



# Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

Psicología y Salud

Características socio-demográficas y variables situacionales de maestros de primaria que influyen sobre su propensión a etiquetar a un niño con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A:

ANA MARINA REYES SANDOVAL

Director de Tesis:

Dra. Laura Acuña Morales. Facultad de Psicología.

Comité Tutorial:

Dr. Juan José Sánchez Sosa. Facultad de Psicología.

Dra. Corina Benjet. Instituto Nacional de Psiquiatría.

Dr. Samuel Jurado Cárdenas. Facultad de Psicología.

Dr. Francisco Pedroza. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

México, D. F. abril de 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta tesis fue realizada gracias a la beca 224390 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México.

*A mi abuelo Memo*

*porque siempre estarás conmigo.*

*A mi abuela Alicia*

*por tu infinito amor y fortaleza.*

## Agradecimientos

La presente Tesis es un esfuerzo en el que participaron varias personas de alguna y otra manera durante todo este periodo académico.

Agradezco especialmente a la Dra. Laura Acuña por la dirección de este trabajo, por el tiempo dedicado a supervisarlos y mejorarlos y por todo lo que he aprendido de ella.

A cada uno de mis sinodales. Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por los consejos tan acertados que recibí, el apoyo y la comprensión que me brindó en todo momento y por la confianza que tuvo en mi trabajo. A la Dra. Corina Benjet a quién admiro por su gran calidad personal y, sobre todo profesional. Gracias por los cuestionamientos y las observaciones puntuales que me hicieron argumentar y mejorar mi trabajo. Al Dr. Samuel Jurado, por el apoyo y el ánimo que me brindó y quien me enseñó la importancia de saber hacer críticas constructivas. Al Dr. Francisco Pedroza por su atenta lectura, sus consejos y atinadas correcciones.

Al Dr. Carlos Bruner por la dirección intelectual, supervisión y acertadas observaciones a este trabajo.

A Jorge, Varsovia, Alejandra, Karina, Luis y Flora por todas las veces que leyeron mi trabajo, por todas las buenas ideas que aportaron y en especial por acompañarme y formar parte importante de esta etapa de mi vida.

A mis papás, porque son el motivo de ser lo que soy. Mamá eres una mujer admirable. Papá te quiero con todo mi corazón.

A Mauricio e Ithan, por quererme como lo hacen a pesar de todo. Yo los quiero incondicionalmente.

A Fernando por todo el amor, paciencia y apoyo. Siempre confiaste en mí y me enseñaste a hacerlo en mi misma.

## Tabla de contenido

	Pág
Resumen .....	xi
Abstract .....	xvi
Definición de conductas de atención, actividad y reflexión.....	3
Aproximación psiquiátrica y aproximación psicológica a la conducta normal .....	5
Diagnóstico versus etiquetamiento del TDAH .....	7
Conducta anormal versus normal.....	9
Cultura y conducta normal.....	11
Influencia cultural y TDAH .....	13
Juicios de adultos de diferentes culturas sobre las conductas del TDAH.....	14
Juicios de adultos de una misma cultura sobre las conductas del TDAH.....	19
Juicios de adultos sobre las conductas del TDAH en función de su sexo, edad y nivel socioeconómico.....	21
Juicios de adultos sobre las conductas del TDAH en función de variables situacionales .	25
Conocimiento sobre el TDAH de padres y maestros, atribución de causas y tratamiento apropiado .....	29
Propósito del estudio .....	35

Método .....	36
Participantes .....	36
Instrumentos.....	38
Procedimiento.....	40
Resultados .....	41
Frecuencia de emisión de conductas características de TDAH en el salón de clases .....	41
Características sociodemográficas .....	43
Variables situacionales .....	56
Conocimiento sobre el TDAH, conductas emitidas por un niño con la etiqueta y forma de tratarlo .....	66
Características sociodemográficas .....	66
Variables situacionales .....	74
Discusión .....	80
Frecuencia de emisión de conductas características de TDAH en el salón de clases.....	80
Características sociodemográficas de los maestros .....	80
Variables situacionales .....	88

Conocimiento sobre el TDAH, conductas emitidas por un niño con la etiqueta y forma de tratarlo .....	92
Características sociodemográficas de los maestros .....	93
Variables situacionales .....	96
Consideraciones generales .....	100
Referencias .....	115
Apéndices .....	132



## Lista de Tablas

Tabla 1. Criterios del DSM IV para etiquetar a un niño como TDAH .....	2
Tabla 2. Número y porcentaje de maestros de escuelas públicas y privadas que participaron en el estudio conforme sus características sociodemográficas y conforme el grado y el tamaño del grupo que atendían .....	37
Tabla 3. Conductas de atención, actividad, reflexión similares a los criterios del DSM-IV mencionadas por el 5% o más de los profesores de acuerdo con sus características sociodemográficas .....	52
Tabla 4. Conductas de atención, actividad, reflexión diferentes a los criterios del DSM-IV mencionadas por el 5% o más de los profesores de acuerdo con sus características sociodemográficas .....	54
Tabla 5. Conductas de atención, actividad, reflexión similares a los criterios del DSM-IV mencionadas por el 5% o más de los profesores de acuerdo con las variables situacionales .....	63
Tabla 6. Conductas de atención, actividad, reflexión diferentes a los criterios del DSM-IV mencionadas por el 5% o más de los profesores de acuerdo con las variables situacionales .....	65
Tabla 7. Conductas que los maestros esperarían que emitiera un niño etiquetado con TDAH de acuerdo con sus características sociodemográficas .....	71
Tabla 8. Conductas que los maestros esperarían que emitiera un niño etiquetado con TDAH de acuerdo con las variables situacionales .....	77

## Lista de Figuras

Figura 1. Porcentaje promedio de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de las conductas características del TDAH en el salón de clases .....	44
Figura 2. Porcentaje de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de cada una de las 18 conductas del TDAH de acuerdo con sus características sociodemográficas .....	46
Figura 3. Medias y desviaciones estándar de frecuencia de emisión de las 18 conductas de TDAH de acuerdo con sus características sociodemográficas de los maestros.....	48
Figura 4. Porcentajes de conductas observables y no observables, inapropiadas y apropiadas reportadas por los maestros que en su opinión emite un niño promedio en el salón de clases .....	50
Figura 5. Porcentaje promedio de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de las conductas características del TDAH en función de las variables situacionales .....	57
Figura 6. Porcentaje de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de cada una de las 18 conductas características del TDAH divididos en función de las variables situacionales.....	59
Figura 7. Medias y desviaciones estándar de frecuencia de emisión de las 18 conductas de TDAH en función de las variables situacionales .....	61
Figura 8. Categorías de respuestas sobre la definición del TDAH dada por los maestros en función de sus características sociodemográficas .....	68

Figura 9. Categorías de respuestas sobre como tratarían los maestros a un niño con TDAH en función de sus características sociodemográficas .....	73
Figura 10. Categorías de respuestas sobre definición del TDAH dada por los maestros en función de las variables situacionales .....	75
Figura 11. Categorías de respuestas sobre como tratarían los maestros a un niño con TDAH en función de las variables situacionales .....	79

## Resumen

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) se establece que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por 18 conductas de atención, hiperactividad e impulsividad. La aproximación psiquiátrica de la conducta anormal plasmada en el DSM-IV, establece que al igual que cualquier otra enfermedad mental, el TDAH representa un estado del organismo, siendo que la conducta del niño es el síntoma de la enfermedad. En cambio, desde un punto de vista psicológico, una conducta anormal se refiere a aquella que es juzgada por otras personas en ciertas circunstancias como deficitaria o excesiva. Desde un punto de vista psicológico, el TDAH se referiría a un conjunto de conductas que los miembros de una cultura juzgarán en ciertas circunstancias como deficitarias en atención, excesivas en actividad y deficitarias en reflexión o autocontrol.

Ninguna conducta es considerada deficitaria o excesiva por todas las personas, ni en todos los países. Existe evidencia de que la conducta de un mismo niño puede ser juzgada como inatenta, hiperactiva o impulsiva por maestros de un país y como normal por los de otro país. También se ha documentado que las maestras, los maestros jóvenes, los de nivel socioeconómico alto, de quinto y sexto grado, que atienden grupos de estudiantes grandes y de escuelas privadas remiten a educación especial a un mayor número de sus alumnos que sus contrapartes. Los maestros que están familiarizados con el TDAH tienden a juzgar las conductas infantiles como anormales en mayor grado que quienes no saben en qué consiste.

