se incluían herramientas de modificación de la conducta como tablas de observación, refuerzos, técnicas de respuesta y otras estrategias.

Los resultados fueron analizados partiendo de un cuestionario de 20 ítems, aplicado antes y después de la intervención. Destaca la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de 1.48 a 2.95 y $p < .005$. Eso muestra que hubo una mejora en las puntuaciones entre el grupo de docentes

que asistió al programa, manteniéndose la diferencia significativa incluso después de los 6 meses.

En un estudio realizado por Lasisi, Ani, Lasebikan, Sheik, y Omigdun (2017), se tomó una muestra de 159 maestros de primaria de siete colegios (84 en el grupo experimental y 75 en el control). Se realizó una intervención basada en World Health Organisation's Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (MhGAP-IG). Gracias a su contenido se trató de aspectos como los síntomas, trastornos asociados, tratamientos, intervenciones de la conducta y medicación.

En sus resultados se aprecia inicialmente que las puntuaciones en conocimiento y actitud hacia el TDAH no fueron significativas entre los grupos aunque el grupo experimental tuvo puntuaciones significativamente mayores en el conocimiento de la intervención de la conducta. Tras la intervención, el grupo control puntuó significativamente más en el conocimiento del TDAH ($p = .0001$), conocimiento de las intervenciones de la conducta ($p = .005$) y significativamente menores en actitudes negativas hacia el TDAH ($p = .0001$).

Pautas metodológicas en aula

Según la Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad o Fundación (Fundación CADAH, s.f.), los docentes pueden beneficiarse de la formación recibida por un especialista y así otorgarles unas estrategias metodológicas, que serán aplicadas en el aula con los alumnos y las alumnas con TDAH. Entre estas pautas cabe destacar las siguientes:

-Atender el orden de los elementos que se encuentran en el aula usados por los alumnos y alumnas. Gracias a estas medidas se consigue evitar distracciones por

parte de los compañeros y cambiar las distribuciones para la realización de trabajos en grupo.

-Situarse al alumnado TDAH en lugares ventajosos, es decir, lejos de elementos que favorezcan su distracción como pueden ser ventanas, puertas o algunos compañeros.

-Confirmar que las instrucciones dadas han sido entendidas correctamente. Para ello se habla desde una posición cercana, explicando de forma precisa y simple y manteniendo el contacto visual.

-Comprobar la agenda y los horarios. Una explicación inicial de su uso y una supervisión puntual son beneficiosos. Es de igual forma un medio de comunicación con las familias del alumnado, en caso de mensajes que no resulten de gran urgencia.

-Controlar el tiempo de cada actividad, así como ayudar al alumnado en el control de las mismas a través de un reloj.

-Dividir una tarea o ejercicio de dificultad en otras más sencillas, favoreciendo las que tienen un contenido visual.

-Proveer de retroalimentación positiva inmediatas en la medida de lo posible, halagando los comportamientos positivos o las habilidades mostradas.

-En la realización de actividades, empezar de lo concreto hacia lo más abstracto, comprobando frecuentemente la realización de las mismas

-Fomentar las autoinstrucciones, permitiendo al alumnado que repita las instrucciones dadas.

-Recordar al alumnado la tarea a realizar, en lugar de recriminar su falta de atención.

-Enseñarle técnicas básicas de estudio y facilitar su participación en aula.

-Usar recursos informáticos e internet como motivación.

**Pautas que puede seguir el profesor en el entrenamiento en autoinstrucciones
(Fundación ADANA, s.f):**

-El adulto verbaliza los pasos que conlleva la realización de una tarea mientras el niño observa cada paso.

-Repetición por parte del alumno de las instrucciones mientras realiza la tarea bajo la supervisión del adulto que se asegura de la comprensión de las mismas.

-El niño realiza la tarea repitiendo las instrucciones en voz baja.

-Internalización de las instrucciones. Las dice para sí mismo, observando el adulto las conductas que realiza.

-Finalmente el alumno se autogobierna y autorregula por sí mismo.

Parte 2: Marco empírico

7. Objetivos

Objetivo general

1. Conocer el nivel conocimiento sobre el TDAH y la actitud mostrada hacia el alumnado con este trastorno, en los grupos de primero de grado en Educación Primaria, segundo de grado en Educación Primaria del campus La Yutera (Palencia) y los maestros de primaria en activo (Palencia).

Objetivos específicos

1. Comparar el conocimiento sobre el TDAH y la actitud mostrada hacia el alumnado con dicho trastorno en los primero de grado en Educación Primaria, segundo de grado en Educación Primaria del campus La Yutera (Palencia) y los maestros de primaria en activo (Palencia).

2. Determinar la relación entre las variables de conocimiento (KADDS y SASK) y actitud (SASA).

3. Estudiar y comparar el conocimiento de los participantes sobre el TDAH desde dos instrumentos de recogida de datos distintos (cuestionarios KADDS y escala SASK del cuestionario ASKAT).

8. Hipótesis de investigación

H1: Los maestros de primaria en activo tienen mayor conocimiento sobre el TDAH y una actitud más favorable que los estudiantes de primero y segundo de grado.

H2: No hay diferencias en el nivel de conocimiento y en la actitud por parte de los estudiantes de primero y segundo de grado.

H3: Existe una correlación moderada y positiva entre las variables de conocimiento sobre el TDAH y actitud mostrada.

H4: El nivel de conocimiento sobre el TDAH es bastante similar en los dos cuestionarios utilizados.

9. Método

Para esta investigación se utilizó un diseño de carácter correlacional y descriptivo. En este caso, el interés se sitúa en el conocimiento sobre el TDAH y la actitud mostrada, por parte de estudiantes de primero y segundo y maestros en activo.

Dado del tiempo disponible para la realización de este estudio, así como teniendo en cuenta los objetivos propuestos, este diseño es un estudio transeccional. Permite analizar las variables en un tiempo específico y poder describir que sucede en un momento puntual del tiempo. Este estudio es un acercamiento inicial, con la perspectiva a futuros estudios con más rigor. En este trabajo se incluyen tres grupos para su análisis, teniendo como objetivo general conocer el nivel de conocimiento y la actitud mostrada por los grupos antes mencionados.

9.1. Participantes

En este estudio participaron un total de tres grupos de participantes. El primer grupo estaba inicialmente compuesto por 45 estudiantes de 1º de grado en Educación Primaria, 17 de 2º (ambos grupos de la Facultad de Educación de Palencia) y 59 maestros de centros educativos de Palencia. Finalmente los participantes se redujeron por falta de respuesta en algunos de los ítems de los cuestionarios, con una mortandad del 11.57 %. En cuanto al número de centros, inicialmente 7 colaborarían pero uno de ellos quedó descartado al no recibir respuesta en el plazo de realización del estudio, reduciéndose finalmente a 6 colegios.

Así pues, los participantes finales fueron los siguientes:

1. Treinta y nueve alumnos y alumnas de 1º de grado en Educación Primaria de la Facultad de Educación de la Universidad de Valladolid (Campus La Yutera de Palencia). La muestra estaba compuesta por 22 hombres y 17 mujeres. Su media edad era de 20.7 años ($DT = 3006$, rango = 15)

En cuanto a su nivel de estudios, un 74.4 % estaba en posesión de bachillerato, un 20.5 % cursaron otros estudios de grado superior y un 5.1 % ya había obtenido un grado o equivalentes. Estos estudiantes pertenecían en su inmensa mayoría a Palencia (46.2 %) y Valladolid (33.3 %), mientras que de León solo un 5.1 % y otros casos aislados como Alemania, Asturias, Barcelona o Zarautz un 2.6 % cada uno.

2. Dieciséis estudiantes de 2º de Grado en Educación Primaria de la Facultad de Educación de la Universidad de Valladolid (Campus La Yutera de Palencia), siendo 4 hombres y 12 mujeres. Su media de edad se situaba en 20.6 años ($DT = 1504$, rango = 5).

Estos estudiantes procedían en su mayoría de Palencia (75 %) y en menor medida de Valladolid (12.5 %), Burgos (6.3 %) y Madrid (6.3 %). Destaca nuevamente bachillerato como máximo nivel de estudios (81.3 %), seguidos por grado o equivalentes (18.8 %)

3. Cincuenta y dos maestros y maestras en activo de la etapa de educación primaria, pertenecientes a 6 centros escolares. Esta muestra estaba formada por 13 hombres y 40 mujeres, con una media de edad de 42.7 años ($DT = 10387$, rango = 39). Tenían una media de 17.3 años de experiencia docente ($DT = 10406$)

Respecto al contacto directo con alumnado TDAH, casi la totalidad del profesorado ha enseñado alguna vez a un alumno o alumna que mostrase un comportamiento hiperactivo o de inatención (96.2 %, $DT = 0.198$). Relativo a esos alumnos y alumnas, el 89.4 % estaba diagnosticado como TDAH ($DT = 0.312$). Por otro lado, un 88.2 % del profesorado enseña actualmente a alumnado que muestra este tipo de comportamiento ($DT = 0.325$). El número de alumnos y alumnas TDAH enseñados es de 46 ($DT = 4.622$), con una de media de 3.72 por

cada maestro y maestra. De estos, 44 están diagnosticados con dicho trastorno, un 95.65 % de los casos.

