

Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Sonia Jarque Fernández, Raúl Tárraga Mínguez* y Ana Miranda Casas**

Universidad de Barcelona, * Consellería de Cultura, Educación y Deporte y ** Universidad de Valencia

Este estudio se diseñó para analizar los conocimientos, concepciones erróneas y lagunas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de 193 maestros, como una replicación de un estudio realizado por Sciuotto, Terjesen y Bender en el año 2000. Los maestros cumplieron el Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS) en su versión española, adaptada por los autores del presente estudio, cuyo objetivo es evaluar los conocimientos del TDAH en tres áreas de contenido: Conocimientos generales, Síntomas/Diagnóstico y Tratamiento. Los resultados arrojaron un porcentaje medio de aciertos del 31.67%, 63.88% y 40.46%, en las escalas de Conocimientos generales, Síntomas/Diagnóstico y Tratamiento, respectivamente. Los maestros tenían significativamente más conocimientos en la escala de Síntomas/Diagnóstico que en las otras dos. Sus conocimientos correlacionaron positivamente con: años de experiencia docente con niños hiperactivos; número de estudiantes hiperactivos que han tenido en sus aulas, y grado de autoeficacia percibida. Estos hallazgos son consistentes con los aportados por Sciuotto y sus colaboradores.

Teachers' knowledge, misconceptions, and lacks concerning Attention Deficit Hyperactivity Disorder. This study was designed to analyze the knowledge, misconceptions, and lacks about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a sample of 193 teachers, as a replication of the study carried by Sciuotto, Terjesen and Bender in 2000. Teachers completed the Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS) (Spanish version), adapted by the authors of this research, to measure knowledge of ADHD in three content areas: general knowledge, symptoms/diagnosis, and treatment. Results indicated an average of correct responses of 31.67, 63.88 and 40.46% in general knowledge, symptoms/diagnosis and treatment, respectively. Teachers displayed significantly more knowledge in the Symptoms/Diagnosis scale than in the other scales. Their knowledge correlated positively with: years of experience with hyperactive children, number of hyperactive pupils in their classrooms, and level of perceived self-efficacy. These findings are consistent with those obtained by Sciuotto and colleagues.

El TDAH es uno de los trastornos infantiles más frecuentes, estimándose su prevalencia entre un 3 y un 7% de niños en edad escolar (American Psychological Association, 2000). Aunque sus síntomas centrales son la inatención, la impulsividad y el exceso de actividad motriz, estas manifestaciones suelen coexistir con problemas de comportamiento, dificultades de aprendizaje y déficits en el funcionamiento socioafectivo (Amador, Forns, Guàrdia, y Però, 2006; Arce y Santisteban, 2006; Miranda, Castellar, y Soriano, 2005; López-Villalobos, Serrano, y Delgado, 2004; Mayes, Calhoun, y Crowell, 2000; Taylor, 1990).

El TDAH es de naturaleza crónica, de forma que entre un 50 y un 80% de niños con TDAH sigue manifestando síntomas relacionados con el trastorno en la etapa de la adolescencia (Barkley, 1990). Por eso, resulta de suma importancia la identificación tem-

prana del problema de cara a implementar lo antes posible intervenciones efectivas que mejoren la calidad de vida de estos niños.

El panorama es esperanzador en este sentido dada la gran cantidad de estudios que demuestran la eficacia tanto de las intervenciones farmacológicas (Miranda, Pastor, Roselló, y Mulas, 1996; Miranda, Jarque, y Rosel, 2006; Pliszca, Carlson, y Swanson, 1999; Roselló, Mulas, y Jarque, 2001) como de las psicopedagógicas (Arco, Fernández, e Hinojo, 2004; Miranda, Jarque, y Tárraga, 2006) para paliar los problemas que experimentan los niños con TDAH. Pero para poder implementar con éxito estos tratamientos es necesario que los agentes de socialización del niño, padres y maestros fundamentalmente, dispongan de conocimientos suficientes sobre el TDAH. Existen además otras razones de peso que justifican la necesidad de analizar los conocimientos que tienen los maestros sobre el TDAH.