El DSM-IV especifica que para asignar la etiqueta de TDAH a un niño éste tiene que emitir seis de las 18 conductas “a menudo”. Esto sugiere que el niño debe emitir las conductas con alguna frecuencia alta, pero falla en especificar dicha frecuencia. Para establecer la frecuencia anormal

de emisión de las conductas del TDAH en opinión de un maestro, sería primero necesario averiguar la frecuencia de emisión normal durante las horas de clase. Debido a la evidencia previa sobre la tendencia de ciertos maestros a referir a sus estudiantes a educación especial, se consideró interesante averiguar si los juicios de los maestros variarían conforme sus características sociodemográficas y conforme variables relacionadas con la situación escolar. El propósito del estudio fue averiguar la influencia del sexo, la edad y el nivel socioeconómico de maestros de primaria, así como del grado de primaria en el que enseñaban, el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela (pública o privada) en la que laboraban sobre la frecuencia de emisión normal de las conductas del TDAH por parte de sus alumnos durante las horas de clase. El segundo propósito fue averiguar la influencia de las mismas variables sociodemográficas y situacionales sobre el conocimiento de los maestros sobre el TDAH, sobre cómo lo definen, sobre las conductas que esperarían que un niño etiquetado emitiera dentro del salón de clases y sobre cómo tratarían a ese niño en el salón de clases.

Participaron voluntariamente 691 maestros de 64 diferentes escuelas primarias públicas y privadas de la ciudad de México. La mayoría (74%) fueron mujeres. Se agrupó a los maestros en dos grupos de edad: jóvenes (entre 22 y 42 años) y adultos (entre 43 y 70 años). Considerando el ingreso familiar mensual se clasificó a los maestros como de nivel socioeconómico bajo o medio. Un tercio de los maestros estaba a cargo de grupos de primero y segundo de primaria, de tercero y cuarto o de quinto y sexto. Conforme el número de alumnos, se formaron tres grupos: pequeño (entre tres y 29 alumnos), mediano (entre 30 y 38 alumnos) y grande (entre 39 y 60 alumnos). La mayoría (79%) de los maestros laboraba en escuelas primarias públicas. Se pidió a los maestros responder un cuestionario que incluyó tres secciones. En la primera sección se les pidió escribir las conductas inapropiadas y apropiadas de atención, actividad y reflexión de un niño dentro del

salón de clases. En la segunda sección se enlistaron al azar las 18 conductas del TDAH, pero redactadas en forma positiva (i.e., el niño escucha cuando se le habla directamente, en lugar de a menudo no escucha cuando se le habla directamente). Los maestros juzgaron en una escala de cuatro puntos (0 = nada y 3 = muy frecuentemente) la frecuencia con la que consideraban apropiado que un niño “normal” o promedio emitiera cada conducta durante las horas de clase. Además se pidió a los maestros escribir un número que indicara en su opinión cuántas veces durante una clase de una hora un niño debía emitir una conducta para considerar que lo hacía algunas veces y frecuentemente. La tercera sección del cuestionario pidió a los maestros señalar si sabían que era el TDAH. En caso afirmativo, escribieron en qué consistía. Los maestros también escribieron las conductas que creían que emitiría un niño etiquetado con TDAH en el salón de clases y sobre cómo tratarían a uno de sus alumnos con dicha etiqueta.

Los resultados mostraron que el 44.3% de los maestros consideró que un niño “normal” emite frecuente o muy frecuentemente seis o más de las 18 conductas en el salón de clases. Este resultado sugiere que mientras que la mitad de los maestros tendería a etiquetar a sus alumnos con TDAH, la otra mitad no lo haría. Los resultados también mostraron que los maestros consideraron que una conducta emitida cuatro veces en promedio en una clase de una hora era equivalente a una frecuencia de algunas veces, mientras que frecuentemente se refiere a la emisión de una conducta ocho veces en promedio en una hora. Más del 80% de los maestros afirmó saber en qué consistía el TDAH. Se compararon las proporciones de maestros que consideraron que un niño normal emite frecuente o muy frecuentemente cada una de las 18 conductas del TDAH, considerando cada una de las variables sociodemográficas y cada una de las variables situacionales. También se compararon las frecuencias medias con las que los maestros consideraron que un niño normal emite cada conducta. En ambos casos, se encontró

que las mujeres, los maestros jóvenes, de nivel socioeconómico medio, que enseñaban en quinto y sexto grado, que atendían grupos pequeños y que laboraban en escuelas privadas fueron menos tolerantes que sus contrapartes a la emisión de todas o de la mayoría de las 18 conductas del TDAH. Esos mismos subgrupos también señalaron que se trata de una enfermedad orgánica, esperarían un peor comportamiento de los niños etiquetados que sus contrapartes y consideraban que el tratamiento adecuado sería remitir al niño con un especialista.

Los hallazgos del estudio coinciden con la definición de conducta anormal desde un punto de vista psicológico, dado que el juicio sobre si una conducta es deficitaria o excesiva dependerá de quien emite el juicio. Un niño etiquetado con TDAH por su maestra en una escuela puede no ser etiquetado por otro maestro en una escuela diferente. Aún más, un niño etiquetado con TDAH por una maestra puede no ser etiquetado por la misma maestra en circunstancias diferentes (i.e., si varía el tamaño del grupo). En consecuencia, los resultados del estudio confirmaron que una misma conducta no es anormal o normal en sí misma, sino que etiquetarla de una u otra forma variará dependiendo de las características del observador y de ciertas circunstancias específicas. Los resultados también mostraron que la definición de a qué se refiere una conducta normal o anormal no es universal, aún entre los miembros de una misma cultura.

En psiquiatría el TDAH es considerado una enfermedad que implica un estado orgánico. En adherencia con el punto de vista psiquiátrico, muchos investigadores han tratado de identificar cuáles características de los niños son responsables del TDAH, asumiendo que éstas determinarán si el niño debe referirse a un psiquiatra para ser medicado con el fin de aumentar su atención y disminuir su actividad e impulsividad. En cambio en el presente trabajo, en adherencia con el punto de vista psicológico, el interés se centró en el estudio de las características de aquellos que deciden si una conducta es o no normal. Los resultados del estudio mostraron que durante las

horas de clase los niños de los seis grados de primaria emiten frecuentemente (tanto como ocho veces en una hora) conductas que en el DSM-IV se consideran a priori como anormales. Mientras que la mitad de los maestros efectivamente consideró la frecuencia de emisión de esas conductas como anormal, la otra mitad la consideró normal. Este hecho cuestiona la definición psiquiátrica de enfermedad mental y muestra que los psicólogos en lugar de adherirse al punto de vista psiquiátrico, deberían centrarse en cómo modificar la conducta de un niño para lograr que los otros la juzguen como normal.



## **Abstract**

In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) the definition of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) includes 18 inattentive, hyperactive and impulsive behaviors. The psychiatric approximation to abnormal behavior included in the DSM IV states that, similar to any other mental disease, ADHD is a state of the organism and the child's behavior only is the symptom of that disease. Nevertheless, from a psychological approximation to abnormal behavior the later will be considered as such only when an observer considers that some specific behavior has a deficit or is excessive under certain circumstances. From a psychological point of view, ADHD would refer to a group of behaviors that the members of a certain group or culture will consider as deficient in attention, excessive in activity and deficient in reflection or self-control.

No specific behavior is considered normal or abnormal by all people or in all countries. There is evidence that the same behavior from a child could be judged by teachers as normal in one country but as inattentive, hyperactive or impulsive in other country. It has also been documented that women, young teachers, of high socioeconomic level, who teach in fifth or sixth grades, that have a large group of students and who work in private schools refer a greater number of their students to special education than their counterparts. Teachers that have knowledge about ADHD tend to judge child behaviors as abnormal in a greater degree that those who are not familiar with it.