En cuanto a la experiencia docente de los maestros y maestras, un 20.8 % poseen de 0-5 años, 20.8 % de 6-15, 41.7 % de 16-29 años y, finalmente, un 16.7 % de más de 30 años de docencia. El nivel de estudios de los docentes, destaca la posesión de grado o equivalentes (90.6 %), mientras que un 3.8 % tiene un máster, 1.9% el título de doctor y 3.8 % otros estudios. Más de la mitad de los maestros y maestras nacieron en Palencia (62.3 %) y en porcentaje mucho menor en Valladolid (11.3 %), León (5.7 %), Burgos (3.8 %), París (1.9 %), Tarragona (1.9 %), Guadalajara (1.9 %) y un 11.3 % no especificaron su ciudad de procedencia, aunque se situó en España. Por otro lado, los participantes implicados tomaron parte de la investigación bajo su propio consentimiento, habiendo sido informados del objetivo perseguido y de cómo iban a tomar parte. Se garantizó su anonimato y libre elección de participación.

9.2. Procedimiento

9.2.1. Centros educativos

Los centros fueron seleccionados por su posibilidad de acceso, ya que el tiempo del que se dispone es limitado y resulta complicado la participación del profesorado por su propio ritmo de trabajo y otras razones personales. No obstante, al tratarse de una muestra a nivel local, es significativa para este estudio desarrollado. Se realizó un recuento de los centros que se escogerían para la investigación, centrándose en el área urbana de Palencia. Una vez elegidos los centros se les comunicó a los directores el interés para tomar parte en la investigación, así como explicar cuál es su objetivo y solicitar la colaboración. Fue importante para conocer si la muestra final se ajustaba a la inicialmente planteada o si era necesario ponerse en contacto con un mayor número de centros.

Posteriormente, y una vez obtenido el permiso por parte de los directores, se procedió a programar el horario en el que se pasarían los cuestionarios, realizando un cronograma con la fecha y hora de las reuniones. Una vez planificada la programación se la hizo llegar a los centros para contar con la aprobación de los mismos o, en su defecto, ajustarse a los tiempos marcados por los mismos. Se realizaron reuniones al profesorado en un espacio determinado (sala de profesores o alguna aula asignada) para comunicar el objetivo de la investigación a desarrollar y como cumplimentar los cuestionarios. Su participación fue totalmente voluntaria y de carácter anónimo, con el fin de proteger la identidad de cada miembro.

En cuanto al tiempo para la cumplimentación de los cuestionarios, se destinó media hora de forma ininterrumpida para finalizarlos y poder ser recogidos en ese mismo día. Por otro lado, ante la alta carga de trabajo de algunos centros, no fue posible reunirles en un mismo espacio y lugar. Ante esta situación se presentó el diseño al director del centro, siendo él quien pasase los cuestionarios al resto del cuerpo docente.

Dichas reuniones quedan resumidas en el siguiente cronograma, con el fin de temporalizar el trabajo y su carga:

Tabla 1
Reuniones con los Centros

	Reunión inicial	Cumplimentación	Recogida
Centro 1	5 de Abril	8 de Mayo	8 de Mayo
Centro 2	5 de Abril	6 Abril-8 de Mayo	11 de Mayo
Centro 3	10 de Abril	20 de Abril	25 de Abril
Centro 4	6 de Abril	7 Abril-8 de Mayo	11 de Mayo
Centro 5	5 de Mayo	6-11 de Mayo	12 de Mayo
Centro 6	1 de Mayo	2-7 Mayo	8 de Mayo

9.2.2. Facultad de Educación de Palencia

En el caso del profesorado en formación, se le comunicó al decano de la facultad de Palencia del interés por realizar esta investigación. Posteriormente se solicitó el consentimiento y se procedió a programar que fechas y días se iban a realizar los cuestionarios para ponerse en contacto con el profesorado universitario pertinente, con fin de comunicar la acción que se llevaría a cabo en el aula. La participación de los estudiantes fue voluntaria y se garantizó el anonimato.

Tabla 2

Reuniones con la Facultad de Educación de Palencia

	Reunión inicial	Cumplimentación	Recogida
1º de Grado	5 de Abril	P1: 26 de Abril	26 de Abril
		P2: 27 de Abril	27 de Abril
2º de Grado	5 de Abril	25 de Abril	25 de Abril

P1= Grupo de prácticas 1 P2= Grupo de prácticas 2

Una vez obtenido el permiso, se informó al alumnado del objetivo de esta investigación y se pidió su colaboración. Se pasaron los cuestionarios KADDS Y ASKAT a varios grupos del grado de Educación Primaria con el fin de ser rellenados en un tiempo aproximado de treinta minutos y recogidos al finalizar este período.

Posteriormente se analizaron los datos cuantitativamente con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24.0.

9.3. Análisis de datos

En primer lugar, la gestión de los datos perdidos derivó en una mortandad del 11 % de la muestra. Para el tratamiento de estos datos, se realizaron varias técnicas:

-Eliminación: en caso de una pérdida masiva de datos, se produjo a la eliminación del participante. Este hecho sucedió con varios participantes partiendo del cuestionario KADDS, ya que solo la primera cara del cuestionario fue rellenada con éxito. En caso de faltar algún bloque de la escala de actitud, se realizó la misma acción.

-Sustitución de valores: en caso de que las pérdidas fuesen iguales o inferiores al 5 % de los ítems totales (en las escalas relativas al conocimiento), se asignó al valor vacío una respuesta incorrecta. Esta acción no se pudo aplicar a la escala de actitud (SASA) por lo que simplemente no se contabilizó en el sumatorio final, reduciendo así la muestra a 75 participantes en este apartado.

Una vez que los cuestionarios se han tabulado en el programa SPSS, se procede a realizar varios análisis estadísticos. Para obtener información sobre datos demográficos como edad, sexo, nivel de estudios o curso o experiencia docente se emplean los estadísticos descriptivos. Se deben contabilizar las respuestas dadas en los apartados de conocimiento. Para ello, se usa nuevamente un análisis descriptivo por cada cuestionario, utilizando la frecuencia de cada uno de los ítems, así como los porcentajes.

Determinados los porcentajes de cada una de las respuestas, es necesario concretar que respuestas han sido correctas en las partes relativas al conocimiento del TDAH (cuestionario KADDS y parte b del cuestionario ASKAT). Gracias a ello, los datos obtenidos representan tanto las respuestas totales dadas, como las respuestas correctas, incorrectas y lagunas.

Para comparar las puntuaciones obtenidas de los tres grupos en las 3 subescalas de KADDS, primero se analizó la normalidad de cada una de ellas. Resultó interesante para determinar cómo se comportaba la muestra y si se distribuía de forma normal. Dado que el n con el que se trabajó es pequeño, no se cumplían los requisitos necesarios para usar pruebas paramétricas por lo que se utilizaron las no paramétricas.

Con respecto a la subescala de **Información general**, no seguía una distribución normal ($p < 0.05$) y se llevó a cabo una H de Kruskal Wallis para determinar si había o no diferencias significativas entre los tres grupos. En cuanto a la subescala de **síntomas/diagnóstico**, se analizó con una H de Kruskal Wallis para observar la presencia de diferencias significativas entre los grupos, aplicándose una U de Mann-Whitney para determinar entre qué grupos se daban las diferencias. Dado que esta prueba aumenta los errores tipo I, se aplicó la fórmula de corrección sobre la significación de Bonferroni. Para ello se dividió el alfa elegido entre el número de contrastes realizados, siendo significativas cuando p es inferior a ese valor. El mismo análisis se llevó a cabo con la subescala de **tratamiento**.

En la escala total del KADDS, seguía una distribución normal y con igualdad de varianzas. Sin embargo, dado el tamaño de la muestra se realizaron análisis no paramétricos, aplicando una H de Kruskal Wallis para hallar las diferencias entre los grupos y U de Mann-Whitney para las diferencias intragrupo. Para determinar las correlaciones existentes se comprobó la normalidad de las subescalas. Al no ser normales, se utilizó Rho de Spearman para determinar que correlación existía entre ellas y si eran o no significativas.

Por otro lado, el cuestionario ASKAT estaba formado por la escala de conocimiento (SASK) y la de actitud (SASA). En ambas escalas el tamaño era pequeño por lo que se realizaron pruebas no paramétricas (H de Kruskal Wallis). En cuanto a SASK, para las diferencias intragrupo se utilizó una U de Mann-

Whitney. Finalmente, para la correlación entre conocimiento y actitud se utilizó Rho de Spearman para determinar si había correlaciones significativas o no entre las variables descritas.

9.4 Instrumentos de recogida de datos

9.4.1. Adaptación española del Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS) (Jarque et al., 2007; Jarque y Tárraga., 2008).

El KADDS (Sciutto et al., 2000) es una escala de estimación formada por 36 ítems de tres respuestas posibles (verdadero, falso y no sé).

Los ítems se agrupan en tres subescalas:

- a) Información general sobre la naturaleza, causas y repercusiones del TDAH (15 ítems)
- b) Síntomas/Diagnóstico de TDAH (9 ítems)
- c) Tratamiento del TDAH (12 ítems).

La adaptación española del KADDS ha mostrado tener elevados índices de fiabilidad, obteniéndose coeficientes alfa que oscilan entre el .87 y el .89 (Jarque y Tárraga, 2008). Su consistencia interna produjo un Alfa de Cronbach de entre 0.74 y 0.77 para sus subescalas y 0.89 para la escala total. Además, la correlación entre las distintas subescalas es apreciable (rango de $r = .62$ a $r = .69$). Estos datos son consistentes si se comparan con los del KADDS en su versión original por Sciutto et al. (2000).

