



Salud & Sociedad

E-ISSN: 0718-7475

alurzua@ucn.cl

Universidad Católica del Norte

Chile

FERRER URBINA, RODRIGO; CHÁVEZ OSSIO, KATHERINE ANDREA; GALLARDO  
FERNÁNDEZ, CAROLINA ANDREA; LOREDO ZÚÑIGA, GABRIELA ANDREA;  
MENESES NEIRA, KARINA ALEJANDRA  
APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA DE PROFESORES DEL TRASTORNO DE DÉFICIT  
ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ESCOLARES DE ENSEÑANZA  
BÁSICA PERTENECIENTES A ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALIZADOS DE LA  
CIUDAD DE ARICA

Salud & Sociedad, vol. 8, núm. 1, enero-abril, 2017, pp. 52-65

Universidad Católica del Norte

Antofagasta, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439751039004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA DE PROFESORES DEL TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ESCOLARES DE ENSEÑANZA BÁSICA PERTENECIENTES A ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALIZADOS DE LA CIUDAD DE ARICA

## TEACHERS' DIAGNOSTIC OBSERVATION OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) IN PUBLIC PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN ARICA

Recibido: 02 de noviembre de 2016 | Aceptado: 02 de marzo de 2017

DOI: 10.22199/S07187475.2017.0001.00004

RODRIGO **FERRER** URBINA <sup>1</sup>, KATHERINE ANDREA **CHÁVEZ** OSSIO <sup>1</sup>, CAROLINA ANDREA **GALLARDO** FERNÁNDEZ <sup>1</sup>,  
GABRIELA ANDREA **LOREDO** ZÚÑIGA <sup>1</sup>, KARINA ALEJANDRA **MENESES** NEIRA <sup>1</sup>

<sup>1</sup>. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y FILOSOFÍA, UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ, Tarapacá, Chile

### RESUMEN

**OBJETIVO:** analizar la apreciación diagnóstica de profesores respecto al trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en escolares de enseñanza básica pertenecientes a establecimientos municipalizados de la ciudad de Arica. **MÉTODO:** En una muestra de 409 estudiantes del primer ciclo académico (de 1ero a 4to año básico), los profesores contestaron la "Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad" (EDAH) y una pauta de apreciación diagnóstica por cada uno de sus estudiantes. Adicionalmente, se recopiló información sobre los estudiantes con diagnóstico médico de TDA o TDAH. Finalmente, se realizaron contrastes binomiales de las apreciaciones diagnóstica de los profesores y de diagnósticos médicos reportados con la prevalencia nacional e internacional. **RESULTADOS:** los contrastes binomiales señalaron que el número de niños apreciados o diagnosticados con TDAH por profesores y médicos superan poblacionalmente los parámetros nacionales e internacionales. **DISCUSIÓN:** se señala la implicancia práctica de los resultados observados, particularmente en el ámbito educacional y de la salud, se sugieren algunas explicaciones posibles, nuevos estudios y posibles limitaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Déficit atencional, hiperactividad, sobrediagnóstico.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze teachers' diagnostic observation of ADHD in public primary school students in Arica. **METHOD:** Teachers of 409 1st to 4th year primary school students answered the ADHD-RS (ADHD-Rating Scale) as well as a rubric of diagnostic observation for each student. Additionally, medical reports of students diagnosed with ADHD were consulted. Finally, binomial contrasts between teachers' diagnostic observations and medical diagnostic reports were performed considering national and international parameters. **RESULTS:** Binomial contrasts show students diagnosed with ADHD by teachers and doctors exceed national and international parameters. **DISCUSSION:** The practical implications of these findings are highlighted, especially for education and health. Some explanations are suggested as well as new studies and possible limitations.

**KEY WORDS:** Attention disorder, hyperactivity, over diagnosis.

El *Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*, es un trastorno psicológico, que constituye un problema complejo en la actualidad, pues ha sido objeto de discusión por la masificación e incidencia nacional a lo largo del tiempo. Su cronicidad ha alterado y repercutido en el funcionamiento de los diferentes contextos en los que se desenvuelve un niño en su vida cotidiana. (Jarque, Tárraga y Miranda, 2007).