DSM IV establishes that in order to label a child with ADHD he/she must emit six of 18 behaviors often. This suggests that the child must emit the behaviors with a high frequency but fails to specify it. In order to determine the abnormal frequency of emission of the behaviors

according to teachers, it would be necessary to determine first the normal frequency of their emission during class hours. Due to previous evidence regarding the tendency of certain teachers to refer their students to special education, it would be of interest to determine if the teachers' judgments will vary according to their socio-demographic characteristics and according to school situational variables. The purpose of the study was to determine the influence of sex, age and socioeconomic status of elementary school teachers, as well as the school grade and group size they taught and the kind of school (private or public) in which they worked on their judgments about the "normal" frequency of emission of ADHD behaviors by their students during class hours. The second purpose was to determine the influence of the same socio-demographic characteristics and situational variables on the teachers' knowledge about ADHD, on how they defined it, regarding the behaviors they would expect from a child labeled and on how they would treat that child in their classroom.

Participants were 691 teachers from 64 different public and private schools in Mexico City. Most were women (74%). Teachers were grouped according to their age as young (between 22 and 42 years old) or adults (between 43 and 70 years old). Based on their reported monthly income, they were classified as of low or medium socioeconomic level. One third of the teachers taught in first or second grades, in third or fourth grades and in fifth or six grades. The size of the group of students was considered small (between three and 29 students), medium (between 30 and 38 students) or large (between 39 and 60 students). Most of the participants worked in public schools (79%). Teachers were asked to answer a questionnaire that included three parts. The first part asked the teachers to write down the appropriate and inappropriate attention, activity and reflective behaviors of a child during class hours. The second part listed in a random order the 18 ADHD behaviors included in the DSM IV, but written in the positive (e.g., "the child listens

when spoken to directly”, instead of “often he/she does not seem to listen when spoken to directly”). Teachers were asked to judge in a four point scale (0 = never; 3= very frequently) the frequency with which a “normal” or average child emitted each behavior during class hours. Next, teachers were asked to write a number that indicated in their opinion how many times during a one-hour class a child emitted a certain behavior some times and frequently. The third part of the questionnaire asked teachers whether they knew what ADHD was. If their answer was affirmative, they wrote down what it was about. Teachers also wrote down the behaviors they expected a child labeled with ADHD will emit in the classroom and how will they treat that child if he/she was his/her student.

Results showed that 44.3% of the teachers said that a “normal” child emits six or more of the 18 ADHD behaviors frequently or very frequently during class hours. This result suggests that while half of the teachers would label their students with ADHD, the other half will consider the very same behaviors as normal. Results also showed that teachers considered that a behavior emitted four times during one hour was equivalent to a frequency of some times, while frequently referred to the emission of one behavior eight times during a one-hour class. More than 80% of the teachers reported they knew what ADHD was. The proportions of teachers that said that a normal child emitted frequently or very frequently each of the 18 behaviors were compared considering each of the socio-demographic characteristics and each of the situational variables. The mean frequencies with which teachers considered a normal child emitted each behavior were also compared. In both cases, results showed that women, young teachers, of middle socioeconomic status, that taught in fifth or six grades, that had small groups and that worked in private schools were less tolerant than their counterparts to the frequent emission of all or the majority of the 18 behaviors during class hours. Those same groups of teachers considered that

ADHD was a disease, expected a worse behavior than their counterparts from a child labeled with ADHD and considered that the best treatment for ADHD would be to refer the child to a specialist. The results from the study coincide with the psychological definition of abnormal behavior, that is, results showed that labeling a specific behavior as normal or abnormal depends on who makes the judgment. A child labeled with ADHD by his/her teacher in one school might not be labeled by another teacher in a different school. Even more, a child labeled with ADHD by a teacher might not be labeled by the same teacher in different circumstances (i.e., if the size of the group of students varies). Thus, results showed that behavior is not normal or abnormal per se, rather labeling it either way will depend on the characteristics of the observer and of specific circumstances. Results also showed that the definition of a normal or abnormal behavior is not universal, even between members of a same culture.

In psychiatry ADHD is considered a disease that implies an organic imbalance. In adherence with this point of view, many researchers have tried to identify which characteristics of the children are responsible for ADHD assuming that these will determine if a child must be referred with a psychiatrist to be medicated in order to increase his attention and decrease his activity and impulsivity. Instead, in the present study in adherence with the psychological approximation to abnormal behavior, the focus was to study the characteristics of those who decide whether a behavior is or not normal. Results showed that during class hours children of the six elementary school grades emit frequently (as much as eight times during an hour) behaviors that a priori are considered abnormal in the DSM IV. While half of the teachers indeed considered the frequency of emission of those behaviors abnormal, the other half considered it normal. This result questions the psychiatric definition of mental illness and shows that psychologists should not

adhere to the psychiatric view of abnormal behavior and instead they should focus on modifying a child's behavior so that others could judge it as normal.

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV, Asociación Psiquiátrica Americana –APA-, 1994), el TDAH es un trastorno conductual del desarrollo infantil que se caracteriza por tres conductas: inatención, hiperactividad e impulsividad. Se estima que en estados Unidos entre el 3 y el 7% y en México entre el 6 y el 13.3% de los niños de edad escolar han sido etiquetados con TDAH o cumplirían con todos los criterios para recibir la etiqueta (Caraveo-Anduaga, 2007; APA, 1994).

Para etiquetar a un niño con TDAH se utiliza la lista de 18 criterios del DSM IV (APA, 1994) que incluye nueve comportamientos de inatención, seis de hiperactividad y tres de impulsividad. De acuerdo con el DSM-IV, las conductas características del TDAH se presentan durante la niñez, específicamente antes de los siete años pero se vuelven más evidentes durante la etapa escolar entre los seis y los 12 años, que es cuando las conductas se relacionan con el desempeño académico. Las exigencias escolares demandan a los niños periodos más largos de atención, menos actividad motora y más disciplina, por lo que la escuela se convierte en el lugar ideal para comparar la conducta de un niño con el comportamiento de otros niños de la misma edad. En el DSM-IV se establece que para asignar la etiqueta de TDAH a un niño, éste tiene que emitir seis de las 18 conductas por lo menos en dos escenarios, la casa y la escuela. El DSM-IV también establece que las conductas deben de haber persistido durante los últimos seis meses y resultar en un deterioro significativo de la actividad social y académica y que no puedan explicarse mejor por otro trastorno del desarrollo (APA, 1994). En la Tabla 1 se presenta la lista de los criterios del DSM IV (APA, 1994) utilizados para etiquetar a un niño con TDAH.

Tabla 1

Criterios del DSM IV para etiquetar a un niño como con TDAH

---

*Subescala*

---

*Inatención*

- 1.- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- 2.- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- 3.- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- 4.- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos y obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- 5.- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- 6.- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- 7.- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- 8.- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- 9.- A menudo es descuidado en las actividades diarias

*Hiperactividad*

- 1.- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- 2.- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- 3.- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- 4.- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- 5.- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- 6.- A menudo habla en exceso

*Impulsividad*

- 7.- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
  - 8.- A menudo tiene dificultades para guardar su turno
  - 9.- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)
-

Como se puede ver en la Tabla 1, los criterios del DSM IV están redactados de una forma muy imprecisa, sin embargo establecen que las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad difieren cuantitativamente de la conducta “normal”. No obstante, no especifican con precisión con qué frecuencia un niño tiene que emitir cada conducta, ni en qué circunstancias. Debido a estas imprecisiones, diferenciar a los niños que podrían ser etiquetados con TDAH de los que no es una tarea difícil (De Quiros, 2005; Prendergast et. al., 1988). Los criterios del DSM IV hacen referencia a conductas que la mayoría de los niños presentan y que sólo difieren en su frecuencia e intensidad, más que en la presencia o la ausencia de esas conductas.

Dado que los padres y los maestros son quienes están en contacto diario con los niños, ellos reportan a un especialista la frecuencia con la que los niños emiten las conductas características del TDAH. Los profesionales de la salud consideran que la información que proveen padres y maestros es valiosa (Weisz, Chaiyasit, Weiss, Eastman, & Jackson, 1995). Así, si bien la etiqueta de TDAH es asignada por un especialista, el juicio de padres y maestros sobre la conducta de un niño es esencial para decidir quién debe recibir tratamiento especializado. Consecuentemente, la elección de aquellos niños que deben ser atendidos en los servicios de salud mental depende del juicio de los padres y los maestros.