La validez de esta escala se estudió usando correlaciones de Pearson entre el conocimiento de los maestros y las variables sociodemográficas. El conocimiento de TDAH correlacionó de forma significativa con el número de horas de formación recibidas, $r(152) = .17, p = .002$

9.4.2. Cuestionario ASKAT (Mullholand, 2016)

Es un cuestionario australiano, el cual hemos adaptado al castellano para este estudio. Es bastante actual, por lo que resulta interesante dado que contiene los nuevos criterios incluidos en el DSM-5. Para ello se realizaron varias correcciones a la traducción, de forma que los ítems quedaran debidamente clarificados y no dieran lugar a errores.

En este proceso se determinó qué ítems se adecuaban correctamente o, en su defecto, estaban pendientes de modificación. Debido a aspectos culturales, fue necesario modificar el ítem 4, relativo al lugar de nacimiento, para situarlo en España. De igual forma, se modificó el orden de algunos de los ítems con el fin de rellenar de forma sencilla los que fueran necesarios. De esta forma los estudiantes de grado solo contestaron los primeros ítems de la parte demográfica, dejando en blanco los que hicieran referencia a aspectos para docentes. Gracias a este cambio se posibilita que los estudiantes de Grado en Educación primaria cumplimenten los ítems primeros colocados y sea más sencillo de realizar. Posteriormente al ítem relativo al curso de estudiante (ítem 5), se sitúan los ítems que tratan del TDAH para el profesorado, así como aspectos del centro (ítems 6-12)

Este cuestionario se divide en las siguientes partes:

Parte A) Preguntas demográficas: entre las que se incluyen aspectos fundamentales como edad sexo, lugar de nacimiento. Nivel de estudios, experiencia docente, situación y tipo de centro.

Parte B) Escala para el conocimiento específico del TDAH (verdadero, falso, no lo sé): 20 ítems

Parte C) Escala para la actitud específica hacia el TDAH (escala Likert de 1 a 6):27 ítems

Parte D) Preguntas abiertas: 4 en total, donde se presentan aspectos como descripción de comportamientos hiperactivos y de inatención, opinión general sobre el TDAH e intervenciones en el aula.

Propiedades psicométricas:

Tanto la validez como la confiabilidad de este instrumento se investigaron por técnicas de análisis de datos para cada escala (SASK y SASA).

La validez se determinó por el coeficiente Alfa de Cronbach y análisis de muestra. El SASK mostró tener un valor alfa de 0.88. Por otro lado, la validez de la escala SASA se determinó por un análisis de factores exploratorio y confirmatorio. La consistencia interna de cada subescala de SASA se determinó igualmente por el coeficiente Alfa de Cronbach (rango = .774 a rango = .893).

10. Resultados

10.1. Escala del Conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (KADDS)

10.1.1. Porcentajes medios de respuestas correctas, incorrectas y desconocidas.

En este apartado se describen los resultados que han obtenido los tres grupos que forman la muestra en el cuestionario KADDS. Los tres grupos respondieron de forma correcta a menos de la mitad de los ítems del cuestionario. Concretamente, los estudiantes de primero obtuvieron un porcentaje medio de aciertos de 35.4 % ($M = 13.8$, $DT = 5.62$); los estudiantes de segundo del 39.9 % ($M = 15.6$, $DT = 4.52$), y los maestros del 49.5 % ($M = 19.3$, $DT = 5.34$)

10.1.2. Ítems correctos

Aquellos ítems con más porcentaje de acierto entre los tres grupos se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 3
Ítems más acertados en el KADDS

Nº Item	Item	Subescala	% 1º	% 2º	% M	V/F
3	Los niños con TDAH se distraen frecuentemente con estímulos externos.	Síntomas/ Diagnóstico	94.4	68.8	96.2	V
9	Los niños con TDAH a menudo se mueven y retuercen en sus asientos.	Síntomas/ Diagnóstico	87.2	93.8	80.8	V
26	Los niños con TDAH presentan a menudo dificultades para organizar las tareas y las actividades.	Síntomas/ Diagnóstico	74.4	87.5	94.2	V

RC= Respuesta Correcta, V=Verdadero, F=Falso 1º=Estudiantes de primero, 2º=Estudiantes de segundo, M= Maestros

Por tanto, la mayoría de los sujetos respondieron de forma correcta a los ítems 3,9 y 26 (síntomas/diagnóstico).

10.1.3. Concepciones erróneas

En cuanto a las respuestas falladas, los estudiantes de primero respondieron incorrectamente el 16 % de los ítems del cuestionario, los estudiantes de segundo el 16.3 % y los maestros el 18.2 %. La mayoría de los sujetos en los grupos respondieron de forma errónea a los siguientes ítems recogidos en la tabla:

Tabla 4
Concepciones erróneas en el KADDS

N ^o Item	Item	Subescala	% 1 ^o	% 2 ^o	% M	V/F
24	Cuando un niño tiene un diagnóstico de TDAH suele recibir servicios de educación especial para reducir los síntomas centrales del trastorno.	Información General	64.1	50	44.2	F
11	Uno de los síntomas fundamentales de los niños con TDAH es que tienen un sentido inflado o exagerado de la autoestima (grandiosidad).	Síntomas/ Diagnóstico	30.8	43.8	63.5	V
27	Los niños con TDAH normalmente experimentan más problemas en los contextos novedosos que en los contextos familiares.	Información General	43.6	62.5	48.1	F

RC= Respuesta Correcta, V=Verdadero, F=Falso 1^o=Estudiantes de primero, 2^o=Estudiantes de segundo, M= Maestros

Entre las concepciones erróneas con más porcentaje, destacan los ítems 24 y 27 (Información General) y el 11 (Síntomas/Diagnóstico).

10.1.4. Desconocimiento

Los estudiantes de primero desconocían la respuesta del 48.9 % de los ítems, los de segundo el 44.7 %, mientras que los maestros un 33.8 %.

Respecto a los ítems en los que no se sabe la respuesta, los siguientes fueron motivo de desconocimiento en los 3 grupos:

Tabla 5

Ítems más desconocidos en KADDS

N ^o Item	Item	Subescala	% 1 ^o	% 2 ^o	% M	RC
6	El TDAH es más frecuente en parientes de primer grado biológico (ej. padre, madre) de los niños con TDAH, que en la población general.	Información general	76.9	81.3	60.4	V
17	Los síntomas depresivos se encuentran más frecuentemente en los niños con TDAH que en los niños sin TDAH.	Información general	69.2	75	58.5	V
23	Reducir la ingesta de azúcar en la dieta o los aditivos en las comidas suele resultar efectivo para reducir los síntomas del TDAH.	Tratamiento	61.5	62.5	56.6	F

RC= Respuesta Correcta, V=Verdadero, F=Falso 1^o=Estudiantes de primero, 2^o=Estudiantes de segundo, M= Maestros

Los ítems respondidos de forma errónea en mayor porcentaje por los 3 grupos fueron el 6, 17 (ambos de información general) y el 23 (tratamiento).

10.1.5. Puntuaciones en las subescalas y diferencias significativas

Con respecto a la subescala de **Información general**, se aplicó la H de Kruskal Wallis para determinar si había o no diferencias significativas entre los tres grupos. Se encontró sí había diferencias entre los tres grupos ($p = .001$).

Para conocer entre qué grupos difería esta variable, se utilizó U de Mann-Whitney, realizando un contraste dos a dos. No había diferencias entre los grupos de primero de grado ($M = 4.05$), y el de segundo ($M = 4.38$), $U = 0.1$, $p = .449$. Por otro lado, había diferencias entre el grupo de primero ($M = 4.05$) y los maestros ($M = 6.06$), $U = 0.39$, $p < .001$, así como entre el grupo de segundo ($M = 4.38$) y los maestros ($M = 6.06$), $U = 0.33$, $p = .007$, ambas con un tamaño del efecto moderado.

Tabla 6

Puntuaciones de los Grupos en la subescala de Información General del KADDS

	Nº de ítems	Media de aciertos	Porcentaje %
1º de grado	16	4.05	25.31
2º de grado	16	4.38	27.38
Maestros	16	6.06	37.85

Respecto a la subescala de **síntomas/diagnóstico**, se aplicó la H de Kruskal Wallis para observar la presencia de diferencias significativas entre los grupos ($p = .11$). Para determinar entre qué grupos se daban las diferencias, se utilizó una U de Mann Whitney. No se observaron diferencias significativas entre primero ($M = 5.21$) y segundo ($M = 6.06$), $U = 202$ $p = .038$, siendo estos últimos los que obtuvieron puntuaciones más altas en la subescala. Se hallaron diferencias entre primero ($M = 5.21$) y maestros ($M = 6.54$), $U = 0.4$, $p < .001$, con un tamaño del efecto moderado. El hallazgo curioso es la no presencia de diferencias significativas entre los grupos de segundo de grado ($M = 6.06$) y los maestros en activo ($M = 6.54$), $U = 380.5$, $p = .600$.