Barragán et al. (2007) señalan que *“El TDAH es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica, ocupando un límite entre el 3 y 7% de la población Latinoamericana. Se considera un problema de salud pública, con una prevalencia del 5,2% y que afecta aproximadamente a 36 millones de personas”* (p.327). Pese a su alta frecuencia, no siempre el TDAH es correctamente detectado, interfiriendo en el adecuado tratamiento, lo que afecta el mundo familiar, social y personal de los pacientes (Barragán et al., 2007). Es por esto que es imprescindible que los especialistas aptos (profesores y psiquiatras) tengan cautela al diagnosticar y evaluar la persistencia de los síntomas.

Una de las posibilidades en las confusiones diagnósticas, son los falsos positivos, lo que implica un riesgo de sobrediagnóstico, que conlleva innecesarias intervenciones farmacológicas y derivaciones a especialistas, lo que puede traducirse en acciones iatrogénicas de parte de los profesionales que participan en su detección y tratamiento. Existe evidencia de esta problemática a nivel mundial, encontrándose diversos estudios que han señalado este posible riesgo (Jarque, Tárraga, Miranda, 2007).

Es por esto, que es necesario valorar la precisión de los diferentes agentes que participan en la detección de *TDAH*, así como también es preciso realizar un minucioso diagnóstico diferencial que

permita excluir otros trastornos, ya que de esta forma se podría indagar en cualquier indicio que lleve a sospechar de dificultades asociadas al sobrediagnóstico o a una real prevalencia que está por sobre los márgenes mundiales.

#### Trastorno de déficit atencional con hiperactividad

Es común observar niños inquietos y distraídos, a quienes simplemente se les tilda como mal educados o, en el contexto educacional, malos estudiantes. Sin embargo, muchas veces se obvia la posibilidad de que detrás de estas conductas pueda existir un problema tan complejo como el *TDAH*.

El *TDAH* es un trastorno del desarrollo neurológico que comúnmente se da en la infancia y puede considerarse como *“...un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad”* (Pichot, López y Valdés, 1995, p.82) y se observa en varios aspectos relevantes de la vida del niño, con síntomas que se producen en dos o más situaciones (casa, escuela y/o trabajo) e interfieren en la actividad social, académica y/o laboral propia del nivel del desarrollo (Pichot, López y Valdés, 1995).

#### Diagnóstico

El diagnóstico de *TDAH*, basado en la observación del comportamiento es difícil por múltiples razones, principalmente, el hecho que niños y adolescentes sin *TDAH* con regularidad demuestran muchos de los comportamientos asociados con dicho trastorno (Antshel, Hargrave, Simonescu, Kaul, Hendriks, y Faraone, 2011).

Complejizando aún más este escenario, existen varias condiciones que pueden ser confundidas con la sintomatología del TDAH, que deben excluirse en un diagnóstico diferencial, incluyendo dificultades de aprendizaje, el desorden oposicionista, el desorden de conducta, el abuso de sustancia, la dependencia, desórdenes de tic, desórdenes de humor, desórdenes de ansiedad, el desorden de tensión post-traumático y trastornos del sueño. Además de factores exógenos, como el nacimiento prematuro, el traumatismo craneal, el síndrome de alcohol fetal, la exposición a la cocaína o la nicotina, la toxicidad de plomo, y aditivos alimenticios tienen la probabilidad de aumentar el riesgo de los síntomas presentes en el TDAH (Kaufman, Kalbeisch, y Castellenos, 2000).

Para realizar un diagnóstico de TDAH es necesario observar al niño o adolescente, pero no sólo y exclusivamente dentro de la consulta del terapeuta, pues también es necesaria una observación dentro del círculo familiar y en el aula ya que, la mejor fuente de datos observacionales proviene de las situaciones de la vida real. Por esta razón, es común que el proceso diagnóstico incluya el relato de padres, profesionales, tutores, directores de actividades y otros adultos que interactúen con el niño o adolescente (Silver, 2012).

En este escenario los profesores tienen un rol fundamental en la detección de TDAH, ya que participan en contextos naturales con múltiples oportunidades de observar el comportamiento del niño y compararlo con las conductas de los compañeros en el aula, con mayor validez ecológica que la que ofrece un contexto clínico, en el cual puede que no se revelen los principales síntomas de la enfermedad (Moldavsky, Groenewal, Owen, y Sayal, 2013).