### **Definición de conductas de atención, actividad y reflexión**

Desde una perspectiva conductual, la atención se refiere a la conducta de una persona de responder ante ciertos estímulos en una situación e ignorar o no responder a otros estímulos (Ullman & Krasner, 1975). Según Taylor (1985) la definición de la atención implica diversos procesos (e.g., atención dividida, selectiva, sostenida, dirigida) que incluyen diversas conductas que hacen referencia a un solo concepto. Flavell (1985) señaló que la atención mejora con la



edad permitiendo que una persona se enfoque en los aspectos relevantes de los estímulos e ignore sus características irrelevantes, aunque éstas sean perceptibles. Gratch (2000) mencionó que la atención implica la capacidad de mantenerse en una actividad una determinada cantidad de tiempo, de tal manera que se concluya con la tarea.

La actividad se refiere a una acción o movimiento, a ser vigoroso y energético (e.g., correr, ponerse de pie, brincar). La actividad física se define como cualquier movimiento producido por los músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Gesell (1961) fue pionero al describir los movimientos durante los primeros 16 años de vida de los individuos. Según Gesell, la actividad antes e inmediatamente después del nacimiento es de tipo motriz refleja. Este autor consideró que el desarrollo motor se da mediante una serie de pasos que no se pueden omitir y que progresa en dirección de la cabeza a los pies y desde el eje central hacia el exterior.

La reflexión ha sido definida como el tiempo que una persona toma para evaluar el éxito de sus soluciones en respuesta a problemas o tareas intelectuales (Kagan, Rosman, Day, Albert, & Phillips, 1964). La impulsividad es el lado opuesto de la reflexión e implica una falta de habilidad para demorar respuestas o de tolerancia para responder ante demoras entre las tareas (Gratch, 2000). Una de las formas en las que la impulsividad se manifiesta es a través de un aumento en el número de errores que se cometen debido a la rapidez con la cual las personas responden (Gratch, 2000). La impulsividad también se ha definido como la elección por parte de un individuo de una alternativa de respuesta que produce reforzadores inmediatos pequeños en lugar de elegir una segunda alternativa que provee reforzadores grandes, pero demorados. A la elección de esta

última alternativa se le ha denominado autocontrol y se ha considerado que éste es opuesto a la impulsividad (cf. Neef, Bicard, & Endo, 2001).

### **Aproximación psiquiátrica y aproximación psicológica a la conducta anormal**

Desde un punto de vista psiquiátrico, el TDAH es un trastorno que implica una enfermedad inherente a los niños que tiene una causa orgánica. La conducta del niño únicamente es el síntoma de la enfermedad y ésta debe curarse por medio de un tratamiento farmacológico, independientemente de las conductas específicas que llevaron al niño a recibir la etiqueta (cf. Ullman & Krasner, 1975; Zalzing, 1980, 1981). En cambio, desde un punto de vista psicológico, el TDAH como tal no existe, dado que la conducta no se enferma. Mientras que en psiquiatría es común igualar los términos conducta anormal con conducta desordenada, que no es gobernada por reglas, en diversos experimentos psicológicos se ha demostrado que la conducta anormal está gobernada por los mismos principios sistemáticos y ordenados que gobiernan la conducta anormal (cf. Sidman, 1960; Zalzing, 1980). Por ejemplo, Zalzing (1973) demostró que aún cuando se ha establecido que una característica de los esquizofrénicos es que sus tiempos de reacción son menores que los de las personas normales (i.e., son más impulsivos), igualando las contingencias de reforzamiento que controlan la conducta de esquizofrénicos y de personas normales, los tiempos de reacción de ambos fueron similares. También se ha demostrado que bajo circunstancias sistemáticas y ordenadas animales de laboratorio exhiben conducta que podría denominarse como “anormal” (i.e., como en el caso de las llamadas neurosis experimentales o de la ansiedad experimental) y que cuando se eliminan las contingencias de reforzamiento que controlan dicha conducta, los animales se comportan de manera “normal” (cf. Sidman, 1960).

Así, se ha demostrado que identificando los parámetros responsables de la conducta, es posible controlar la emisión ya sea de conducta normal o anormal.

Las contingencias de reforzamiento que controlan la emisión de la conducta incluyen el medio social en que se desenvuelve el individuo (cf. Zalzinger, 1980). Los miembros de cada cultura establecen las normas de conducta apropiada o “normal” para cada edad y la secuencia en la que debe aprenderse cada conducta (e.g., Bijou, 1993; Bijou & Baer, 1969). La conducta “anormal” no difiere de la conducta “normal”, en cuanto que en ambos casos se trata de comportamientos que fueron moldeados por quien enseña. En ciertas instancias sociales, un niño puede emitir conductas que un observador considera que son inesperadas, bizarras, desviadas o inadaptativas y las etiqueta como conducta “anormal” y considera necesario que sean modificadas (cf. Ullman & Krasner, 1975). Así, desde el punto de vista psicológico, la conducta anormal se refiere a aquella que es juzgada por otras personas en ciertas circunstancias como deficitaria o excesiva y consecuentemente resulta problemática o inapropiada para la persona que la está juzgando, al grado de considerar necesario la intervención de un profesional para modificar dicha conducta (cf. Goode, 2000; Ullman & Krasner, 1975; Zalzinger, 1980, 1981). Esta definición implica que ninguna conducta en sí misma es normal o anormal, sino que únicamente cuando en ciertas circunstancias una persona hace algo inesperado o inapropiado para la situación en la que se encuentra, que molesta seriamente a otros o que interfiere con el orden social, un observador juzgará indebida la conducta y la etiquetará como anormal. Así, desde un punto de vista psicológico, el TDAH hace referencia a un conjunto de conductas que los miembros de una cultura, especialmente los padres y los maestros, juzgan como deficitarias en atención, excesivas en actividad y deficitarias en reflexión o autocontrol (Neef et al., 2001; Ullman & Krasner, 1975). A diferencia de un psiquiatra, un psicólogo se centrará en la

identificación y modificación de las conductas específicas de los niños juzgadas por otros como anormales dentro del contexto en el que se observaron, independientemente de la categoría de “enfermedad mental” que se le asigne (cf. Ullman & Krasner, 1975; Zalzinger, 1980).

### **Diagnóstico versus etiquetamiento del TDAH**

En psiquiatría se emplea el término diagnóstico para referirse a la identificación de una enfermedad física o mental. Con base en entrevistas y cuestionarios, los psiquiatras deciden si un individuo debe ser diagnosticado con alguna “enfermedad mental”. No obstante, existe evidencia relativa a que dicho diagnóstico es altamente subjetivo (cf. Zalzinger, 1978). Por ejemplo, Langer y Abelson (1974) le pidieron a psiquiatras que diagnosticaran a una persona escuchando la grabación de una entrevista. La mitad de los psiquiatras creyeron escuchar una entrevista de un paciente y la otra mitad una entrevista de un solicitante de empleo. El diagnóstico varió no sólo respecto a la supuesta enfermedad mental de la persona, sino en función de si se trató de un paciente o de un solicitante de empleo. Independientemente de la precisión de la identificación correcta de los síntomas por un psiquiatra, el término diagnóstico implica que el individuo sufre de una enfermedad. Dado que en psicología se considera que la conducta anormal no es una característica del individuo, se prefiere el uso del término etiquetamiento, en lugar del diagnóstico (cf. Zalzinger, 1980).