Tabla 7

Puntuaciones de los Grupos en la Subescala de Síntomas/Diagnóstico del KADDS

	Nº de ítems	Media de aciertos	Porcentaje %
1º de grado	10	5.21	52.1
2º de grado	10	6.06	60.6
Maestros	10	6.54	65.4

Nuevamente en la subescala de **tratamiento**, se utilizó la prueba de Kruskal Wallis, habiendo diferencias entre los grupos ($p = .001$). La U de Mann-Whitney determinó que no se apreciaron diferencias significativas entre primero ($M = 4.56$) y segundo de grado ($M = 5.13$), $U = 275.5$, $p = .494$. Teniendo en cuenta la corrección de Bonferroni, no hubo diferencias significativas entre los el grupo de segundo ($M = 5.13$) y los maestros ($M = 6.71$), $U = 275.5$ $p = .041$ al no ser $p < .017$. Por otro lado, se apreciaron diferencias únicamente entre los grupos de primero ($M = 4.56$) y los maestros ($M = 6.71$), $U = 553.5$, $r = 0.39$, $p < .001$, con un tamaño del efecto moderado.

Tabla 8

Puntuaciones de los Grupos en la Subescala de Tratamiento KADDS

	Nº de ítems	Media de aciertos	Porcentaje %
1º de grado	13	4.56	35.08
2º de grado	13	5.13	39.46
Maestros	13	6.71	51.62

10.1.6. Escala total (KADDS)

Se aplicó la H de Kruskal Wallis, existiendo diferencias significativas entre los grupos ($p < .001$). La prueba de Mann-Whitney señaló que las puntuaciones obtenidas por los maestros de primaria ($M = 19.31$) eran significativamente mejores que los estudiantes de primero ($M = 13.82$), $U = 478.5$, $r = 0.45$, $p < .001$, con un tamaño del efecto moderado. Por otro lado, no había diferencias significativas entre los grupos de primero ($M = 13.82$) y segundo ($M = 15.56$), $U = 241$, $p = .187$ pero sí entre segundo ($M = 15.56$) y los maestros ($M = 19.31$), $U = 244$, $r = 0.3$, $p = .013$, con un tamaño del efecto medio.

10.1.7. Correlaciones entre las subescalas y la escala total (KADDS)

El análisis con Rho de Spearman indicó que había correlaciones significativas y altas ($p < .001$) entre la escala total del cuestionario con sus 3 subescalas (con información general $r = .85$, con síntomas/diagnóstico $r = .79$ y con tratamiento $r = .86$). Las correlaciones más bajas se dieron entre tratamiento y síntomas/diagnóstico ($r = .57$) y entre tratamiento e información general ($r = .57$).

Tabla 9

Coefficientes de Correlación entre KADDS y Subescalas (N =107)

	1	2	3	4
1.Escala total	—	.85**		
2.Información general	.85**	—		
3.Síntomas y diagnóstico	.79**	.57**	—	
4.Tratamiento	.86**	.57**	.57**	—

** < .01

10.2. Cuestionario ASKAT (Mulholland, 2016)

10.2.1. Escala para el Conocimiento Específico de TDAH (SASK)

10.2.1.1. Porcentajes medios de respuestas correctas, incorrectas y desconocidas.

En este apartado se describen los resultados que han obtenido los tres grupos que forman la muestra en el cuestionario ASKAT, escala de conocimiento (SASK).

Tabla 10

Puntuaciones de los Grupos en SASK

	Nº de ítems	Media de aciertos	Porcentaje %
Primero de grado	20	8.26	52
Segundo de grado	20	9.75	63.75
Maestros	20	14.40	72

Los grupos de estudiantes respondieron de forma correcta a más de la mitad de los ítems del cuestionario, mientras que el de maestros tuvo puntuaciones altas ($M = 14.4$). Concretamente, los estudiantes de primero obtuvieron un porcentaje medio de aciertos de 52. % ($DT = 3.24$); los estudiantes de segundo del 63.8 % ($DT = 2.52$), y los maestros del 72 % ($DT = 2.98$).

Tabla 11

Ítems más Acertados en SASK

Nº	Item	% 1º	% 2º	% M	Media	RC
7	Los niños con TDAH pueden presentar junto con un comportamiento hiperactivo, inatención, o combinación de ambos.	84.6	87.5	94.2	88.7	V
8	Los niños con TDAH se distraen con facilidad.	89.7	100	86.5	86.9	V
14	Algunos niños pueden presentar comportamientos con inatención o hiperactivos, aunque no cumplan los criterios para un diagnóstico de TDAH.	74.4	93.8	94.2	85	V

RC= Respuesta Correcta, V= Verdadero, F= Falso 1º= Estudiantes de primero, 2º= Estudiantes de segundo, M= Maestros

Los ítems más acertados superan el 80 % en los tres grupos mencionados, siendo los estudiantes de primer de grado quienes obtuvieron porcentajes más bajos en comparación con los otros dos grupos.

10.2.1.2. Concepciones erróneas

Los grupos respondieron de forma incorrecta menos de un 12 % de los ítems. De forma individual, los porcentajes se distribuyen de la siguiente forma; 9.88 % los estudiantes de primero, 10.84 % los de segundo y finalmente, 11.14 % los maestros en activo. Entre los ítems con mayor porcentaje de respuestas incorrectas se destacaron los siguientes:

Tabla 12

Concepciones Erróneas en SASK

N ^o Ítem	Ítem	% 1 ^o	% 2 ^o	% M	Media	RC
11	Los niños que tienen TDAH por hiperactividad suelen hablar en exceso y tienen dificultades para permanecer en su sitio.	10.3	18.8	30.8	20	V
18	El profesorado suele ser quien reconoce primero comportamientos del TDAH y derivan a estos niños para una evaluación.	28.2	50	17.3	32	V
19	La causa del TDAH es desconocida.	25.6	25	21.2	21.5	V

RC= Respuesta Correcta, V= Verdadero, F= Falso 1^o= estudiantes de primero, 2^o= Estudiantes de segundo, M= maestros

10.2.1.3. Ítems desconocidos

En cuanto a este apartado, la media de ítems se situó en un 26.6 %. Los estudiantes de primero de grado tuvieron un mayor número de ítems sin conocer su respuesta (37.6 %), seguidos por los de segundo (25.4 %) y los maestros en activo (16.8 %). Los ítems con mayor porcentaje de respuestas marcadas como “no lo sé”, fueron las siguientes indicadas en la tabla:

Tabla 13

Ítems Desconocidos en SASK

N ^o Ítem	Ítem	% 1 ^o	% 2 ^o	% M	Media	RC
2	Las dietas especiales (por ejemplo, reducción de azúcar, sin trigo, sin lactosa, sin aditivos) son un tratamiento eficaz del TDAH.	59	43.8	50	50.93	F
6	El TDAH puede heredarse.	66.7	43.8	42.3	50.93	V
19	El profesorado suele ser quien reconoce primero comportamientos del TDAH y derivan a estos niños para una evaluación.	69.2	75	51.9	65.37	V

RC= Respuesta Correcta, V= Verdadero, F= Falso 1º= Estudiantes de primero, 2º= Estudiantes de segundo, M= Maestros

Se aplicó H de Kruskal Wallis, obteniendo que había diferencias significativas entre los grupos de primero, segundo y maestros ($p < .001$). Posteriormente se aplicó la U de Mann-Whitney. Teniendo en cuenta la corrección de la significación de Bonferroni, se observaron diferencias significativas entre primero ($M = 10.41$) y los maestros ($M = 14.4$), $U = 375.5$, $p < .001$, $r = 0.54$, con un tamaño del efecto alto; así como entre primero ($M = 10.41$) y segundo ($M = 12.75$), $U = 375.5$, $r = 0.35$, $p = .009$, con un tamaño del efecto moderado. Por otro lado, no se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de segundo ($M = 12.75$) y los maestros ($M = 14.4$), $U = 266$, $r = 0.26$, $p = .029$ al no ser $p < .017$.

10.2.2. Escala para las Actitudes Específicas del TDAH (SASA)

La prueba no paramétrica de Kruskal Wallis mostró que no existían diferencias significativas entre los grupos en cuanto a nivel de actitud mostrada hacia alumnado con TDAH ($p = .82$). Sin embargo, los estudiantes de primero fueron los que puntuaron ligeramente más alto ($M = 131.8$, $DT = 10.92$), seguidos por maestros ($M = 129.9$, $DT = 11.04$) y estudiantes de segundo ($M = 128.7$, $DT = 10.76$).

10.3. Correlación conocimiento sobre el TDAH y actitud hacia el alumnado TDAH

Como se observa en la tabla 14, las correlaciones entre las variables de conocimiento y actitud resultaron significativas en el nivel .01. Existe una correlación significativa pero escasa entre la escala de actitud (SASA) y la escala de conocimiento (SASK) ($p = .3$), siendo bastante similar entre la escala de actitud y la escala total del cuestionario KADDS ($p = .33$).

Tabla 14

Coefficientes de Correlación Conocimiento y actitud

	1	2	3
1.SASA total	—		
2.SASK total	.30*	—	
3.KADDS total	.33**	.66**	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

11. Discusión y conclusiones

Este trabajo tuvo por objetivo general analizar y comparar el nivel de conocimiento sobre el TDAH y la actitud mostrada hacia el alumnado con dicho trastorno en tres muestras: estudiantes de primero de grado en Educación Primaria, estudiantes de segundo de grado en Educación Primaria y maestros de primaria en activo.

11.1. Escala del Conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (KADDS)

Respecto a los conocimientos sobre el TDAH, los resultados muestran que es escaso en las tres muestras, ya que respondieron de forma correcta a menos de la mitad de los ítems. Los maestros completaron correctamente una media de 19.31 de los 39 ítems que forman este cuestionario, suponiendo un 49.51 % de los ítems.