En primer lugar, los maestros suelen ser los primeros en detectar las manifestaciones del TDAH gracias a su posibilidad de observar una gran cantidad de comportamientos de los niños durante muchas horas en situaciones tanto estructuradas como de juego. Además, su contacto diario con diversos grupos de estudiantes les permiten establecer comparaciones entre los comportamientos de

un gran número de niños de la misma edad. Por eso no es de extrañar que los maestros sean los profesionales que realizan más remisiones iniciales de niños para evaluaciones específicas del TDAH (Pearcy, Clopton, y Pope, 1993; Runnheim, Frankenberger, y Hazelkorn, 1996; Snider, Frankenberger, y Aspenson, 2000; Weber, Frankenberger, y Heilman, 1992).

El rol de los maestros es también esencial en el establecimiento del diagnóstico, ya que las estimaciones que hacen de las conductas de sus alumnos forman parte de los datos que permiten al evaluador establecer un diagnóstico, junto con las estimaciones de los padres y los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas al propio niño. De hecho, Kwaskan, Tinsley y Lepper (1995) constataron que un 39% de médicos trataba de ponerse en contacto con las escuelas de los niños remitidos, y un 77% solicitaba un informe de la escuela. En palabras de Snider, Busch y Arrowood (2003), «las remisiones de los maestros han llegado a ser un factor significativo que determina si un niño será diagnosticado con este trastorno» (p. 49).

Por otro lado, los maestros juegan un papel relevante también en relación con el proceso de intervención. En este sentido, varios estudios han encontrado una relación positiva entre los conocimientos sobre el TDAH de los maestros y la eficacia de las intervenciones que llevan a cabo (Snider et al., 2003; Vereb y DiPerna, 2004).

Finalmente, los maestros proporcionan un feedback sumamente útil sobre los efectos terapéuticos que tienen las intervenciones sobre diferentes áreas de funcionamiento del niño (social, académica, atencional, emocional, etc.). En la práctica clínica, las estimaciones conductuales que hacen los maestros de los niños con TDAH se consideran habitualmente informaciones relevantes para ajustar su dosis de medicación estimulante. De forma similar, los juicios de los maestros sobre los comportamientos de los niños hiperactivos que reciben intervenciones psicopedagógicas nos permiten introducir modificaciones en aspectos esenciales de las mismas, como, por ejemplo, sus objetivos, duración, intensidad, selección de estrategias, etc.

A pesar de que estas consideraciones nos permiten concluir que el maestro es una pieza esencial para que el proceso de evaluación e intervención del TDAH se lleve a cabo de una forma rigurosa y efectiva, en España hay una carencia de estudios sobre los conocimientos que tienen los maestros sobre el TDAH. Por eso, en nuestro estudio nos planteamos como objetivo principal analizar los conocimientos, las concepciones erróneas y las lagunas de los maestros sobre el TDAH.

Método

Participantes

En nuestra investigación participaron 193 maestros, de los cuales 68 impartían docencia en la etapa de Educación Infantil y 125 en la etapa de Educación Primaria. Los maestros pertenecían a escuelas públicas y concertadas de la provincia de Valencia. La muestra estaba compuesta por 130 mujeres y 43 hombres (20 maestros no especificaron su género). La edad media de los sujetos era de 42.31 (DT= 11.40). Sólo el 13.8% de los maestros tenía una dedicación específicamente relacionada con la educación especial, es decir, eran maestros de pedagogía terapéutica o de audición y lenguaje. Los maestros tenían una media de 17.38 (DT= 12.03) años de experiencia docente.

99 maestros (51.6%) habían recibido formación sobre TDAH, mientras que 93 maestros (48.4%) afirmaban no haber recibido ningún tipo de formación específica sobre TDAH (un maestro no cumplimentó este dato). Profundizando un poco más en este aspecto, los datos recogidos señalan que de 191 maestros, 53 (27.5%) habían obtenido conocimientos sobre el TDAH a través de alguna asignatura de la diplomatura de Magisterio, 24 (12.6%) en charlas y conferencias, 28 (14.7%) en cursos de formación continua, 7 (3.7%) en asociaciones de padres de niños hiperactivos y ONGs, 24 (12.6%) a través de la lectura de libros o páginas de Internet, y ningún maestro había realizado un máster u otros cursos de postgrado especializados en el TDAH. Otro dato de interés es que el número medio de horas que habían recibido formación los maestros es de 7.80 horas (DT= 17.004).