Sin embargo, finalmente es un profesional médico el que integrando la información de profesores, padres y otros agentes, realiza el diagnóstico de TDAH,

generalmente usando como pauta el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), la cual se diferencia de la anterior DSM-IV en que el diagnóstico se complementa asignando la intensidad en que se presenta el trastorno en la persona que lo padece, esta intensidad puede ser: leve, moderado o grave.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), y su versión anterior, señala tres subtipos de TDAH, y el clínico deberá identificar en el niño uno de los siguientes: 1) *trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*: se utiliza si se cumplen los criterios A1 y A2 (ver anexo 1), durante los últimos seis meses, 2) *trastorno por déficit de atención, tipo con predominio del déficit de atención*: se utiliza si se cumple el criterio A1 pero no el criterio A2 (ver anexo 1), durante los últimos seis meses, y 3) *trastorno por déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo*: se utiliza si se cumple el criterio A2 pero no el A1 (ver anexo 1), durante los últimos seis meses.

#### Instrumentos

Además de la información verbal o escrita que recibe el clínico de los diversos agentes que observan la conducta del evaluado, existen una serie de instrumentos disponibles para sistematizar dichas informaciones. Estos instrumentos, producto de un riguroso proceso de desarrollo que los dote de evidencias de validez y criterios de interpretación para una población específica (American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education, 2014), tienen por objetivo “...alcanzar un diagnóstico que se base en impresiones clínicas lo menos subjetivas y desarrollar normas de corrección con puntos de corte específicos para una población o localidad (Urzúa, Dominic, Ramos y Cerda, 2010; p.158). Otro punto importante es que el instrumento debe conducir a un diagnóstico temprano y a la rehabilitación en las etapas iniciales de

este trastorno, lo que podría incidir de manera favorable en el impacto negativo que tiene el TDAH en el ámbito social, emocional y cognitivo (Urzúa et al., 2010).

En la actualidad existen instrumentos utilizados para diagnosticar este trastorno, entre ellos se encuentran las pruebas neurológicas y neuropsicológicas, así como los cuestionarios y las escalas de valoración conductual, por lo general, dirigidos a los padres y los profesores de los niños (Urzúa et al., 2010).

Dentro de las pruebas neurológicas, el encefalograma es una de las más utilizadas ya que con éste se descartan otros trastornos, especialmente cuadros epilépticos. Por otra parte, los estudios de neuroimagenología permiten detectar ciertas particularidades estructurales y funcionales, sin embargo, no permiten discriminar entre el TDAH y otros trastornos (Urzúa et al., 2010).

Respecto a la evaluación neuropsicológica, las pruebas se utilizan principalmente para evaluar las funciones ejecutivas del niño, dentro de las que se encuentran las el conjunto de habilidades cognitivas requeridas para la realización de tareas dirigidas a metas, como por ejemplo, la velocidad del procesamiento de información, la atención selectiva, la capacidad de prestar atención, el control de la impulsividad, la inhibición de la respuesta, la planificación y la resolución de problemas, la anticipación de eventos, la autorregulación, la planificación de actividades en secuencias, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la estimación del tiempo y el espacio. Todas estas pruebas se aplican como complemento para el diagnóstico clínico (Urzúa et al., 2010).

Las escalas de valoración conductual se basan en los criterios propuestos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- V), a partir de la

información que entregan los padres y profesores, con la finalidad de determinar la intensidad y frecuencia con que se presentan las conductas de los niños. Entre los instrumentos que se pueden mencionar están las escalas de que se basan en el DSM- V, como el *cuestionario de conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL)* y el *formulario del informe del profesor (Teacher's Report Form, TRF)*, además del *inventario de conductas de la función ejecutiva (Behavior Rating Inventory of Executive Function, BRIEF)*, la *entrevista diagnóstica para niños (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC)*, y las escalas de *Conners* (Urzúa et al., 2010).

Cabe destacar que ninguna prueba, tanto neurológica, neuropsicológica o psicológica, puede por sí sola dar un diagnóstico irrefutable de TDAH, por lo que es necesario utilizar varios instrumentos y procedimientos para lograr un diagnóstico definitivo y posteriormente, establecer un tratamiento (Urzúa et al., 2010).

Pese a la gran variedad de instrumentos disponibles, una de las problemáticas al momento de realizar un diagnóstico es que muchos de ellos no están validados ni adaptados para la población de habla hispana, lo que se resume en la problemática de no poder ser aplicados en Latinoamérica (Urzúa et al., 2010).