Estos resultados son parecidos a los obtenidos por Sciutto et al. (2000) y Snider et al. (2003), que emplearon este cuestionario en sus trabajos. Snider et al. (2003) hallaron un porcentaje medio de respuestas correctas del 45.8 %, mientras en la investigación de Sciutto et al. (2000) fue del 47.8 %. Resultado también semejante al de Jarque y Tárraga (2009), obteniendo los maestros un total del 42.65 % de aciertos. Otras investigaciones aportaron resultados más elevados con este mismo cuestionario como la de Swanson (2012) con un 56.70 % y la tesis realizada por Stacey (2003), con un 57 % de aciertos.

Por otro lado, el análisis comparativo evidenció la presencia de diferencias significativas entre los tres grupos de sujetos, siendo los estudiantes de primero los que mostraron un menor conocimiento del TDAH que los estudiantes de segundo de grado sin ser significativo. Por otro lado sí había diferencias significativas entre ambos grupos de estudiantes y los maestros (Jerome et al, 1999; Jarque y Tárraga, 2009 y Anderson et al. 2012).

El dato relevante son es la no presencia de diferencias significativas entre los estudiantes de segundo y los maestros en las subescalas de tratamiento y de síntomas y diagnóstico. Observando el plan de estudio del grado en Educación Primaria, la asignatura relevante en aspectos dirigidos al tratamiento y síntomas y diagnóstico del TDAH es “Atención a la diversidad”. Es posible que esta asignatura sea suficiente para proveer al estudiante de los contenidos suficientes incluidos en estas dos subescalas. Por tanto, la formación recibida en la universidad por parte de los estudiantes de segundo podría ser válida para obtener puntuaciones equiparables a las de los maestros a nivel de tratamiento, síntomas y diagnóstico del TDAH.

11.2. Cuestionario ASKAT (Mulholland, 2016)

11.2.1. Escala para el Conocimiento Específico de TDAH (SASK)

Respecto a los conocimientos sobre el TDAH, los resultados son mucho más elevados que en el cuestionario KADDS, destacando el grupo de maestros respondió correctamente a más de dos tercios de los ítems de esta escala (M = 14.40 y 72 %). Por otro lado, los estudiantes de primero obtuvieron un porcentaje medio de aciertos de 52 % y los estudiantes de segundo del 63.75 %.

Las puntuaciones obtenidas en el grupo de maestros superan a otras como un 60.7 % en Kos et al. (2004), 62.85 % en Soroa et al. (2016) y equiparándose al 76.34 % en el estudio de Ohan et al. (2008).

Una vez observadas las dos escalas de conocimiento sobre el TDAH, se observa la aceptación o no, de **H4**:

H4: El nivel de conocimiento sobre el TDAH es bastante similar en los dos cuestionarios utilizados.

De acuerdo a las escalas de conocimiento, los resultados muestran que esta variable no es igual ni similar en términos de porcentaje de aciertos. Dichas puntuaciones tan altas en la escala SASK podrían deberse al propio contenido de los ítems. Se debe tener en cuenta que la escala KADDS dispone de una división en subescalas, haciendo que su nivel de concreción sea mayor. La propia formación de los ítems es más detallada en profundidad en esta escala, por lo que podría ser más compleja, exigiendo así un nivel de conocimiento mayor. De hecho, el porcentaje de desconocimiento es muy superior en la escala KADDS que en la escala SASK por lo que la complejidad de los ítems podría haber influido de forma notable a no arriesgarse a una respuesta de “verdadero” o falso”.

Otro factor que podría influir es la extensión de la propia escala, siendo varios los casos de eliminación de participantes por un alto número de ítems no respondidos en el cuestionario KADDS. Sin embargo, no hay casos de mortandad por ítems no respondidos en la escala SASK.

Los hallazgos en ambas escalas denotan una puntuación de aciertos más baja que en trabajos iniciales como el de Jerome et al. (1994, 1999) o Bekle (2004). Estas diferencias, según Jarque y tárraga (2007,2009) pueden deberse a que solo daban lugar a una doble respuesta de “verdadero” o “falso”, sin contemplar la posibilidad de “no lo sé” (desconocimiento).

11.2.2. Escala para las Actitudes Específicas del TDAH (SASA)

Teniendo en cuenta una de las hipótesis de partida (H1):

H1: Los maestros en activo tienen mayor conocimiento sobre el TDAH y una actitud más favorable que los estudiantes de primero y segundo de grado.

A raíz de esta investigación se ha comprobado que los maestros poseen un nivel de conocimiento más alto que los estudiantes de primero y de segundo,

existiendo diferencias significativas (Jerome et al., 1999; Jarque y Tárrega, 2009 y Anderson et al., 2012). Esto ocurre utilizando el cuestionario KADDS, ya que en el caso de la escala SASK no hay diferencias significativas entre los estudiantes de segundo y los maestros en activo. Este resultado contradictorio puede deberse nuevamente al propio contenido de los ítems, ya que han podido trabajar aspectos generales del TDAH en las asignaturas de segundo de grado en Educación Primaria.

En cuanto a la variable actitud, son los estudiantes de primero los que tienen actitudes más positivas hacia el alumnado con TDAH. Aunque estos lograron mayor puntuación, no es una diferencia significativa. Otro hallazgo es la no presencia de diferencias significativas en esta variable; estos resultados coinciden con Bekle (2004), trabajo en el cual tampoco hubo diferencias entre los grupos en actitud. Es posible que los maestros en activo, debido a su mayor nivel de conocimiento, estén más informados sobre las necesidades de estos niños y niñas. Podrían estar más concienciados sobre las dificultades en la realización de tareas y en aspectos de su conducta, por lo que su actitud puede verse influida.

Por otro lado, los estudiantes de grado no disponen de gran experiencia con el alumnado TDAH, por lo que pueden no poseer de creencias negativas o prejuicios excesivos. Quizás debido a una combinación de estos factores, las puntuaciones obtenidas fueron prácticamente iguales.

En cuanto a la segunda hipótesis (H2):

H2: No hay diferencias en el nivel de conocimiento y en la actitud por parte de los estudiantes de primero y segundo de grado.

Los resultados son contradictorios, ya que con la escala KADDS no existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre el TDAH mientras que sí ocurre en el SASK, siendo los de segundo quienes puntuaron de forma

significativamente más alta. Respecto a la actitud, coincide con la hipótesis de partida, sin existir diferencias significativas entre ambos grupos de estudiantes.

Dado que los estudiantes de segundo han cursado más asignaturas en las que aparece el TDAH que los de primero (Atención a la Diversidad y Psicología del Desarrollo), es posible que dispongan de conocimientos genéricos suficientes para tener un nivel mayor que los de primero en la escala SASK, al ser esta de menos profundización en su contenido. Por su parte, la actitud mostrada en ambos grupos de grado sí es bastante similar.

11.3. Relación entre conocimiento sobre el TDAH y actitud mostrada

Los maestros en activo obtuvieron puntuaciones más altas en ambas escalas de conocimiento de TDAH. Sin embargo, la actitud mostrada no fue significativamente distinta entre los grupos (Bekle, 2004). Esta relación se contrapone a Ohan et al. (2008), ya que un mayor nivel de conocimiento sobre el trastorno no implica en este estudio mostrar una actitud más positiva.

Teniendo en cuenta la hipótesis de partida **H3**:

H3: Existe una correlación moderada y positiva entre las variables de conocimiento sobre el TDAH y actitud mostrada.

Se puede concluir que, efectivamente, es una relación positiva entre las variables descritas (Ghanidazeh et al. (2006)). Sin embargo, esta correlación no es tan moderada como se esperaba, existiendo un grado más bajo de asociación. Por su parte, Bekle (2004) señalaba precisamente una correlación significativa entre ambas variables dirigidas al TDAH.

Independientemente de la escala de conocimiento aplicada, se debe tener en cuenta que las puntuaciones obtenidas por los estudiantes de grado en el

conocimiento sobre el TDAH no son suficientes. Sería interesante indagar en el plan de estudios del grado en Educación Primaria, con el objetivo de reflexionar sobre la presencia de la atención al alumnado y, de forma más concreta, a los aspectos relacionados con este trastorno. Por otro lado, sería conveniente ampliar la formación recibida sobre este trastorno a lo largo de la docencia en los centros.

11.4. Limitaciones del estudio

En primer lugar, dado que esta investigación fue llevada a cabo a nivel local en Palencia, no es posible generalizar los resultados y conclusiones que se han obtenido. Sí que representan de forma más apropiada un intento de la realidad existente en la ciudad y a sus distintos grupos. De forma adicional, el tamaño de la muestra es reducido, por lo que los resultados obtenidos en los cuestionarios pueden no reflejar correctamente el conocimiento y actitud con gran precisión a niveles más generales.

Por otro lado, la escasez de estudios que analicen los conocimientos y actitudes de primero, segundo y maestros (suelen realizarse con estudiantes en prácticas, es decir, tercero), no permite contrastar los resultados con datos derivados de otros trabajos. Resultaría interesante profundizar más en este aspecto de investigación, con el fin de indagar en el plan de estudios entendido como contenido presencial en aula y no únicamente el periodo de prácticas en centros.

En cuanto al cuestionario ASKAT, el hecho de no estar validado en lengua española hace que su composición se vea influenciada por el contexto cultural, por lo que sería necesario una validación al castellano y no únicamente una adaptación.