En resumen, la formación obtenida por la mayoría de los maestros sobre el TDAH es bastante esporádica y esencialmente teórica. Y esto es así a pesar de que nuestros datos indican que más de la mitad de los maestros (N= 114; 59.1%) había tenido alguna experiencia docente en el ámbito educativo con niños con TDAH, y que la media de niños con TDAH que habían tenido en sus aulas era de 1.39 (DT= 1.889), durante dos cursos académicos aproximadamente (M= 1.63; DT= 3.287).

Instrumentos

Adaptación española del «Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS)». El KADDS (Sciutto et al., 2000) es una escala de estimación compuesta por 36 ítems de tres alternativas de respuesta (verdadero, falso y no sé). Los ítems se agrupan en tres subescalas: a) Síntomas/Diagnóstico de TDAH (9 ítems); b) Información general sobre la naturaleza, causas y repercusiones del TDAH (15 ítems); y c) Tratamiento del TDAH (12 ítems).

Nuestros análisis arrojaron un índice de coeficiente alfa de fiabilidad del cuestionario de 0.89, realmente elevado e incluso superior a los índices de coeficiente alfa obtenidos por Sciutto et al. (2000). La tabla 1 recoge los estadísticos descriptivos y los coeficientes alfa de nuestro estudio y de la investigación de Sciutto et al. (2000). En la misma línea que los datos aportados por Sciutto et

Escala		Presente estudio N= 193		Sciutto et al. (2000) N= 149
Total	M	15.31	M	17.21
	DT	6.689	DT	6.70
	ALFA	.89	ALFA	.86
Información general	M	4.75	M	6.43
	DT	2.701	DT	2.88
	ALFA	.74	ALFA	.71
Síntomas/Diagnóstico	M	5.73	M	5.65
	DT	2.206	DT	2.13
	ALFA	.74	ALFA	.71
Tratamiento	M	4.83	M	5.14
	DT	2.684	DT	2.56
	ALFA	.77	ALFA	.71

Las medias hacen referencia a la puntuación directa de los ítems acertados

al. (2000), en nuestro estudio se hallaron elevados índices de coeficiente alfa tanto de la puntuación total del KADDS, como de sus subescalas, indicando que el KADDS adaptado al castellano constituye una medida consistente internamente para evaluar los conocimientos de los maestros sobre el TDAH. Además, cada una de las subescalas presentó una elevada correlación con la puntuación total del cuestionario (rango $r=0.85$ a $r=0.90$), y también hubo un alto grado de correlación entre las tres subescalas (rango $r=0.62$ a $r=0.69$), lo que indica que los conocimientos de los maestros en un área de estudio del TDAH se relacionan positivamente con sus conocimientos en las demás áreas. Estos datos también coinciden con los aportados por Scitutto et al. (2000), que hallaron altos índices de correlación entre la puntuación total del KADDS y cada una de las subescalas (rango $r=.85$ a $r=.91$), así como un alto grado de correlación entre las tres subescalas (rango $r=.63$ a $r=.69$).

Evaluación de la autoeficacia percibida de los maestros

Para evaluar la autoeficacia percibida los maestros respondieron a la siguiente pregunta, utilizando una escala Likert de 7 puntos: «¿Hasta qué punto consideras que puedes enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH? Contesta teniendo en cuenta que 1 es el extremo inferior (no preparado para enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH) y 7 es el extremo superior (totalmente preparado)».

Datos sociodemográficos

Se obtuvo información sobre los siguientes aspectos de los maestros: edad, género, años de experiencia docente, curso académico en el que impartían docencia (Infantil o Primaria), si tenían una dedicación específica en educación especial (maestro de audición y lenguaje o de pedagogía terapéutica), si habían recibido una formación específica en TDAH, y si tenían experiencia docente con niños con TDAH. Para profundizar más en estos dos últimos aspectos se recabó información sobre el tipo de formación en TDAH (cursos, asignaturas de la diplomatura, lecturas, asistencia a conferencias, etc.) y las horas de formación, así como el número de alumnos con TDAH a los que habían impartido clase y durante cuántos cursos académicos.