Hasta la fecha, el único instrumento utilizado para la evaluación del TDAH en Chile es la *escala de Conners, en su versión abreviada*, a pesar de que otras escalas tienen una mayor precisión diagnóstica. Si bien es cierto, la *escala de Conners* ha sido utilizada en diversas investigaciones en nuestro país, aún no se han determinado sus propiedades psicométricas en la población chilena, como tampoco normas de corrección basadas en datos referentes a la población de Chile (Urzúa et al., 2010).

Entre las escalas que han mostrado mejores resultados se encuentran el *inventario para déficit de atención (IDDA)*, la

escala para la gradación del déficit de atención con hiperactividad IV (EGDA IV) de DuPaul, ampliamente utilizado en Europa y la escala de evaluación del déficit de atención con hiperactividad (EDAH). Las propiedades psicométricas de estos instrumentos se han validado en poblaciones de habla hispana, incluyendo la escala EDAH la cual consta de 20 ítems y está compuesta por una subescala para los trastornos de conducta y otra para la hiperactividad y el déficit de atención, dividida en dos dimensiones: hiperactividad e impulsividad (Urzúa et al., 2010).

#### Prevalencia

Actualmente, el *TDAH* es una de las patologías más frecuentes con una prevalencia alarmante, alcanzando en algunos reportes hasta un 17% (García y Domínguez, 2012). Adicionalmente, se ha observado un crecimiento constante de esta prevalencia, por ejemplo, en Estados Unidos, en un periodo de 5 años, las cifras de *TDAH* han aumentado en un 22%, lo que significa que en la actualidad uno de cada diez niños (10%) está diagnosticado de *TDAH*, lo que supone un total de 5,4 millones de niños de 4 a 17 años (García y Domínguez, 2012).

Según el DSM-IV, el *TDAH* es más frecuente en varones que en mujeres, en función de si la población es general o clínica, con proporciones de varón a mujer de 4:1 y 9:1. Una posible explicación para estas diferencias es que las niñas con *TDAH* son menos impertinentes y manifiestan menos síntomas agresivos en comparación con los varones, por lo tanto, llamando menos la atención dentro del aula, ya que estas sólo se distraen, siendo usualmente diagnosticadas con *Trastorno de Deficit Atencional sin Hiperactividad (TDA)*. Además del sexo, otra variable que parece incidir en la prevalencia es el nivel socioeconómico, observándose, por ejemplo, una mayor prevalencia de niños diagnosticados con *TDAH* en niveles

socioeconómicos bajos, pero mayor sintomatología de déficit atencional con hiperactividad en niveles socioeconómicos altos (Herrera, 2005).

En Chile las estadísticas indican que un 6.2% de los alumnos tiene *TDAH* y sólo un 13% de éstos recibe atención especializada, superando la prevalencia internacional. Esta diferencia, así como las precauciones interpretativas que deben tenerse con patologías del neurodesarrollo con prevalencias mayores a un 5% (García y Domínguez, 2012), conllevan la necesidad de indagar la posibilidad de que este aumento no sea real y sea explicable por un sobrediagnóstico de dicho trastorno (Acuña y Reyes, 2012).

La posibilidad de un sobrediagnóstico de *TDAH* es tal que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han llamado la atención sobre la detección de un incremento, escasamente justificado por criterios clínicos, en el diagnóstico de *TDAH* y de los tratamientos farmacológicos asociados, es por ello, que estas organizaciones hacen hincapié en que los profesionales de la salud mental deban poner el mayor interés en realizar un correcto y estricto diagnóstico de *TDAH* y así establecer un tratamiento farmacológico solamente con posterioridad a la tentativa de otro tipo de tratamiento, ya sea psicopedagógico y/o conductual. (García y Domínguez, 2012, p.2)

Esta posibilidad resulta preocupante, ya que podría derivar en una prescripción inadecuada de fármacos para su tratamiento y con ello aumentar el riesgo de reacciones adversas, como alteraciones del sueño, apetito, crecimiento y aumento del riesgo cardiovascular, además de las diversas consecuencias psicosociales asociadas (p.e. estigmatización) y económicas (p.e. costos familiares, gasto público).



Una posible causa de sobrediagnóstico, de existir, podría ser una errónea apreciación diagnóstica de parte de los profesores, ya que los docentes resultan fundamentales para establecer diagnósticos eficaces, tempranos y oportunos, por lo que no es posible prescindir de ellas. Para disminuir el riesgo de sesgo, dicha evaluación debe enriquecerse mediante pautas de observaciones que permitan recoger las valoraciones de la conducta habitual del alumno (Vicente, Navas, Belmar y Holgado, 2010).