11.5. Futuras líneas de investigación

En este estudio se tomó a la variable “grupo” como referencia para comparar y describir las variables de conocimiento y actitud. Gran número de trabajos se fundamentan en esta distinción, por lo que sería interesante indagar en la variable “sexo” para determinar si esta característica es relevante en la actitud que muestran hacia el alumnado con TDAH. A este aspecto se le suma una mayor ratio de mujeres que de hombres en lo que a esta profesión se refiere (desde la universidad hasta la vida profesional en centros).

El proceso anterior puede llevarse con la tipología del centro en función de ser privados o públicos, realizando una réplica de la tesis realizada por González (2006).

En función de la experiencia docente, resultaría novedoso determinar la existencia de algún rango de edad en la que los maestros muestren una actitud más positiva, o si resulta más negativa a medida que adquieren mayor número de años de experiencia. Este aspecto queda pendiente de análisis en este estudio y se recogerá en estudios posteriores.

En cuanto al cuestionario ASKAT, la parte D se fundamentaba en unas preguntas abiertas que finalmente no se llevaron análisis. Dado que una de esas preguntas hace referencias a la intervención en aula, puede ser un punto de partida para implementar un programa con el objetivo de mejorar el conocimiento y la actitud como los mencionados al inicio de este trabajo. Por otro lado, se ha trabajado con un instrumento no validado para España, por lo que resultaría interesante poder validarlo en el entorno español para futuros estudios con este cuestionario.

REFERENCIAS

- Adler, L.A. (2008). Best practices in adult ADHD: special considerations. Introduction. *CNS Spectr*, 13(10).
- Alda, D., Serrano, T., Ortiz, G., y San, L. (2010). El TDAH y su tratamiento. Recuperado el 10 de Junio de 2017 de http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf
- Alkahtani, K. (2013). Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Scientific Research*, 4(12), 963-969.
- Amador, J., Forns, M., y González, M. (2011). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid, España: Editorial Síntesis, S.A.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, D., Watt, S., y Noble, W. (2012). Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and attitudes towards teaching children with ADHD: the role of teaching experience. *Psychology in the Schools*, 49(6), 511-525.
- Arnett, A.B., Macdonald, B., & Pennington, B.F. (2013). Cognitive and behavioral indicators of ADHD symptoms prior to school age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54, 1284-1294.
- Barkley, R. (1990) *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. New York: Guilford.

- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7, 151-161.
- Beltrán, F., Torres, I., Beltrán, L., Velázquez, F. y Beltrán, A. (2007). Tratamiento farmacológico y trastorno déficit de atención con hiperactividad. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7(1), 47-58.
- Beltrán, J. (1998). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S., Braaten E., Doyle, A. Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E., y Johnson, M. (2002). Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*, 159(1), 36-42.
- Cano, M.A. y Macías, E. (2013). La formación parental en las Escuelas de Madres y Padres para el fomento de la participación colaborativa. En Góquez, J.J. (Comp.) *Actas del III Congreso internacional de convivencia escolar: contextos psicológicos y educativos*, Universidad de Almería, 466.
- Castells, M. y Castells, P. (2012). *TDAH un nuevo enfoque, cómo tratar la falta de atención y la hiperactividad*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Charach, A., Figueroa, M., Chen, S., Ickowicz, A., y Schachar, R. (2006). Stimulant treatment over 5 years: Effects on growth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 415-421.
- Conners, C. K. (1999). Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 857-870.
- Constitución Española, de 31 de octubre, publicada en el BOE nº 311 el 29 de diciembre de 1978 (29313-29424).

- Del Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (comp.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 137-149). Madrid: Pirámide.
- Douglas V.I. (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-82.
- DuPaul. G. J., Volpe, R. J., Jitendra. A. K., Lutz. J. G., Lordh, K. S., y Gniber. R. (2004). Elementary school students with AD/HD: Predictors of academic achievement. *Journal of School Psychology*, 42, 285-301.
- Fundación ADANA (s.f). Tratamientos del TDAH. Fundación ADANA. Recuperado de <http://www.fundacionadana.org/tratamientos-del-tdah/>
- Fundación CADAH (s.f). El papel de la escuela en el TDAH. *Fundación CADAH*. España. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/el-papel-de-la-escuela-en-el-tdah.html>
- Fung, D., Lee, T.S. (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: coping or curing?. *Ann Acad Med Singapore*, 38(10), 916-7.
- García Castaño, Fernando (2001). *Es TDAH y ahora... ¿qué? Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Una guía básica*. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Hispalis.
- García-Fernández, J.M., Inglés, C. J., Vicent, M., González, C., y Mañas, C. (2013). Actitudes hacia la discapacidad en el ámbito educativo a través del SSCI (2000-2011). Análisis temático y bibliométrico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(29), 139-165.

- Ghanizadeh, A., Fallahi, M., & Akhondzadeh, S. (2009). Disclosure of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Effect on Rejection of Students by Teachers. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 34(4).
- Glass, C., & Weagar, K. (2000). Teacher perceptions of the incidence and management of attention deficit hyperactivity disorder. *Education*, 121(2), 412-420.
- González, E. (2006). *Trastorno de déficit de atención en el salón de clases* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Granada, M., Pomés, M., y Sanhueza, S. (2013). Actitud de los profesores hacia la inclusión educativa. *Papeles de trabajo*, 25, 51-59.
- Guyton, A.C. (1975). *Fisiología humana*. Interamericana. México.
- Hay, D., Richdale, A. y Kos, J. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 147-160.
- Hidalgo, M.I. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 6, 3-25.
- Hillman, C.H., Pontifex, M.B., Raine, L.B., Castelli, D.M., Hall, E.E., y Kramer, A.F. (2009). The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neurosci*, 159, 1044- 1054.
- Inostroza, F. (2007). El Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH/ADHS) desde un enfoque pedagógico. Recuperado de <http://ladimensionpsicopedagogica.bligoo.cl>.
- Jarque, S., Tárraga, R., y Miranda, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19(4), 585-590.

- Jarque, S., y Tarraga, R. (2009). Comparación de los conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y de los futuros educadores. *Infancia y Aprendizaje*, 32(4), 517-529.
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian Teachers' Knowledge and Attitudes Towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hay, D. A. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 147-160.
- 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*, 41(5), 517-526.
- Lasisi, D., Ani, C., Lasebikan, V., Sheikh, L., y Omigbodun, O. (2017). Effect of attention-deficit-hyperactivity-disorder training program on the knowledge and attitudes of primary school teachers in Kaduna, North West Nigeria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 1-8.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, publicada en el BOE nº 106 el 4 de mayo de 2006 (17158-17207).
- Mannuzza, S., Klein, R., Bessler, A., Malloy, P., y LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*. 50, 565-576.
- Martínez-Frutos, M.T. (2012). *Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado* (Tesis doctoral). Murcia: Universidad de Murcia.
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y Peyres-Egea, C. (2014). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del

- alumnado. En J. Maquilón Sánchez y N. Orcajada Sánchez (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia: EDITUM.
- Montañés, F., Gangoso, A. y Martínez, M. (2009). Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48, 469-81
- Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Mulholland, S (2016). ADHD-specific knowledge and attitudes of teachers (ASKAT): Development and validation of a new research instrument. *International Journal of Educational Research*, 77, 109-116.
- Mulholland, S., Cumming, T., y Jung, J. (2015). Teacher attitudes towards students who exhibit ADHD type behaviours. *Australasian Journal of Special Education*, 39, 15–36.
- Ohan, J.L., Cormier, N., Hepp, S.L., Visser, T.A.W. y Strain, M.C. (2008). Does knowledge about Attention Deficit/Hyperactivity Disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23 (3), 436–449.
- Ovejero, A. (2007). *Las relaciones humanas*. 2ª reimpresión. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: *Neurología Pediátrica*, 140- 150.
- Pelham Jr, W. E. y Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214
- Pontifex, M.B., Saliba, B.J., Raine, L.B., Picchietti, D.L., y Hilman, C.H. (2012). Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics*, 3476(12), 994-8.

- Portela, A., Carbonell, M., Hechavarría, M., y Jacas, C. (2016). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*, 20(4), 556-568.
- Poulton, A. (2005). Growth on stimulant medication; clarifying the confusion: a review. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 801–806.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., y Bender, A. S. (2000). Teacher's knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the schools*, 37, 115-122.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M.D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N. Z., Lee, J., Alkahtani, K., Drake, B., y Rossouw, J. (2015). Cross-national comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*. 1-43
- Sibón, A. M. (2010). ¿Qué es el TDAH? Innovación y experiencias educativas, 28, 1- 10.0
- Snider, V. E., Busch, T. y Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24, 47-57.
- Soroa, M., Balluerka, N., y Gorostiaga, A. (2014). Measuring teachers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder: The MAE-TDAH questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 17(75), 1-10.
- Soroa, M., Gorostiaga, A., y Balluerka, N. (2016). Review of tools for assessing teachers' level of knowledge with regards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). En S. Banerjee (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents* (pp. 151-177). Rijeka: InTech.