El empleo del término etiquetamiento se originó en la sociología (cf. Becker, 1963). Becker propuso la existencia de la teoría del etiquetamiento, la cual postula que la conducta anormal no es una característica inherente a un individuo, sino que conforme los estándares culturales los miembros de una cultura etiquetan dicha conducta como tal cuando consideran que se desvía de las normas establecidas o aquellas aceptadas por la mayoría. De acuerdo con esta

teoría, la identidad de un individuo, así como su conducta estará determinada o influenciada por los términos que se emplean para describirla. En consecuencia, el designar una conducta como anormal o el diagnosticar a alguien como esquizofrénico o con TDAH sólo cumple la función de etiquetar la conducta de la persona. El asignar una etiqueta tiene consecuencias negativas para la persona, dado que el grupo social en el que se desenvuelve tenderá a interpretar cualquier conducta que emita en función de dicha etiqueta y lo tratará acorde a ella. A su vez, el individuo se comportará de acuerdo con las expectativas sociales, es decir, tenderá a comportarse de forma “anormal”. A este círculo vicioso se le conoce como la profecía autocumplida. Conrad y Schneider (1992) sugirieron que quienes asignan las etiquetas son principalmente grupos con algún tipo de autoridad, como los psiquiatras, profesores o padres de familia. A partir de las expectativas de normalidad los miembros de estos grupos juzgarán como inadecuada una conducta. Lo más importante no es ni el individuo etiquetado ni las causas de sus comportamientos inapropiados, sino que el elemento fundamental es la participación que tiene el grupo social al asignar una etiqueta (e.g., Rist, 1998; Scheff, 1984). De acuerdo con esta teoría, la asignación de etiquetas es uno de los factores que contribuye a la formación y mantenimiento de estereotipos. Scheff (1984) sugirió que el concepto de lo que es considerado anormal no es estático. Es decir, que la anormalidad puede modificarse en función del contexto cultural, así como también de los criterios para definirla. La anormalidad depende del ambiente, de la persistencia de la conducta estereotipada existente, así como también de lo más importante que es la presencia de observadores (Scheff, 1984).

Los postulados de la teoría del etiquetamiento coinciden con la aproximación psicológica a la conducta normal. Desde un punto de vista psicológico, designar una conducta como anormal depende del juicio subjetivo de un observador y en este campo, como y se mencionó, se prefiere

el uso del término etiquetamiento (cf. Zalzinger, 1980). En consecuencia, en el presente trabajo se empleará el término etiquetamiento en congruencia con la aproximación psicológica a la conducta anormal.

### **Conducta Anormal versus Normal**

El contexto en que se emite la conducta sirve de referencia para hacer un juicio sobre el comportamiento. El contexto incluye las expectativas de los otros que sirven para juzgar la conducta. Dado que las normas sociales sirven como punto de referencia, un miembro de una cultura puede juzgar que una conducta se desvía de dicha norma y considerarla una conducta anormal. Éste término incluye cualquier comportamiento que implique una falta de correspondencia entre la conducta observada y lo que otros esperan (Ullman & Krasner, 1975; Zalzinger, 1980). Tomando en cuenta que la conducta sólo puede considerarse como un continuo (y no como ausencia o presencia) los juicios sobre qué conductas son anormales variarán en función del contexto social (Ullman & Krasner, 1975).

Una forma de distinguir entre lo que es considerado una conducta normal y una anormal sería conocer las conductas normales que se espera que un niño emita a ciertas edades específicas, lo cual ha sido objeto de análisis en psicología del desarrollo (Papalia, 1985). El desarrollo se ha definido como los cambios progresivos producto de la interacción recíproca entre la conducta de una persona y el medio ambiente (Bijou & Bear, 1969). El estudio del desarrollo de los individuos permite describir, entender y predecir las conductas que la mayoría de los niños presenta (Papalia, 1985). Este conocimiento permitiría contar con parámetros comparativos para establecer cuándo una conducta se desvía de la promedio. Si bien algunos psicólogos del desarrollo han elaborado listas de habilidades y conductas que se espera que un niño normal

presente a diferentes edades (e.g., Gesell, 1961; Piaget, 1971), el crear listas que incluyan todas las posibles conductas en todos los posibles contextos es una tarea prácticamente imposible. Además, la descripción detallada de todas las secuencias de cambios que suceden en función de la edad significaría crear una taxonomía enorme (Baer & Rosales-Ruíz, 1998; Reese, 1991). Consecuentemente, si bien las listas elaboradas por los psicólogos del desarrollo son un punto de referencia para saber la edad en la que un niño por ejemplo es capaz de tomar con las dos manos una pelota, realmente no existe un punto específico de comparación para determinar cuándo una conducta particular se desvía de lo normal considerando un contexto específico.

Dado que un niño está expuesto a diferentes contingencias sociales, no existe el niño “normal” que presente a una edad específica todas las conductas que pueden ser enlistadas (Papalia, 1985). A pesar de que no se cuenta con listas comprensivas de todas las conductas “normales” que un niño puede emitir, existen reglas sociales no escritas de lo que se espera que un niño haga en ciertas circunstancias y conforme con su edad. Los miembros de cada cultura eligen enseñarle a un niño ciertas habilidades y conductas a una cierta edad y en cierta secuencia, por lo que ninguna lista será totalmente comprensiva y correcta. Las conductas y la secuencia pueden variar de cultura en cultura. Por tanto, habría que determinar qué es lo que se considera como conducta normal y qué como conducta anormal por los miembros de cada sociedad. Dado que los miembros de una cierta cultura determinan qué debe hacer un niño y cuándo, como lo señalaron Baer y Rosales-Ruiz (1998), el estudio del desarrollo no debería centrarse en la conducta de la persona a quien se enseña, sino en la conducta de quién enseña.

## **Cultura y conducta normal**

Desde luego, ninguna conducta será considerada como deficitaria o excesiva por todas las personas en todos los países o en todas las subculturas. Una misma conducta será juzgada como apropiada o no dependiendo del lugar en que se emite, de su contexto, de un lugar y un tiempo particulares y de los criterios del observador. Desde un punto de vista psicológico, la conducta de un niño es aprendida y está determinada por el medio social en que se desarrolla.

Bijou y Baer (1961) postularon que la cultura es el molde que establece las conductas apropiadas para sus miembros. La cultura ha sido definida como los valores, compromisos y orientaciones morales que son experimentados por los individuos que pertenecen a una misma sociedad (Kleinman, 1987). De acuerdo con Bijou y Baer la conducta será modelada por los miembros de la cultura en que se desenvuelve el niño y el grupo social será el que establece las reglas, demandas, obligaciones y conductas apropiadas para un niño. Weisz, Sigman, Weiss, y Mosk (1993) señalaron que los patrones de conducta están influidos por la cultura a la que los individuos pertenecen y que las prácticas culturales tienen un importante impacto en el desarrollo infantil. Luk, Leung, y Ho (2002) mencionaron que la influencia de la cultura se podría apreciar en las actitudes de las personas hacia los niños que emiten conductas inapropiadas, aún cuando se trate de problemas conductuales provocados por daños neurológicos. Chandra (1993) mencionó que existen diferencias marcadas entre culturas sobre la tolerancia hacia ciertas conductas específicas, lo cual influye en la forma en la que una conducta es calificada como normal o anormal. Lo que puede ser aceptable y normal e incluso deseable en una cultura puede ser considerado anormal en otra (Ullman & Krasner, 1975; Zalinger, 1980). De acuerdo con Baer y



Rosales-Ruiz (1998) si se conoce el patrón cultural predominante se podrá saber cuáles conductas son consideradas normales en esa sociedad.

En algunos estudios se ha demostrado que los juicios de adultos sobre cuáles conductas infantiles son consideradas como normales varían dependiendo de la cultura. Por ejemplo, Tolor, Scarpetti y Lane (1967) pidieron a maestros y psicólogos juzgar conductas infantiles indicando si la conducta era normal o anormal para niños de entre 1 a 16 años. Se encontró que los maestros tendieron a evaluar en mayor grado que los psicólogos las conductas como anormales. Los autores encontraron que los maestros con mayor experiencia docente tendieron a juzgar las conductas como normales en mayor grado que los de menor experiencia, quienes tendieron a juzgarlas como anormales. Una de las limitaciones del estudio fue que los participantes juzgaron las conductas como normales o anormales para niños de un amplio rango de edad (de 1 a 16 años), sin especificar el contexto en el cual se emitían las conductas. Desde luego, como ya se mencionó el contexto puede afectar los juicios sobre si una conducta es normal o anormal. Hackett y Hackett (1993) compararon los conceptos de normalidad de conductas de agresividad física, obediencia, hábitos de higiene, concentración y miedos, entre otras entre padres Gujarati e ingleses por medio de viñetas. Los padres juzgaron el grado en el que ellos consideraron que dichas conductas eran “normales” o “anormales”, la tolerancia hacia estos comportamientos, la frecuencia con la que sus propios hijos emitían las conductas, su nivel de preocupación o satisfacción con los comportamientos emitidos por sus hijos y la edad en la cual ellos esperaban que se emitieran o extinguieran las conductas. Los resultados mostraron que los padres Gujarati juzgaron un mayor número de conductas como anormales, tenían menor tolerancia a la emisión de conductas que consideraron inapropiadas y reportaron que sus hijos emitían las conductas inapropiadas en menor grado que los padres ingleses. Los autores concluyeron que los padres