Procedimiento

Durante el curso académico 2004-2005, los autores del presente estudio contactaron con los directores de diversas escuelas de Educación Infantil y Primaria públicas y concertadas de la provincia de Valencia, se desplazaron a los citados centros educativos y entregaron los cuestionarios a un total de 250 maestros, dándoles instrucciones precisas para cumplimentar el cuestionario. Transcurrida una semana, de los 250 cuestionarios entregados, se recogieron 193 cuestionarios cumplimentados. Se informó a los maestros de que los cuestionarios eran anónimos y voluntarios, y de que se les proporcionaría información sobre los resultados derivados del estudio una vez estuvieran publicados.

Análisis de datos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el programa informatizado SPSS versión 12.0, usando un nivel alfa igual o inferior a .05.

En relación con los estadísticos utilizados en el estudio, en primer lugar empleamos diversos estadísticos descriptivos a fin de obtener información sobre los datos sociodemográficos, formativos y de trayectoria profesional de los maestros.

Asimismo, para recabar información sobre los índices de fiabilidad y validez del cuestionario empleado en el estudio, calculamos el coeficiente alfa de Cronbach y comprobamos el grado de relación de las subescalas del cuestionario.

Por otro lado, tras comprobar por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov que las variables seguían una distribución normal, llevamos a cabo ANOVAS de medidas repetidas de cara a comprobar si existían diferencias significativas entre las puntuaciones de los maestros en las distintas subescalas del cuestionario. Después, para realizar las comparaciones post hoc y conocer en qué dirección se producían esas diferencias significativas, empleamos la prueba de Bonferroni.

Finalmente, para conocer las relaciones entre el conocimiento de los maestros sobre el TDAH y diversas variables sociodemográficas y formativas, se realizaron una serie de correlaciones de Pearson.

Resultados

Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros en las tres subescalas

Se presentan a continuación los porcentajes medios de «aciertos» (conocimientos), «errores» (concepciones erróneas) y «no sé» (lagunas) de los maestros en la escala total y en las distintas subescalas.

Los maestros han contestado correctamente a casi la mitad de los ítems del cuestionario total ($M=42.65\%$, $DT=24.07$). La subescala con más aciertos es la de Síntomas/Diagnóstico ($M=63.88\%$, $DT=20.42$), seguida de la subescala de Tratamiento ($M=40.46\%$, $DT=22.84$) y, finalmente, la de Información General ($M=31.67\%$, $DT=19.42$).

Por otro lado, las lagunas de los maestros en torno al TDAH superan a los conocimientos en la mayoría de las escalas del KADDS. Concretamente, en la escala total y en las subescalas de Información General y Tratamiento los maestros han marcado la opción «no sé» en prácticamente la mitad de los ítems (Escala Total: $M=42.92\%$, $DT=18.39$; Información General: $M=46.52\%$, $DT=16.58$; Tratamiento: $M=48.56\%$, $DT=17.66$). Sin embargo, los maestros parecen tener menos dudas con respecto a la subescala de Síntomas/Diagnóstico, donde el porcentaje medio de respuestas «no sé» es considerablemente más bajo: $M=29.39\%$, $DT=17.09$.

Por último, los datos relativos a las concepciones erróneas señalan que los maestros han respondido de forma incorrecta a un 14.36 % de los ítems del cuestionario total ($DT=15.03$). La subescala en la que se observan más concepciones erróneas es la de Información General ($M=21.84\%$, $DT=17.93$), seguida de la subescala de Tratamiento ($M=10.94\%$, $DT=12.13$), y la de Síntomas/Diagnóstico ($M=6.46\%$, $DT=5.52$).

Posteriormente, para comparar las puntuaciones de los maestros en las tres subescalas, realizamos ANOVAS de medidas repetidas adoptando un intervalo de confianza del 95%.