- Soutullo, C. (Coord.) (2013). Informe PANDAH. El TDAH en España. Barcelona: Adelphi.
- Stacey, M. A. (2003). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: General education elementary school teachers' knowledge, training, and ratings of acceptability of interventions* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://etd.fcla.edu/SF/SFE0000084/Thesis.pdf>
- Stein RH (1913) Moral insanity. *Journal of Mental Science* 59: 478–86.
- Swanson, J.M., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Wigal, T., Arnold, L.E., Vitiello, B., et al., (2007). Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA followup. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1015–1027.
- Swanson, K. (2012). Teacher knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among middle school students in South Texas. *RMLE online*, 36(3), 1-7.
- Syed, E., y Hussein, S. (2017). Increase in teachers' knowledge about ADHD after a week-long training program. *Journal of Attention Disorders*, 13(4), 420-423.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. New York: JohnWiley.
- Verdugo, M. A., Jenaro, D y Arias, B. (1995). Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: estrategias de evaluación e intervención. En M. A. Verdugo y A. Aguado (Dir.) *Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 79- 143). México: Siglo XXI.
- West, J., Taylor, M. Houghton, S., y Hudyma, S. (2005). A comparison of teacher's and parents' knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *School Psychology International*, 26(2), 192-208.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

Cuestionario KADDS

Por favor, responde a las siguientes cuestiones sobre el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Rodea "V" si crees que la respuesta es cierta, "F" si crees que es falsa, y "NS" si no la sabes. Si no estás seguro de la respuesta, responde "No lo sé", NO INTENTES ADIVINARLA.

1.- La mayoría de los estudios sugieren que el TDAH afecta a aproximadamente un 15% de los niños en edad escolar.	V	F	NS
2.- La investigación actual sugiere que el TDAH es, en gran medida, el resultado de la falta de capacidad de los padres.	V	F	NS
3.- Los niños con TDAH se distraen frecuentemente con estímulos externos.	V	F	NS
4.- Los niños con TDAH son normalmente más obedientes con sus padres que con sus madres.	V	F	NS
5.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH, los síntomas deben haber aparecido antes de los 7 años.	V	F	NS
6.- El TDAH es más frecuente en parientes de primer grado biológico (ej. padre, madre) de los niños con TDAH, que en la población general.	V	F	NS
7.- Uno de los síntomas centrales de los niños con TDAH es que son crueles físicamente con los demás.	V	F	NS
8.- Los antidepresivos han sido eficaces para reducir los síntomas de muchos niños con TDAH.	V	F	NS
9.- Los niños con TDAH a menudo se mueven y retuercen en sus asientos.	V	F	NS
10.- La formación a padres y a maestros en el manejo de un niño con TDAH suele ser eficaz cuando se combina con la medicación que se suele prescribir a estos niños.	V	F	NS
11.- Uno de los síntomas fundamentales de los niños con TDAH es que tienen un sentido inflado o exagerado de la autoestima (grandiosidad).	V	F	NS
12.- Cuando el tratamiento de un niño con TDAH se ha terminado, es raro que los síntomas del niño vuelvan a aparecer.	V	F	NS
13.- Es posible que un adulto sea diagnosticado de TDAH, siempre y cuando los síntomas hayan aparecido en la infancia.	V	F	NS
14.- La mayoría de los niños con TDAH tienen un historial de robo y destrucción de las propiedades ajenas.	V	F	NS

15.- Los efectos secundarios de las medicaciones estimulantes empleadas para el tratamiento del TDAH pueden incluir reducción del apetito e insomnio moderado.	V	F	NS
--	---	---	----

16.- La literatura actual sobre el TDAH sugiere que existen dos grupos de síntomas: a) inatención, y b) hiperactividad-impulsividad.	V	F	NS
17.- Los síntomas depresivos se encuentran más frecuentemente en los niños con TDAH que en los niños sin TDAH.	V	F	NS
18.- La psicoterapia individual es normalmente suficiente para el tratamiento de la mayoría de los niños con TDAH.	V	F	NS
19.- En la mayoría de los niños con TDAH los síntomas remiten en el inicio de la pubertad y, como consecuencia, su comportamiento ya es normal en la edad adulta.	V	F	NS
20.- En casos severos de TDAH, la medicación es empleada a menudo antes de que se intenten utilizar otras técnicas como las técnicas de modificación de conducta.	V	F	NS
21.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH debe presentar síntomas centrales en dos o más contextos (ej. casa y escuela).	V	F	NS
22.- Si un niño con TDAH demuestra que tiene capacidad de atención sostenida con la televisión o los videojuegos durante una hora, este niño es también capaz de tener atención sostenida durante al menos una hora de clase o de realización de los deberes en casa.	V	F	NS
23.- Reducir la ingesta de azúcar en la dieta o los aditivos en las comidas suele resultar efectivo para reducir los síntomas del TDAH.	V	F	NS
24.- Cuando un niño tiene un diagnóstico de TDAH suele recibir servicios de educación especial para reducir los síntomas centrales del trastorno.	V	F	NS
25.- La medicación estimulante es el tipo de medicación más empleada para tratar a los niños con TDAH.	V	F	NS
26.- Los niños con TDAH presentan a menudo dificultades para organizar las tareas y las actividades.	V	F	NS
27.- Los niños con TDAH normalmente experimentan más problemas en los contextos novedosos que en los contextos familiares.	V	F	NS
28.- Hay características físicas específicas que pueden ser identificadas por los médicos para hacer un diagnóstico definitivo de TDAH.	V	F	NS
29.- Entre los alumnos de edad escolar, la prevalencia del TDAH en niños y en niñas es equivalente.	V	F	NS
30.- Entre los niños pequeños (menores de 4 años), se pueden distinguir las conductas problemáticas características de los niños con TDAH (ej. hiperactividad, inatención) de las conductas apropiadas para esa edad.	V	F	NS
31.- Los niños con TDAH se distinguen más de los niños sin TDAH en contextos escolares que en situaciones de juego libre.	V	F	NS
32.- La mayoría de los niños con TDAH presentan en alguna medida resultados académicos pobres en la etapa de primaria en comparación con los niños de su edad.	V	F	NS
33.- A menudo los síntomas de TDAH también se observan en niños sin TDAH que proceden de ambientes familiares caóticos e inadecuados.	V	F	NS

34.- Las intervenciones psicológicas/conductuales para niños con TDAH se centran principalmente en los problemas de los niños con inatención.	V	F	NS
35.- La terapia electroconvulsiva (ej. tratamiento de shock) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para casos severos de TDAH.	V	F	NS
36.- Los tratamientos para el TDAH que se centran fundamentalmente en el castigo son los más efectivos para reducir los síntomas.	V	F	NS
37.- La investigación ha mostrado que el uso prolongado de estimulantes pueden conducir a una adicción en la edad adulta (ej. abuso de drogas).	V	F	NS
38.- Si un niño responde a las medicaciones estimulantes (ej. Ritalin), probablemente tiene TDAH.	V	F	NS
39.- Los niños con TDAH generalmente muestran una adhesión inflexible a rutinas específicas que no persiguen un objetivo concreto (rituales).	V	F	NS

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

APÉNDICE 2

Cuestionario ASKAT

CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACIA EL TDAH

Parte A: preguntas demográficas

Por favor, escribe la respuesta en los espacios disponibles

1. Edad: _____

2. Sexo:

Hombre

Mujer

3. ¿Cuál es tu lugar de nacimiento? _____

3a. Si el lugar de nacimiento no es España, ¿cuánto tiempo llevas viviendo en España? _____

4. ¿Cuál es tu nivel de estudios?

Bachillerato

Diplomatura/grado

Otros

Máster

Doctor/a

5. Si eres aún estudiante, ¿en qué curso estás?

Primero

Segundo

Tercero

Cuarto

Si eres docente, responde a las siguientes cuestiones:

6. ¿Cuántos años has estado enseñando? _____

7. ¿Qué materias enseñas? _____

8. ¿Has enseñado a un alumno/a que mostrase un comportamiento hiperactivo o de inatención?

Sí

No (Si es "no", ve a la pregunta 9)

Si es sí

a) ¿Estaba diagnosticado ese alumno/a cómo TDAH? Sí/No

b) ¿Enseñas actualmente a algún alumno/a que muestra un comportamiento hiperactivo o de inatención? Sí/No

c) ¿Cuántos? _____

d) ¿Cuántos están diagnosticados como TDAH actualmente? _____

9. ¿Está tu colegio situado en una capital de provincia?

Sí (por favor, ve a la pregunta 9a)

No (por favor, ve a la pregunta 10)

9a. ¿En qué localidad y barrio está situado su colegio? _____ (por favor, ve a la pregunta 11)

10. ¿Cómo describirías el área donde se encuentra tu colegio?

- Ciudad regional pequeña Ciudad regional extensa Área rural

11. ¿Qué tipo de colegio representa mejor al tuyo?

- Educación infantil Educación primaria CRA
 Educación secundaria Educación a distancia
 Colegio de integración Centro de Educación Especial

12. ¿Qué sexo representa mejor tu colegio? ¿Qué tipo de alumnado tiene fundamentalmente tu centro?

- Masculino
 Femenino
 Mixto

Parte B: Escala para el Conocimiento específico sobre el TDAH (SASK)

Por favor, responde las siguientes preguntas. En caso de no conocer una respuesta, señala, "no lo sé". NO respondas al azar.