Gujarati tenían una definición de conductas normales más precisa que los ingleses, lo cual lo atribuyeron a las diferencias culturales entre ambos. En el estudio de Hackett y Hackett solamente una de las conductas que evaluaron se relacionó con comportamientos característicos del TDAH y consistió en pedir a los padres que reportaran el tiempo que sus hijos se mantenían concentrados en una actividad. Los padres Gujarati reportaron con mayor frecuencia que los ingleses que sus hijos se mantenían concentrados en una actividad 30 minutos o más. Aunque ambos, los padres ingleses y los Gujaratis reportaron estar satisfechos con el tiempo en que sus hijos se mantenían concentrados, las expectativas de los padres ingleses sobre el tiempo que realmente mantendrían la atención sus hijos fueron significativamente menores que las de los Gujaratis. Estos resultados sugieren que las conductas características del TDAH incluidas en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) también podrían variar en la frecuencia de emisión percibida por los adultos de diferentes culturas, en cuánto están dispuestos a tolerarlas y en sus expectativas respecto a la frecuencia con la que deben ocurrir.

### **Influencia cultural y TDAH**

A pesar de que actualmente se considera que el TDAH es uno de los problemas conductuales más reportados durante la infancia y la adolescencia (APA, 1994; Caraveo-Anduaga, 2007), la frecuencia con la que los niños son etiquetados con TDAH varía de país en país. En Estados Unidos y Venezuela el porcentaje de niños en edad escolar etiquetados con TDAH se ha estimado entre el 3 y el 7%, respectivamente (APA, 1994; Montiel-Nava et al., 2002). No obstante, estos porcentajes varían aún entre niños estadounidenses dependiendo del grupo étnico al que pertenecen. Por ejemplo, se ha encontrado que hay más niños negros etiquetados con TDAH que niños caucásicos (8.2% y 7.5%, respectivamente). En cambio, hay

relativamente pocos niños etiquetados con TDAH entre niños de procedencia hispánica o latina (4.1%), entre niños nativos-americanos (3.8%) o asiáticos (1.6%). En países como Colombia un 32.1% de los niños en edad escolar han sido etiquetados con TDAH (Pineda, Ardila & Roselli, 1999). En los Emiratos Árabes Unidos el 14.9% de los niños ha recibido la etiqueta de TDAH (Bu-Haroon, Eapen & Bener, 1999). Einarsdottir (2008) reportó que si bien se desconoce el porcentaje de niños etiquetados con TDAH en Islandia, el número de niños que toman Ritalín aumentó un 800% entre 1989 y 2000. En Dinamarca, no existe la etiqueta de TDAH, dado que no se ha reconocido la existencia de esta condición oficialmente, pero el número de niños que toman metilfenidato aumentó de .12 a .26% entre 1999 y 2003 (Holst, 2008). En México, Caraveo-Anduaga (2007) reportó que el 13.3% de los varones y el 6 % de las niñas podrían ser etiquetados con TDAH. En el informe del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (2003) en México se reportó que un 33.7% de los casos que se atienden en consulta externa corresponden a niños con la etiqueta de TDAH. Weisz et al. (1995) sugirieron que las diferencias en la prevalencia de TDAH en cada país se deben al impacto de la cultura sobre la percepción, identificación y tolerancia de los adultos hacia las conductas de atención, actividad y reflexión de los niños. Pineda et al. (1999) también sugirieron que el TDAH podría depender de la cultura, es decir, que los reportes de los adultos (padres, maestros y profesionales) sobre el porcentaje de niños etiquetados con TDAH podría ser alto en el caso de culturas que tienen poca tolerancia hacia las conductas características del TDAH.

### **Juicios de adultos de diferentes culturas sobre las conductas del TDAH**

Mann et al. (1992) estudiaron cómo psiquiatras y psicólogos de diferentes países: China, Indonesia, Japón y Estados Unidos, juzgaron la misma conducta de cuatro niños. Filmaron a los

niños realizando una de dos actividades: individual y grupal. En la situación individual, se instruyó a cada niño para que realizaran un dibujo y se le dijo que podía jugar con los juguetes que había en el cuarto, pero únicamente después de terminar su tarea. En la situación grupal, cada uno de los cuatro niños estuvo acompañado por otros dos o tres niños y se les pidió que juntos construyeran una torre con bloques. Nuevamente se les dijo que podrían jugar con los juguetes que había en el cuarto, pero una vez que terminaran de construir la torre o si ésta se caía. La tarea de los profesionales consistió en señalar la frecuencia con la que cada uno de los cuatro niños emitió las 18 conductas características del TDAH. Los profesionales de China e Indonesia consideraron que los niños presentaron niveles más altos de actividad que los de Japón y los de Estados Unidos, mientras que los especialistas de un mismo país tendieron a coincidir en sus juicios sobre la conducta de los niños. Dado que los observadores juzgaron exactamente la misma conducta de los mismos niños, las diferencias encontradas se debieron a las normas culturales prevalecientes en cada país.

En algunos estudios se ha encontrado que los juicios de padres y maestros sobre cuáles conductas y cuándo éstas son consideradas deficitarias o excesivas varían dependiendo de la cultura. Por ejemplo, Weisz et al. (1987) mostraron que existen diferencias en cómo padres de Tailandia y Estados Unidos juzgan las conductas de sus hijos. Los padres tailandeses tienden a describir a sus hijos como más callados comparados con los padres estadounidenses. Weisz et al. (1995) le pidieron a maestros de Tailandia y de Estados Unidos que juzgaran la conducta de niños de su misma cultura que no conocían. Con el fin de determinar la exactitud de los juicios de los maestros, también le pidieron a observadores independientes que registraran conductas específicas problemáticas de los niños (i.e., pararse de su lugar, interrumpir a otros, estar distraído o hacer otra actividad a la indicada por la maestra). Encontraron que los maestros

tailandeses consideraron que los niños tenían un mayor número de problemas conductuales que los maestros estadounidenses. Este resultado contrastó con los datos recabados por los observadores, dado que se encontró que mientras que los niños tailandeses sólo estuvieron distraídos de su tarea académica el 10% del tiempo en el que se les observó, los niños estadounidenses estuvieron distraídos un 23% del tiempo. De acuerdo con los autores, en la cultura tailandesa, basada en el Budismo, se adiestra a los niños a no ser agresivos, a ser obedientes y respetuosos de figuras de autoridad y a evitar expresar su enojo u otras emociones fuertes. También se les enseña a tener una actitud de humildad y a evitar perturbar a otros. En concordancia con las expectativas culturales, los maestros tailandeses son más estrictos para juzgar la conducta de un niño y tienden en mayor grado que los ingleses a juzgarla como inapropiada o anormal. Weisz et al. (1988) en un estudio anterior también encontraron que los niños tailandeses son más ordenados, atentos y bien portados en la escuela que los niños estadounidenses. Stevenson y Stigler (1992) encontraron que los niños estadounidenses pasan más tiempo fuera de sus asientos, hablando con otros niños, interrumpiendo actividades y haciendo actividades que no están relacionadas con su tarea académica que niños chinos y japoneses. Ekblad (1986) encontró que en la cultura china los maestros esperan que los niños sean menos activos, más atentos y más reflexivos que los maestros estadounidenses. También encontró que los padres chinos valoran en gran medida el éxito académico y entrenan a sus hijos a estar sentados durante largo tiempo y a concentrarse en el trabajo académico. Así, las prácticas educativas en los países asiáticos tienden a ser mucho más estrictas y disciplinarias que las prácticas educativas en países anglosajones, siendo que los maestros asiáticos ejercen más control y estimulan en mayor grado una orientación hacia la tarea que los maestros estadounidenses. Alban-Metcalf, Cheng-Lai, y Ma (2002) compararon los juicios de maestros de China, Hong