Con respecto a los *conocimientos* de los maestros sobre el TDAH, se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas del KADDS, $F(2,191)=$

25.898, $p < .00$. Concretamente, las comparaciones post hoc empleando la prueba de Bonferroni señalaron que las puntuaciones de los maestros eran significativamente mejores en la subescala de Síntomas/Diagnóstico que en las subescalas de Información General, ($p < .00$), y Tratamiento ($p < .00$).

Con respecto a las *concepciones erróneas*, también encontramos diferencias significativas entre las distintas subescalas del KADDS, $F(2,191) = 182.345$, $p = .00$. Específicamente, las comparaciones post hoc indicaron que los maestros tenían más concepciones erróneas en la subescala de Información General que en la subescala de Síntomas/Diagnóstico ($p < .00$) y que en la subescala de Tratamiento ($p < .00$). A su vez, mostraron significativamente más concepciones erróneas en la subescala de Tratamiento que en la de Síntomas/Diagnóstico ($p < .00$).

Finalmente, en relación con las *lagunas* de los maestros sobre el TDAH, nuestros datos indican la existencia de diferencias significativas entre las tres subescalas, $F(2,191) = 316.978$, $p < .00$. Concretamente, de forma similar a lo hallado en relación con las concepciones erróneas, los maestros mostraron tener más lagunas en la subescala de Información General que en las subescalas de Síntomas/Diagnóstico ($p < .00$), y Tratamiento ($p < .00$). Y a su vez, tenían más lagunas en la subescala de Tratamiento que en la de Síntomas/Diagnóstico ($p < .00$).

Conocimientos de los maestros sobre el TDAH y características sociodemográficas, formativas y de trayectoria profesional

Con la finalidad de explorar las relaciones entre el conocimiento total de los maestros sobre el TDAH y diversas variables sociodemográficas y formativas, se realizaron una serie de correlaciones de Pearson ($\alpha = .05$, a dos colas), que se recogen en la tabla 2.

Nuestros datos señalan que el conocimiento de los maestros sobre el TDAH no correlacionó significativamente ni con la edad ni con los años de experiencia docente.

Sin embargo, el conocimiento de los maestros sobre el TDAH sí que correlacionó de forma significativa con el número de horas de formación en el TDAH que habían recibido, $r(152) = .170$, $p = .036$.

En la misma línea, los conocimientos sobre TDAH correlacionaron significativamente con el número de niños hiperactivos a los que habían impartido docencia, $r(180) = .287$, $p = .000$, así como con el número de cursos académicos durante los que habían tenido en su aula a niños con TDAH, $r(172) = .234$, $p = .002$.

Asimismo, también encontramos una correlación significativa entre el conocimiento de los maestros sobre el TDAH y el grado de autoeficacia percibida, $r(179) = .495$, $p = .000$. A su vez, el grado de autoeficacia percibida correlacionó significativamente con el número de horas de formación específica en TDAH, $r(152) = .261$, $p = .002$; pero no con los años de experiencia docente, $r(169) = .013$, $p = .867$.

Finalmente, presentamos en la tabla 3 los porcentajes de las respuestas de los maestros al ítem relativo a la autoeficacia percibida.

Discusión y conclusiones

El objetivo fundamental de nuestro estudio fue analizar los conocimientos, las concepciones erróneas y las lagunas de los maestros sobre tres áreas de contenido del TDAH: Información General; Síntomas/Diagnóstico, y Tratamiento. Además, también nos interesaba conocer las relaciones entre diversas variables: sociodemográficas, formativas, nivel de autoeficacia percibida, y conocimientos sobre TDAH.

En relación con los *conocimientos sobre TDAH*, uno de los resultados más relevantes que hallamos es que los maestros contestaron correctamente a menos de la mitad de los ítems del cuestionario total (15.31 ítems de los 36 que componen el cuestionario), lo que supone un 42.65% de los ítems. Concretamente, en la subescala de Información General la media de ítems acertados fue de 4.75, en la subescala de Síntomas/Diagnóstico los maestros acertaron 5.73 ítems, y en la de Tratamiento 4.83 ítems. Además, nuestros datos señalaron la existencia de diferencias significativas entre los conocimientos de los maestros en las tres subescalas, en favor de la subescala de Síntomas/Diagnóstico en todos los casos.