1	El TDAH es un trastorno del desarrollo neurobiológico	Verdadero	Falso	No lo sé
2	Las dietas especiales (por ejemplo, reducción de azúcar, sin trigo, sin lactosa, sin aditivos) son un tratamiento eficaz del TDAH	Verdadero	Falso	No lo sé
3	Los niños con TDAH tienden a tener una pobre concentración	Verdadero	Falso	No lo sé
4	Una combinación de medicamentos estimulantes y gestión del comportamiento es un tratamiento eficaz del TDAH	Verdadero	Falso	No lo sé
5	Hay distintos subtipos de TDAH que pueden presentarse con diferentes comportamientos	Verdadero	Falso	No lo sé
6	El TDAH puede heredarse	Verdadero	Falso	No lo sé
7	Los niños con TDAH pueden presentar junto con un comportamiento hiperactivo, inatención, o combinación de ambos	Verdadero	Falso	No lo sé
8	Los niños con TDAH se distraen con facilidad	Verdadero	Falso	No lo sé
9	Los niños con TDAH se benefician de padres estrictos y de la escolaridad	Verdadero	Falso	No lo sé
10	El TDAH es causado por una cantidad alta de azúcar en la dieta	Verdadero	Falso	No lo sé
11	Los niños que tienen TDAH por hiperactividad suelen hablar en exceso y tienen dificultades para permanecer en su sitio	Verdadero	Falso	No lo sé
12	El TDAH es causado por una pobre crianza en el hogar	Verdadero	Falso	No lo sé
13	Los niños con TDAH pueden elegir comportarse mejor	Verdadero	Falso	No lo sé
14	Algunos niños pueden presentar comportamientos con inatención o hiperactivos, aunque no cumplan los criterios para un diagnóstico de TDAH	Verdadero	Falso	No lo sé
15	Hay aproximadamente un niño/a en cada clase que muestra comportamientos de TDAH	Verdadero	Falso	No lo sé
16	Los niños con TDAH suelen tener problemas de concentración en el trabajo personal/grupal	Verdadero	Falso	No lo sé
17	Los niños con TDAH suelen fallar en prestar atención a su trabajo y cometen fallos por descuido	Verdadero	Falso	No lo sé
18	El profesorado suele ser quien reconoce primero comportamientos del TDAH y derivan a estos niños para una evaluación	Verdadero	Falso	No lo sé
19	La causa del TDAH es desconocida	Verdadero	Falso	No lo sé
20	Los niños que presentan conductas propias del TDAH, independientemente de su diagnóstico, pueden beneficiarse de estrategias individualizadas de regulación del comportamiento	Verdadero	Falso	No lo sé

Parte C: Escala para la actitud específica del TDAH (SASA)

Nos gustaría saber el grado de acuerdo/desacuerdo de las siguientes declaraciones.

Por favor, lee el párrafo inferior y entonces indica tu respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, rodea la opción que más se corresponde con tu respuesta.

Las características comportamentales asociadas al TDAH pueden manifestarse de varias formas en el aula. Los estudiantes que presentan comportamientos asociados al TDAH suelen fallar en prestar atención, cometen errores por descuido, tienen dificultades en mantener la atención y no parecen escuchar cuando se les habla de forma directa. Los estudiantes que exhiben comportamientos típicos del TDAH tienen dificultades en su organización, se distraen con facilidad, pierden cosas, son descuidados y olvidadizos. A menudo tienen problemas de orientación (por ejemplo donde dirigir su atención en la clase), pierden los criterios de evaluación, libros u otros materiales de clase, a menudo están inquietos y no permanecen en sus sitios, evitan tareas que requieran un esfuerzo mental prolongado, corren o trepan excesivamente, tienen dificultades en hacer las cosas con calma, hablan demasiado y tienen dificultades en esperar su turno, interrumpen a otros y pueden ir a clase sin la preparación adecuada, sin material escolar, sin los deberes, etc.

1. Los alumnos que presentan comportamientos asociados con el TDAH:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A Es gratificante trabajar con ellos /as	1	2	3	4	5	6
B Interfieren en mi habilidad para enseñar eficazmente en aula	1	2	3	4	5	6
C Desarrollan una actividad correcta en algunas áreas y en otras no	1	2	3	4	5	6
D No tienen excusa por su comportamiento pobre si no tienen un diagnóstico formal	1	2	3	4	5	6
E Se comportan mal porque no siguen las reglas establecidas	1	2	3	4	5	6
F Necesitan más disciplina, no ayuda con su trabajo académico	1	2	3	4	5	6
G Traen nuevas perspectivas a los temas que estoy enseñando	1	2	3	4	5	6
H Necesitan intentar más concentrarse en su trabajo escolar	1	2	3	4	5	6

2. Creo que

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A El TDAH está sobrediagnosticado	1	2	3	4	5	6
B TDAH es un diagnóstico válido	1	2	3	4	5	6
C El TDAH es una excusa por La pobre crianza en el hogar	1	2	3	4	5	6
D Los niños que presentan comportamientos TDAH se comportan mal a propósito	1	2	3	4	5	6

3. Opino que

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A Derivaría a un alumno que presenta comportamiento TDAH en mi clase al orientador para una posible valoración	1	2	3	4	5	6
B Me gustaría saber más sobre el TDAH y sus comportamientos asociados	1	2	3	4	5	6
C Me gustaría tener más información sobre la intervención en aula para ayudarme con los alumnos que presentan comportamientos TDAH	1	2	3	4	5	6

4. Considero que

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A Los comportamientos asociados con el TDAH irritan al grupo clase	1	2	3	4	5	6
B Los alumnos que presentan comportamientos TDAH son maleducados	1	2	3	4	5	6
C Es un reto enseñar al alumnado que presenta comportamientos asociados al TDAH	1	2	3	4	5	6
D Es gratificante ver los logros del alumnado que presenta comportamientos TDAH	1	2	3	4	5	6
E El alumnado que presenta comportamientos de TDAH me hacen sentir estrés	1	2	3	4	5	6

5. A nivel de aula, cuando tengo que hacer adaptaciones o actividades diferentes con algún alumno, siento que:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A El TDAH beneficia el desarrollo de mis habilidades docentes	1	2	3	4	5	6
B No tengo tiempo	1	2	3	4	5	6
C Cambio mis clases y estilo de enseñanza	1	2	3	4	5	6
D Los espacios educativos para el alumnado TDAH son fáciles de implementar en una clase ordinaria	1	2	3	4	5	6

6. Creo que estoy informado sobre:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A Comportamientos del TDAH	1	2	3	4	5	6
B Intervenciones en aula para gestionar el comportamiento inadecuado	1	2	3	4	5	6

7. Creo que

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A He recibido una formación profesional adecuada sobre el manejo del comportamiento de TDAH	1	2	3	4	5	6
B Puedo enseñar eficazmente al alumnado que presenta comportamientos asociados al TDAH	1	2	3	4	5	6
C Quiero ser más eficaz enseñando al alumnado que presenta comportamientos del TDAH	1	2	3	4	5	6
D Me disgusta enseñar a grupos que tienen alumnado que presenta TDAH	1	2	3	4	5	6

Parte D: Preguntas abiertas

1. ¿Cómo describirías al alumnado que presenta comportamientos hiperactivos?

2. ¿Cómo describirías al alumnado que presenta comportamientos de inatención?

3. ¿Qué piensas sobre el TDAH y sus comportamientos asociados?

4. ¿Cuál es tu opinión sobre las intervenciones en aula usadas con el alumnado que presenta comportamientos asociados al TDAH?

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

APÉNDICE 4

Comunicado para el permiso de realización de la investigación (Universidad)

Sr. (a) _____

Decano (a)

Facultad _____

Soy estudiante de la Universidad de Valladolid en el máster Investigación Aplicada a la Educación del Campus Miguel Delibes. Me encuentro desarrollando el Trabajo Fin de Máster (TFM) para la finalización de este estudio de postgrado.

Para dicho trabajo, solicito su colaboración para el desarrollo de la investigación que deseo poner en práctica. Dicha colaboración se refiere a la aplicación y cumplimentación de dos cuestionarios al alumnado de primer y segundo del grado en Educación Primaria. Estos cuestionarios tienen como finalidad recoger información sobre qué conocimiento tienen sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y qué actitudes muestran hacia los niños y las niñas con TDAH.

De igual forma, es necesario comentar al profesor de la clase correspondiente, así como explicar brevemente el objetivo de la investigación al alumnado y cómo deben cumplimentar los cuestionarios. En tales instrumentos, se recogerán tanto conocimiento y actitud como datos demográficos, siendo totalmente anónimo y de carácter voluntario.

Le estaría enormemente agradecido poder contar con tal permiso.

Cordialmente,

Alberto Ordóñez Ruiz

___ de _____ de 2017

APÉNDICE 5

Comunicado para el permiso de realización de la investigación (centros educativos)

Sr. (a) _____

Director (a)

Colegio _____

Soy estudiante de la Universidad de Valladolid en el máster Investigación Aplicada a la Educación del Campus Miguel Delibes. Me encuentro desarrollando el Trabajo Fin de Máster (TFM) para la finalización de este estudio de postgrado.

Para dicho trabajo, solicito su colaboración para el desarrollo de la investigación que deseo poner en práctica. Dicha colaboración se refiere a la aplicación de dos cuestionarios al profesorado de Educación Primaria. Estos cuestionarios tienen como finalidad recoger información sobre qué conocimiento tienen sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y qué actitudes muestran hacia los niños y las niñas con TDAH.

De igual forma, es necesario explicar el objetivo de la investigación al profesorado de Educación Primaria y cómo deben cumplimentar los cuestionarios. En tales instrumentos, se recogerán tanto conocimiento y actitud como datos demográficos, siendo totalmente anónimo y de carácter voluntario.

Le estaría enormemente agradecido con poder contar con tal permiso.

Cordialmente,

Alberto Ordóñez Ruiz

___ de _____ de 2017