Debido a esto, es necesario valorar la adecuación de los juicios y evaluaciones de los docentes de la región de Arica y Parinacota, a modo de verificar que la información que aportan este llevando a tomar decisiones adecuadas respecto al bienestar de los alumnos (Acuña y Reyes, 2012), ya que un posible sobrediagnóstico es una amenaza para el correcto desarrollo de los niños que reciben tratamiento innecesario, por lo que sería imperativo desarrollar medidas correctivas. Por tanto, el objetivo del presente estudio es analizar la percepción diagnóstica de los profesores del trastorno de déficit atencional con hiperactividad en alumnos de enseñanza básica de la ciudad de Arica, comparando adicionalmente esta percepción con otras prevalencias, evaluar la concordancia entre profesionales sobre la prevalencia de *TDAH* y valorar la relación entre las apreciaciones diagnósticas y la percepción de rendimiento y agresividad de los estudiantes.

A manera de hipótesis, se espera encontrar que: 1) los profesores tiendan a diagnosticar en mayor medida *TDAH* que la prevalencia internacional; 2) médicos y profesores difieran en el diagnóstico del *TDAH*; exista relación directa entre las apreciaciones sintomatológicas asociadas con el *TDAH* y la percepción de profesores respecto a la percepción de posición relativa de rendimiento escolar; y 4) exista una relación directa entre las apreciaciones

sintomatológicas asociadas con el *TDAH* y la percepción de profesores respecto a la percepción de posición relativa de agresividad en el ámbito escolar.

## MÉTODO

Este estudio fue realizado bajo un diseño *ex post facto* retrospectivo de tipo correlacional.

### Participantes

Estudiantes de primer ciclo básico, pertenecientes a establecimientos educacionales municipalizados de la ciudad de Arica, muestreados no probabilísticamente por disponibilidad. La muestra quedó constituida por un total de 409 alumnos del primer ciclo básico, siendo 47,3% niñas y el 52,2% niños, con un promedio de edad de 7,7 años ( $DT=1,3$ ).

### Instrumentos

Escala para la Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH): Este instrumento consta de 20 ítems de tipo likert de 4 puntos, divididos en 2 subescalas: una para los trastornos de conducta y otra para la hiperactividad y déficit de atención, la que a la vez se subdivide en hiperactividad e impulsividad. Este instrumento cuenta con evidencias de validez y fiabilidad en población chilena, estimaciones de fiabilidad por consistencia interna entre 0,87 y 0,92 (Vicente, Navas, Belmar y Holgado, 2010).

Adicionalmente se incorporó una escala de elaboración propia (anexo 2), en la cual se preguntó directamente a los profesores por su apreciación diagnóstica de *TDAH*, la cual abarca aspectos relacionados con un posible diagnóstico de déficit atencional o hiperactividad, el conocimiento certero de que el alumno está o no diagnosticado con *TDAH* y la percepción respecto a agresividad y rendimiento del niño o niña.

## Procedimiento

Para la recolección de los datos, se contactó a los establecimientos municipales de la ciudad de Arica y se solicitó el consentimiento para realizar el estudio, garantizando el anonimato tanto de evaluador como de evaluado. A partir de esto, se le proporcionó a cada profesor jefe el total de encuestas por alumno según el listado de matrícula. Los aspectos éticos de la investigación quedaron cubiertos mediante un compromiso firmado de que ni estudiantes, profesores ni establecimientos serían individualizados en los análisis ni en los reportes y que todos los profesores encuestados tenían derecho a no participar

en la investigación, simplemente devolviendo el sobre cerrado con los cuestionarios sin completar o no retornando los instrumentos.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos de las subdimensiones de la escala EDAH, el porcentaje de categorización diagnóstica de la escala, de la apreciación diagnóstica de profesores y de alumnos con reporte de diagnóstico médico de *TDH* (tabla 1).

TABLA 1.  
Estadísticos descriptivos de la apreciación diagnóstica.