Estos resultados son similares a los aportados por Snider et al. (2003), y Scitutto et al. (2000), quienes también han empleado este cuestionario en sus investigaciones. Así, Snider et al. (2003) hallaron un porcentaje medio de aciertos del 45.8%. Por su parte, en el trabajo de Scitutto et al. (2000), los maestros respondieron correctamente a 17.21 ítems del cuestionario total del KADDS (47.8%); 6.43 de la subescala de Información General, 5.65 de la subescala de Síntomas/Diagnóstico y 5.14 de la subescala de Tratamiento. Asimismo, los maestros que participaron en este estudio mostraron tener significativamente más conocimientos en relación con la subescala de Síntomas/Diagnóstico que en las otras dos subescalas.

Sin embargo, otras investigaciones han aportado porcentajes medios de respuestas correctas notablemente más elevados. Así, por ejemplo, en el trabajo de Kos, Richdale y Jackson (2004), los maestros contestaron correctamente al 60.7% de los ítems. Barbarisi y Olsen (1998) hallaron un porcentaje medio de aciertos del 77%. Y otros trabajos, como el de Jerome, Gordon y Hustler (1994), han aportado datos todavía más altos (77.5%).

Estas diferencias entre nuestros resultados y los aportados por estos autores pueden deberse a distintos motivos. Siguiendo el razonamiento de Kos et al. (2004), los estudios de Barbarisi y Olsen (1998) y Jerome et al. (1994) utilizaron alternativas de respuesta diferentes a las de nuestro estudio, de forma que sólo presentaban dos posibles opciones de respuesta («verdadero» o «falso»), lo que puede haber sesgado sensiblemente los resultados obtenidos.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la experiencia docente con niños hiperactivos parece estar relacionada positivamente con

Tabla 2

Correlaciones de Pearson entre conocimientos sobre el TDAH y variables formativas y de trayectoria profesional

	Nº horas formación	Nº alumnos TDAH	Nº cursos	Autoeficacia
Conocimientos	.170*	.287**	.234**	.495*

Tabla 3

Porcentajes de maestros que han señalado cada una de las alternativas de la escala Likert de 1 a 7, en relación con su autoeficacia percibida

ALTERNATIVA	1	2	3	4	5	6	7
% MAESTROS	12.3	19	22.9	30.7	12.3	2.8	0

los conocimientos sobre el TDAH (Sciutto et al., 2000; Jerome et al., 1994), cabe recordar que en el estudio de Kos et al. (2004) el 83% de los maestros tenían tal experiencia, mientras que en nuestro estudio y en el de Sciutto et al. (2000) había menos maestros con experiencia docente con niños hiperactivos (59.1 y 52%, respectivamente).

Un segundo bloque de resultados de nuestro estudio hace referencia a las *correlaciones* halladas entre diferentes variables sociodemográficas, formativas, y de conocimientos sobre el TDAH.

En esta línea, un dato sumamente interesante es que el conocimiento de los maestros sobre TDAH no correlacionó significativamente con los años de experiencia docente. Y a su vez, los años de experiencia docente tampoco correlacionaron de forma significativa con el nivel de autoeficacia percibida. Estos datos reflejan que la cantidad de experiencia docente no se relaciona linealmente con un mayor conocimiento sobre el TDAH, ni un aumento de la percepción que tienen los maestros de su propia capacidad para afrontar el proceso de enseñanza/aprendizaje de forma eficaz con niños hiperactivos.

Por otro lado, nuestros resultados señalaron la existencia de correlaciones positivas entre el número de horas de formación específica en TDAH y los conocimientos sobre TDAH, así como entre el número de horas de formación específica en TDAH y el nivel de autoeficacia percibida.

Bandura (1986) define la autoeficacia percibida como «los juicios de cada persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción que le permitan alcanzar el rendimiento deseado...» (p. 391). Específicamente en el caso de los maestros, para que aumente su autoeficacia percibida es necesario que crean que pueden influir en las conductas de sus alumnos y en su rendimiento académico (Friedman y Kass, 2002).