Kong y del Reino Unido de la conducta video-grabada de niños etiquetados con TDAH. Encontraron que los maestros chinos juzgaron la misma conducta del niño como hiperactiva, inatenta e impulsiva en mayor grado que los de Hong Kong y éstos a su vez en mayor grado que los del Reino Unido. En otro estudio, Sonuga-Barke et al. (1993) compararon cómo maestros juzgaron la conducta de niños ingleses de seis y siete años pertenecientes a dos grupos étnicos, asiáticos y anglosajones. Los autores compararon los juicios de los maestros con el número de movimientos registrados en un actómetro. Este aparato registra el movimiento de los niños a través de colocar electrodos en diferentes partes del cuerpo del niño como hombros, rodillas y cintura. Encontraron que los maestros tendieron a juzgar la conducta de los niños asiáticos como más activa que la de los anglosajones, aún cuando de acuerdo con el actómetro la actividad fue semejante. Leung, Luk, y Ho (1996) realizaron un estudio en Hong Kong en el cual los padres juzgaron las conductas de hiperactividad de sus hijos y las compararon con medidas objetivas realizadas por medio de actómetros. Los padres juzgaron la conducta de sus hijos como más activa que lo que mostró el registro del actómetro. Luk et al. (2002) compararon los resultados del estudio anterior con los de un estudio hecho con niños ingleses (Taylor, Sandberg, & Thorley, 1991), dado que ambos estudios eran similares en su método y en los instrumentos utilizados. Los autores encontraron que la conducta de actividad de los niños fue evaluada de manera diferente entre los padres de los dos países. Los niveles de actividad reportados por los padres de los niños chinos fueron similares a los reportados por los padres ingleses de niños que no habían sido etiquetados con TDAH. Luk et al. concluyeron que si un niño chino etiquetado con TDAH se trasladara al Reino Unido, su conducta en ese país sería considerada normal y no sería objeto de un etiquetamiento. La conducta de actividad del niño chino, en su propio contexto sería juzgada

como excesiva o hiperactiva, debido a que excede los estándares de su grupo, en cambio, se adhiere a los estándares establecidos en la cultura británica.

Dominguez-Ramirez y Shapiro (2005) pidieron a maestros anglosajones e hispanos que juzgaran el nivel de actividad de niños de dos grupos étnicos, hispanos y anglosajones. Los autores les presentaron a los maestros una de dos video-grabaciones que incluyeron niños que tenían aproximadamente la misma estatura, peso y atractivo físico y que únicamente diferían en los rasgos físicos característicos del grupo étnico al que pertenecían. Se pidió a los niños (que no habían sido etiquetados con TDAH) que realizaran algunas conductas características del TDAH como no poner atención a la maestra, pararse continuamente del asiento, interrumpir y entrometerse en las conversaciones de sus compañeros. Los resultados mostraron que los maestros hispanos juzgaron un mayor número de conductas como hiperactivas e impulsivas, especialmente en el caso de los niños hispanos. Los autores concluyeron que los maestros hispanos no sólo son menos tolerantes hacia la conducta de los niños, sino que fueron más estrictos cuando juzgaron la conducta de los niños de su propio grupo étnico. Williams (2003) encontró que los padres de niños caucásicos juzgaron la conducta de sus hijos como inatenta, hiperactiva o impulsiva con mayor facilidad que los padres de niños negros o hispanos. En otro estudio Yang y Schaller (1997) examinaron las percepciones de los maestros de primaria en China sobre las conductas características del TDAH y si éstas estuvieron relacionadas con la decisión de enviarlos con un especialista. Encontraron que si bien los maestros consideraron que las conductas características del TDAH fueron emitidas con mucha frecuencia por los niños de primaria no las consideraron un problema que requiriera la ayuda de un profesional. Los niños que fueron referidos con un especialista fueron aquellos cuya conducta ocurrió con una frecuencia igual o mayor a tres desviaciones estándar del promedio. Lambert et al. (1992)

compararon los juicios de padres y maestros de Jamaica y Estados Unidos sobre las conductas problemáticas de los niños. Les pidieron que leyeran viñetas en las que se describía a un niño con problemas de conducta y que juzgaran qué tan serio era el problema del niño y qué tan preocupados estaban por dicho problema. Los resultados mostraron que los padres y maestros jamaicanos consideraron que los problemas de los niños eran menos importantes y difíciles que los estadounidenses. Así, conductas que en Estados Unidos son consideradas como problemáticas, en Jamaica son normales. Los padres y maestros jamaicanos tienden a considerar que cualquier conducta inapropiada de un niño representa un estado transitorio que mejorará con el tiempo. Los estadounidenses, en cambio, consideran que las conductas inapropiadas representan un rasgo de personalidad que sólo cambiará con la intervención de un profesional.

Los resultados de todos los estudios anteriores muestran que las expectativas culturales determinan qué conductas son consideradas como deficitarias o excesivas. El mismo niño puede ser etiquetado con TDAH en una cultura o en un subgrupo, pero no en otro.

### **Juicios de adultos de una misma cultura sobre las conductas del TDAH**

Ortiz-Luna y Acle-Tomasini (2006) examinaron el grado en que maestros y padres mexicanos juzgaron que un niño emitía conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Los resultados mostraron que los juicios de padres y de maestros sobre las conductas de los niños tendieron a no coincidir. Mientras que los maestros reportaron una mayor frecuencia de conductas de inatención, los padres reportaron niveles de actividad más altos. Ortiz-Luna y Acle-Tomasini sugirieron que las diferencias en la evaluación de padres y maestros pudo deberse a que cada informante tiene sus propios parámetros para definir qué es una conducta de atención, de actividad y de impulsividad. Antrop, Roeyers, Oosterlaan, y Van Oost (2002) pidieron a padres y



maestros que juzgaran las conductas de inatención, de hiperactividad y de impulsividad de niños de primaria. Encontraron que los juicios de los padres y de los maestros no coincidieron. Los padres tendieron a considerar que sus hijos tenían niveles de actividad más altos y que eran más inatentos, que lo que sus maestros reportaron. Padres y maestros no acordaron tampoco sobre si los niños debían etiquetarse o no con TDAH. Si bien Antrop et al. no lo mencionaron, sus resultados sugieren que los padres y los maestros se enfocan en distintas conductas para decidir si existe un déficit o exceso. En otros estudios también se ha encontrado que los juicios de padres y maestros de las conductas que emite un niño no coinciden (e.g., Amador-Campos, Forn-Santacana, Guardía-Olmos, & Peró-Cebollero, 2006; Biederman, Faraone, Milberger, & Doyle, 1993; Hutchinson et al., 2001; Mistis et al., 2000).

El que los juicios de padres y de maestros de una misma cultura no coincidan sobre la ocurrencia de una conducta de inatención, hiperactiva o impulsiva no es sorprendente, dado que cada uno observa el comportamiento del niño en diferentes contextos, unos en la casa y otros en la escuela. No obstante, existen estudios en los que se ha pedido a maestros y padres que juzguen la conducta de un niño en ambos contextos, la casa y la escuela y aún así el grado de acuerdo ha sido bajo. Por ejemplo De Nijs et al. (2004) examinaron el grado de acuerdo entre los juicios de padres y maestros sobre las conductas de los niños previamente etiquetados con TDAH, tanto en la casa como en la escuela. Los resultados mostraron que el grado de acuerdo entre los reportes de padres y de los maestros fue bajo. Los autores sugirieron que los reportes de los padres y de los maestros sobre las conductas características de TDAH están basados en las observaciones que hacen estos informantes en cada uno de los contextos en los que interactúan con los niños, es decir los padres basan sus juicios sobre las conductas de TDAH que ellos creen que los niños harían en la escuela basados en lo que observan en la casa, mientras que los maestros juzgan lo

que hará un niño en su casa basado en lo que han observado en la escuela. Schachar y Tanock (2004) señalaron que el hecho de no terminar una tarea escolar puede ser considerado por un observador como un comportamiento de inatención, mientras que para otra persona podría representar solamente falta de interés o aburrimiento.