Escala de Evaluación	Media (desviación típica) subescalas EDAH	Porcentaje de diagnósticos EDAH	Apreciación de profesores	Diagnóstico médico TDAH
Hiperactividad	4,01 (DT=4,59)	15,1%	17,7%	
Déficit Atencional	4,84(DT=4,58)	21%	29,4%	9%
Trastorno de conducta	4,93(DT=7,48)	23,2%		

En una primera aproximación, se observa que las apreciaciones de profesores (valoración mediante escala y apreciación subjetiva) más que triplican la prevalencia internacional (aprox. 5%) y nacional (6,2%) y duplican el porcentaje de alumnos con diagnóstico médico de *TDH* (9%). Además, el porcentaje de niños con diagnóstico médico de *TDH* supera

considerablemente la prevalencia nacional e internacional.

Para constatar si estas diferencias observadas pueden inferirse a la población, se procedió a contrastar la hipótesis nula de igualdad de proporciones con la prueba binomial, usando como referencia de contraste la proporción internacional (0,05) y nacional (0,062) (tabla 2).

TABLA 2.  
Contraste binomial sobre una muestra.

Prevalencia	Internacional ( $\pi=0.05$ )		Nacional ( $\pi=0.062$ )
	Proporción observada	Significación estadística	Significación estadística
Apreciación directa Déficit Atencional	,30	,000	,000
Apreciación directa Hiperactividad	,18	,000	,000
Categoría Déficit Atencional escala EDAH	,16	,000	,000
Categoría Hiperactividad escala EDAH	,12	,000	,000
Diagnóstico Médico TDAH	,09	,001	,000



De acuerdo a lo observado, en todas las fuentes evaluadas puede rechazarse la hipótesis nula de igualdad poblacional de proporciones ( $p < .05$ ), tanto respecto a la prevalencia internacional como nacional. Debido a esto, puede sostenerse en todas las fuentes que la proporción es superior en el contexto evaluado respecto a las cifras de referencia.

Para valorar si existe acuerdo entre la proporción de casos valorados con *TDAH* entre la percepción de profesores y el diagnóstico médico se procedió a realizar la prueba de McNemar para contrastar la hipótesis nula de homogeneidad marginal (tabla 3).

TABLA 3.  
Estadísticos de Contraste. Prueba de McNemar sobre la apreciación de los profesores.

	APDA y DM	APH y DM	DM y SEH	DM y SEDA
Chi-cuadrado <sup>b</sup>	67,605	23,603	2,726	11,045
Sig. asintót.	,000	,000	,099	,001

APDA: Apreciación de profesores de déficit atencional.  
APH: Apreciación de profesores de hiperactividad.  
SEH: Subdimensión escala EDHA hiperactividad.  
SEDA: Subdimensión escala EDHA déficit atencional.  
DM: Diagnósticos médicos

De acuerdo a los resultados sólo puede asumirse acuerdo entre Diagnóstico Médico y el diagnóstico de hiperactividad derivado de la escala EDHA ( $p > .05$ ). En las otras valoraciones, se observan discrepancias poblacionales entre profesores y diagnósticos médicos, siendo siempre mayor la proporción de las apreciaciones de profesores.

Finalmente, para explorar si la percepción de los profesores se relaciona con la percepción académica y de agresividad de los alumnos, se procedió a realizar una correlación de Pearson entre las puntuaciones de las dimensiones hiperactividad y déficit atencional de la escala EDHA y las percepciones mencionadas (tabla 4).

TABLA 4.  
Correlaciones de Pearson de Percepción de rendimiento y agresividad.

	Percepción de Rendimiento	Percepción Agresividad
Hiperactividad	,123 ( $p = .00$ )	,469 ( $p = .00$ )
Déficit Atencional	,484 ( $p = .00$ )	,180 ( $p = .00$ )

De acuerdo a los criterios de tamaño del efecto de Cohen (1988) se observa que la puntuación de percepción de rendimiento y agresividad presenta una relación leve ( $r > .01$ ) con la percepción de los profesores respecto al rendimiento y una relación moderada con la apreciación de los profesores sobre la agresividad ( $r > .03$ ). Por otra parte, la percepción de los profesores con respecto al déficit atencional se relaciona moderadamente con la percepción del rendimiento y de manera leve con percepción de agresividad.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue analizar la percepción diagnóstica de los profesores respecto al *TDAH* en alumnos de primer ciclo de escuelas municipalizadas.

Los resultados señalan que los profesores tienden a diagnosticar en mayor medida *TDAH*, por un amplio margen, que la prevalencia internacional y nacional. Esto resulta inquietante ya que existen 2 posibilidades no excluyentes: 1) por alguna razón desconocida (p.e. la contaminación por polimetales que afecta la zona, particularidades genéticas, etc.), existe una mayor prevalencia de *TDAH* en la población evaluada; 2) existe un sesgo de los profesores que tiende a sobrediagnosticar *TDAH*, lo que explicaría también la discrepancia observada respecto a los diagnósticos que realizan los médicos.