Por otro lado, de acuerdo con Bandura (1986), los cuatro elementos principales que influyen en la autoeficacia percibida de una persona son las experiencias anteriores, las experiencias vicarias, la persuasión verbal (retroalimentación positiva), y las reacciones fisiológicas que experimenta cuando realiza la tarea.

En este sentido, los profesionales especializados en el TDAH que imparten cursos de formación a los maestros en relación con este tópico, les pueden servir como modelos, describiendo sus experiencias con este tipo de niños en el pasado, y proporcionando un feedback muy valioso a los maestros sobre su capacidad para participar activamente en la implementación de programas de identificación e intervención del TDAH en la escuela. Es más, siguiendo el planteamiento de Ford (1992), las creencias de autoeficacia pueden influir de forma positiva en la motivación de los maestros para implicarse con éxito en sus labores docentes.

Por todos estos motivos, cabe resaltar la existencia de una relación lineal entre la formación específica de los maestros en el TDAH y sus creencias sobre su capacidad para afrontar con éxito la enseñanza de los alumnos hiperactivos, tal y como reflejan nuestros datos y los de otros autores. Reid, Vasa, Maag y Wright (1994), por ejemplo, constataron también que los maestros que tienen más experiencia y formación específica sobre TDAH tenían más confianza en sí mismos para poder modificar los comportamientos negativos de los alumnos hiperactivos.

Finalmente, hallamos correlaciones positivas entre los conocimientos sobre TDAH y el número de niños con TDAH a los que habían impartido docencia, así como el número de cursos académicos durante los que habían tenido en su aula a alumnos hiperactivos.

Estos últimos datos son consistentes con los aportados por otros autores que han hallado también correlaciones positivas entre conocimientos sobre TDAH y experiencia docente con niños con TDAH (Jerome et al., 1994; Sciutto et al., 2004).

En síntesis, los resultados más significativos de nuestro estudio señalan que los maestros disponen de escasos conocimientos sobre el TDAH, ya que han contestado correctamente a menos de la mitad de los ítems del KADDS. Este dato no resulta sorprendente si tenemos en cuenta que sólo un 51.6% de los maestros había recibido formación específica en TDAH.

Por otro lado, también resulta significativo que los conocimientos de los maestros sobre el TDAH correlacionan significativamente con: a) número de horas de formación específica en TDAH; b) número de niños con TDAH a los que han impartido docencia; c) número de cursos académicos durante los que han tenido a alumnos hiperactivos en sus aulas; y d) nivel de autoeficacia percibida de los maestros.

Estos hallazgos tienen unas claras implicaciones en relación con la práctica docente con niños hiperactivos y la formación específica de los maestros en el TDAH.

En primer lugar, si tenemos en cuenta que aproximadamente hay un alumno hiperactivo por aula (Barkley, 1990) y que las demandas educativas que estos niños plantean a diario son extraordinarias, parece necesario dotar de más conocimientos teórico-prácticos sobre TDAH a los maestros.

Además, nuestros datos constatan una clara relación entre los conocimientos sobre TDAH y la cantidad de formación específica en el tema. Sin embargo, en los planes de estudio de la actual diplomatura de Magisterio no suele recibirse esta formación específica. Revisando el currículum de los estudiantes de Magisterio podemos comprobar que, en el mejor de los casos, se incluyen algunos conocimientos sobre TDAH en alguna asignatura cuatrimestral. Así, los contenidos sobre TDAH del currículum de Magisterio se explican en unas pocas horas, al no disponer el profesor de más tiempo para profundizar en el tema. No es de extrañar, por tanto, que sólo un 27.7% de los maestros de nuestro estudio haya recibido formación específica sobre TDAH en alguna asignatura de la carrera. Otro dato de interés es que el porcentaje de maestros que ha recibido formación a través de cursos de formación continua es todavía más bajo (14.7%). De ahí que un alto porcentaje de maestros (28.9%) haya adquirido conocimientos sobre TDAH por cuenta propia, a través de lecturas de libros y páginas web, y asistiendo a conferencias sobre el tema.