Ambas posibilidades son preocupantes, la primera porque el *TDAH* está asociado a dificultades de aprendizaje y desarrollo (Silver, 2012) de los estudiantes y su

existencia genera consecuencias importantes para las poblaciones que los padecen. En caso de existir una mayor prevalencia, lo que podría explicar la mayor prevalencia de niños reportados con diagnóstico médico de *TDHA*, se traducirá en una dificultad mayor para el desarrollo del capital humano y social de la región, por lo que es necesario indagar en las posibles causas de este fenómeno para desarrollar estrategias preventivas y paliativas.

La segunda posibilidad, es decir, una tendencia de los profesores a sobrediagnosticar, puede traducirse en una mayor derivación y sobrecarga al sistema de salud para evaluación y, tomando en cuenta que la apreciación de profesores suele ser elemento clave en el diagnóstico, propiciar un sobrediagnóstico médico que puede estar asociado a medicamentación innecesaria, que puede dar lugar al aumento de riesgos tales como: alteraciones del sueño, del apetito y crecimiento, así como también el aumento del riesgo cardiovascular. El riesgo de sobrediagnóstico es relevante ya que el niño crece etiquetado con un trastorno que no le corresponde, responsabiliza sus conductas a la toma o no de los medicamentos, justificando así sus comportamientos y está en un constante riesgo al ingerir medicamentos que no son necesarios y podría sufrir los efectos secundarios.

Finalmente, al valorar la relación entre las puntuaciones de la escala *EDAH*, de déficit atencional e hiperactividad, la relación moderada entre la primera dimensión y percepción de rendimiento y la segunda con percepción de agresividad, podrían indicar que ambas percepciones son relevantes en los juicios sobre *TDHA* que construyen los profesores y podrían estar tendenciando sus apreciaciones. No obstante, otras explicaciones posibles son: 1) que estas relaciones refieran a las influencias particulares de los elementos centrales del *TDHA* sobre rendimiento y agresividad; y 2) que exista un proceso de

estigmatización que sesgue desfavorablemente la valoración del rendimiento y agresividad en niños con sintomatología de *TDHA*.

Algunas de las limitantes de este trabajo de investigación fue la dificultad de la muestra, pues no se tuvo un fácil acceso a las escuelas por lo que ésta no se pudo realizar probabilísticamente como se planificó en un comienzo. Por otro lado, la imposibilidad de establecer con precisión qué casos corresponden a un mal diagnóstico impide conocer con exactitud aquellos niños que están sobrediagnosticados.

Para profundizar más en el *TDHA* y el sobrediagnóstico, se sugiere realizar una investigación con una muestra probabilística en donde también puedan estar incluidos los colegios particulares o realizar un estudio comparativo con este tipo de establecimientos para indagar además si es que el nivel socioeducativo del niño pudiera tener alguna incidencia en el diagnóstico. No obstante, también sería necesario investigar las causas que podrían estar incrementando la tasa de niños con *TDHA* en la ciudad, como la contaminación de los polimetales, lo que podría estar asociado a que la región de Arica y Parinacota esté por encima de la prevalencia nacional e internacional respecto a este trastorno.

## REFERENCIAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Antshel, K., Hargrave, T., Simonescu, M., Kaul, P., Hendriks, K. y Faraone, S. (2011). Advances in understanding and