Concluyendo, de cara a mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje con los estudiantes hiperactivos, consideramos esencial ampliar la formación específica sobre TDAH tanto en los estudios de Magisterio como en los cursos de formación continua que se ofrecen a los maestros. Éste es un elemento crucial a partir del cual podremos avanzar en la ayuda óptima a los maestros que tienen alumnos con TDAH en sus clases y les plantean retos educativos diariamente. Una oportunidad única para realizar estos cambios se presenta con la avalancha de reformas que se avecina con el proceso de convergencia europea de estudios universitarios. En nuestra opinión, este proceso debe servir para incluir definitivamente una suficiente formación de los maestros en cuanto a la atención a la diversidad, actualizando los estudios básicos de grado de los futuros maestros, con la inclusión, entre otros elementos, del estudio científico y riguroso de un trastorno de una prevalencia tan elevada como el TDAH.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Amador, J.A., Forns, M., Guàrdia, J., y Peró, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18, 696-703.
- Arce, E., y Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema*, 18, 213-220.
- Arco, J.L., Fernández, F.D., e Hinojo, F.J. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica*. *Psicothema*, 16, 408-414.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (pp. 390-454). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barbaresi, W.J., y Olsen, R.D. (1998). An ADHD educational intervention for elementary school teachers: A pilot study. *Developmental Behavioral Pediatrics*, 19, 94-100.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Ford, M.E. (1992). *Motivating humans: Goals, emotions and personal agency beliefs*. Newbury Park, CA: Sage.
- Friedman, I.A., y Kass, E. (2002). Teacher self-efficacy: A classroom-organizations conceptualization. *Teaching and Teacher Education*, 18, 675-686.
- Jerome, L., Gordon, M., y 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., y Jackson, M.S. (2004). Knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, 41, 517-526.
- Kwasman, A., Tinsley, B.J., y Lepper, H.S. (1995). Pediatricians' knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 149, 1211-1216.
- López-Villalobos, J.A., Serrano, I., y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16, 402-407.
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L., y Crowell, E.W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 417-424.
- Miranda, A., Pastor, J.C., Roselló, B., y Mulas, F. (1996). Eficacia de las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de la hiperactividad. *Psicothema*, 8(1), 89-105.
- Miranda, A., Castellar, R., y Soriano, M. (2005). Habilidad narrativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 17, 227-232.
- Miranda, A., Jarque, S., y Tárraga, R. (2006). Interventions in school settings for students with ADHD. *Exceptionality*, 14, 35-52.
- Miranda, A., Jarque, S., y Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus stimulant medication. *Psicothema*, 18, 335-341.
- Pearcy, M.T., Clopton, J.R., y Pope, A.W. (1993). Influences on teacher referral of children to mental health services: Gender, severity and internalizing versus externalizing problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1, 165-169.
- Pliszka, S.R., Carlson, C.L., y Swanson, J.M. (1999). *ADHD with comorbid disorders. Clinical assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Reid, R., Vasa, S.F., Maag, J.W., y Wright, G. (1994). An analysis of teachers' perceptions of attention deficit disorder. *The Journal of Research and Development in Education*, 27, 193-202.
- Roselló, B., Mulas, F., y Jarque, S. (2001). Efectividad del metilfenidato sobre las variables cognitivas en los subtipos de TDAH. *Revista de Neurología*, 2, 139-155.
- Runnheim, V.A., Frankenberger, W., y Hazelkorn, M. (1996). Medicating students with emotional and behavioral disorders and ADHD. *Behavioral Disorders*, 21, 306-314.
- Santisteban, C., y Arce, E. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema*, 18, 213-220.
- Sciutto, M.J., Terjesen, M.D., y Bender, A.S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 115-122.
- Snider, V.E., Frankenberger, W., y Aspenson, M. (2000). The relationship between learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder: A national survey. *Developmental Disabilities Bulletin*, 28, 18-38.
- Snider, V.E., Busch, T., y Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24, 47-57.
- Taylor, E.A. (1990). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vereb, R.L., y DiPerna, J.C. (2004). Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 33, 421-428.
- Weber, K.S., Frankenberger, W., y Heilman, K. (1992). The effects of Ritalin on the academic achievement of children diagnosed with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Disabilities Bulletin*, 20, 49-68.