- treating ADHD. *BMC Medicine*, 9:72. doi: 10.1186/1741-7015-9-72.
- Artigas, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurología*, 38 (1), s117-s123.
- Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L. y Suárez, A. (2007). Tema pediátrico: Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Boletín Médico Hospital Infantil México*, 64,326-343.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- De la Peña, F. (2000). El trastorno por déficit atención con hiperactividad (TDAH). *RevFacMed UNAM*, 43 (6), 243-244.
- De la peña, F., Barragán, E., Rodhe, L., Patiño, L., Zavaleta, Ulloa, R...Larraguibel, M. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericanos con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 32, 17-29.
- Díez, A., Figueroa, A. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 136-155.
- Etchepareborda, M. y Díaz, A. (2009). Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención. *Medicina*, 69 (1), 51-63.
- Figert, A. (2010). The Case for Demedicalizing ADHD. *Contemporary Sociology*, 39(5), 527.
- García, G. (2003). Fármacos estimulantes y psiquiatría infantil. Una revisión de su aplicación en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad en niños. *Salud Mental*, 26 (2), 33-41.
- González-Hernández, J., Rodríguez, M., Ventura, T., Toledo, K. y Alcalde, A. (2009). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atencional/hiperactividad (TDAH) en adultos en una clínica de memoria: estudio descriptivo. *Memoriza.com*, 4, 17-21.
- Graham, J., Seth, S. y Coghill, D. (2007). ADAH What's new in... . *Rev Medicine*, 35 (3), 181-185.
- Jarque, S., Tárraga, R. y Miranda, A. (2007). Conocimientos, conceptos erróneos y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Psicothema*, 19 (4), 585-590.
- López, J., Sacristán, A., Rodríguez, L., Garrido, M., De Llano, J. y Martínez, M. (2010). Validity of the DSM-IV criteria according to teachers's response in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Psicología Educativa*, 16 (2), 147-156.
- Martinic, R. (1999-2000). Los niños del plomo en Arica: del caos al plan vecinal en la resolución de un conflicto ambiental. *Zona norte: programa ciudadanía y gestión local*, 1, 2-17.
- Moldavsky, M., Groenewald, C., Owen, V. y Sayal, K. (2013). Teachers's recognition of children with ADHD: role of subtype and. *Child and adolescent mental health*, 18, 18-23.
- Montañés, F., Gangoso, A. y Martínez, M. (2009). Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 48 (9), 469-481.
- Polanczyk, M., Silva, M., Lessa, B., Biederman, J. yRohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942-948.
- Presentación, M., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22 (4), 778-783.
- Reyes, A. y Acuña, L. (2012). Elementary school teachers' ratings of Attention

Deficit Hyperactivity Disorder  
behaviors. *Rev Latinoamericana*, 44  
(3), 65-82.

Sibley, M., Pelham, W., Molina, B., Gnagy, E., Waschbusch, D., Garenfino, A...Karch, K. (2012). Diagnosing ADHD in Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (1), 139-50.

Silver, L. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Guía clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud*. Washington, DC: Lexus.

Ulloa, R., Arroyo, E., Ávila, J., Cárdenas, J., Cruz, E., Gómez, D.... De la Peña, F. (2005). Algoritmo del tratamiento para trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. *Salud Mental*, 28 (5), 1-10.

Urzúa, A., Ramos, M., Cerda, A. y Quiroz, J. (2010). Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit atención con hiperactividad en escolares chilenos. *Rev Panam Salud Pública*, 27(3), 157-67.

## ANEXO 1.

### Criterios diagnósticos del DSM-V.

Según la última actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM- V (2013), los criterios para diagnosticar TDAH son:

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 ha mantenido durante al menos seis 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 sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., 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 (p.ej., tiene dificultades para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., 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 (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., 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 (p. ej., 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 las tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil)
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad con estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver otras llamadas, pagar las facturas, acudir a citas).

2. **Hiperactividad e impulsividad:** seis (o más) de los siguientes síntomas que se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

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

- a. Con frecuencia juega con o golpea 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 (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo o en otras 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” (p. ej., 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 seguirlo).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se le haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de la conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., 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, pueden inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).
- j. Algunos síntomas de inatención hiperactivo- impulsivo estaban presentes antes de los doce años.
- k. Varios síntomas de inatención o hiperactivo- impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en la casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- l. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral o reduce la calidad de los mismos.

Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias) (p.243).



ANEXO 2.

Preguntas de elaboración propia, utilizadas como complemento a la escala EDAH.

Bajo a su criterio, por favor contestes las siguientes preguntas:

APRECIACION	SI	NO	
Considera que el alumno tiene déficit atencional			
Considera que tiene hiperactividad			
APRECIACION	SI	NO	NS/NC
El alumno esta diagnosticado con déficit de atención y/o hiperactividad.			
El alumno esta medicado para el déficit de atención y/o hiperactividad			
APRECIACION	SOBRE EL PROMEDIO	APROX. EN EL PROMEDIO	BAJO EL PROMEDIO
Si tuviese que valorar el rendimiento del alumno, usted diría que esta:			
Si tuviese que valorar la agresividad del alumno, usted diría que esta:			