Reiner (2009) le pidió a 20 maestros de primaria estadounidenses, a 13 padres de niños de primaria y a 13 personas que no tenían contacto diario con niños de primaria que señalaran las conductas que los niños de primaria emiten normalmente. Incluyó en una lista las 18 conductas características del TDAH, así como otras conductas típicas de los niños de primaria (e.g., le gusta ser el centro de atención, hacen amigos fácilmente, se disculpan cuando fueron groseros). Encontró que el 42.1% de los maestros, el 84.6% de los padres y el 30.8% del público en general señaló que los niños emiten normalmente por lo menos ocho de las conductas características del TDAH muy frecuentemente. Concluyó que el 51.1% de sus participantes etiquetaría a un niño con TDAH y que los padres son más tolerantes hacia la emisión de las conductas características del TDAH que los maestros y que el público en general. Aunque Reiner no lo mencionó, sus resultados sugieren que la definición de conducta normal varía entre miembros de una misma cultura. Una limitación del estudio de Reiner fue que su muestra fue muy pequeña, por lo que sus resultados no pueden ser generalizados a otros padres o maestros.

### **Juicios de adultos sobre las conductas del TDAH en función de su sexo, edad y nivel socioeconómico**

En relativamente pocos estudios se ha averiguado la forma en que padres, maestros o profesionales de la salud juzgan una misma conducta infantil en función de sus propias características sociodemográficas como su sexo, edad o nivel socioeconómico. Esto se ha debido

a que el interés se ha centrado en las características de los niños, asumiendo que su inteligencia, ejecución académica, sexo, edad, raza o nivel socioeconómico determinan en gran medida si son objeto de educación especial (cf. McIntyre, 1988). No obstante, se ha encontrado que dichas características de los niños sólo explican una proporción pequeña de la varianza para identificar a quiénes deben recibir atención especial (cf. McIntyre, 1988). A pesar de éste último hallazgo, muy pocos investigadores se han orientado a identificar la influencia de variables relacionadas con quienes deciden referir a los niños a los servicios de educación especial (cf. McIntyre, 1988; Reiner, 2009). A continuación se reseñan los estudios que han averiguado la influencia del sexo, la edad y la clase social de maestros sobre su propensión a identificar conductas inapropiadas que requieren la intervención de un especialista.

Relativo al sexo, McIntyre (1988) pidió a maestros de primaria que reportaran la frecuencia con la cual un niño referido a atención especial por ellos mismos emitía las conductas incluidas en una lista sobre problemas infantiles (por ejemplo depresión, inatención, problemas de aprendizaje). Encontró que durante el transcurso de un año escolar las maestras refirieron a más niños a educación especial y consideraron que éstos emitían con mayor frecuencia conductas inapropiadas que los maestros. Ritter (1989) también les pidió a maestros regulares y de educación especial que indicaran la frecuencia con la que sus estudiantes presentaban ciertos comportamientos característicos de problemas conductuales (i. e., dificultades para aprender, hacer ruidos extraños, nerviosos, intranquilos). Ritter encontró que las maestras reportaron una mayor frecuencia de conductas problemáticas, especialmente de agresividad e inatención de sus estudiantes que los maestros. Sideridis, Antoniou, y Padeliadu (2008) le pidieron a 98 maestros griegos que evaluaran las conductas de 246 niños de tercero a octavo grado relativo a si éstas representaban conductas inapropiadas que conducirían al etiquetamiento de problemas de

aprendizaje. Sus resultados mostraron que el doble de maestras que de maestros etiquetó la conducta de los niños como inapropiada. Taylor, Gunter, y Slate (2001) le presentaron videos de niños a los maestros que mostraban conductas inapropiadas dentro del salón como por ejemplo, jugar golpeando el lápiz en la mesa, molestar a los compañeros, o recibir un regaño del maestro. La tarea de los maestros consistió en juzgar la frecuencia con la que los niños emitieron las conductas incluidas en una lista. Los resultados mostraron que las maestras juzgaron cómo más problemáticas que los maestros las conductas de los niños. Además, las maestras indicaron con mayor frecuencia que los maestros que los niños deberían ser referidos a educación especial por problemas conductuales y de aprendizaje. Mayes y Bagwell (2005) solicitaron a maestros de primaria que respondieran un cuestionario que incluía preguntas abiertas sobre sus percepciones sobre el TDAH y sobre su posible tratamiento. Encontraron que las maestras fueron más estrictas que los maestros para evaluar la misma conducta de un niño y que además las primeras tenían opiniones más positivas sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos. Schneider y Eisenberg (2006) realizaron un estudio en el que exploraron algunos factores relacionados con el etiquetamiento del TDAH en una muestra de más de 9,000 niños con edades comprendidas entre los siete y los 11 años. Examinaron el efecto de variables como las características de los niños, de la familia, de los maestros, de la escuela y de la zona geográfica en la que vivían. Respecto al sexo de los maestros, encontraron que, contrario a lo encontrado en los estudios mencionados antes, los maestros juzgaron las conductas de los niños como inapropiadas en mayor grado que las maestras.

Dado que la edad de los maestros correlaciona con los años de experiencia docente, a continuación se mencionan los resultados de estudios en los que se ha investigado la influencia de alguna de las dos variables. Ritter (1989) no encontró diferencias en cómo los maestros evaluaron

las conductas de los niños en función de sus años de experiencia docente. Mioduser, Margalit, y Efrati (1998) realizaron un estudio para averiguar si la experiencia docente influía en la identificación correcta de algunas conductas infantiles. Le pidieron a maestros responder un cuestionario basado en las conductas características listadas en el DSM-IV correspondientes a cuatro diferentes problemas conductuales, entre ellos el TDAH. Los autores pidieron a estudiantes de educación, a maestros activos y a directores de escuelas especiales que identificaran los problemas conductuales más frecuentes entre los niños y que mencionaran las conductas que caracterizaban a cada uno. Los maestros respondieron este cuestionario inmediatamente después de haber tenido una sesión en la que mediante un programa de computadora se expusieron las principales conductas, causas y tratamientos de cada uno de los problemas conductuales. Encontraron que mientras que los maestros activos y los directores señalaron correctamente las conductas problemáticas conducentes al etiquetamiento de cada uno de los cuatro problemas conductuales, los estudiantes universitarios que aún no terminaban la carrera de docencia, reportaron mayor dificultad para identificar los aspectos distintivos de cada uno de los problemas conductuales, mostrando confusión en las conductas características de los cuatro diferentes etiquetamientos infantiles. Los autores sugirieron que los estudiantes adquieren el conocimiento teórico sobre las conductas infantiles problemáticas durante sus estudios universitarios, pero que solamente la experiencia diaria con los niños en clase sirve como referencia para identificar y diferenciar las conductas inapropiadas dentro del salón. Tolor, Scarpetti, y Lane (1967) le pidieron a maestros con diferentes años de experiencia docente que señalaran si diferentes tipos de conductas que los niños emitían (por ejemplo, agresividad, expresión de afecto, fobias, lenguaje) eran normales o anormales. Los resultados mostraron que los maestros de menor experiencia docente (i.e., mediana igual a tres años) juzgaron muchas de

las conductas (32.5%) como anormales en comparación con los que tenían más experiencia (i.e., mediana igual a 24.5 años). Borg y Falzon (1990) le pidieron a 844 maestros de primaria malteses que señalaran sus actitudes hacia 16 conductas indeseables. Encontraron que aquellos que tenían menos experiencia docente juzgaron las conductas como más serias que los que tenían mayor experiencia docente. Schneider y Eisenberg (2006) encontraron que los maestros de más de 40 años tendieron a asignar la etiqueta de TDAH más frecuentemente que los de 39 años o menos.

Respecto al nivel socioeconómico de las personas, no existen estudios en los que se hayan comparado los juicios de maestros de primaria sobre cuáles conductas son consideradas apropiadas en función de su clase social. Únicamente existe un estudio en el que se investigó la influencia de la clase social sobre cómo padres juzgan las conductas de sus hijos. Lee y Neuharth-Pritchett (2008) reportaron que los padres que tienen un nivel educativo superior o equivalente a preparatoria y cuentan con recursos económicos tienen a etiquetar a sus hijos con TDAH con mayor facilidad que aquellos con menor educación y con menos recursos económicos (i.e., del 7.3 y del 7.6% para aquellos hijos de padres con educación superior a la preparatoria y con educación equivalente a preparatoria, respectivamente, versus 6.2% para aquellos con un nivel de estudios de secundaria).

### **Juicios de adultos sobre las conductas del TDAH en función de variables situacionales**

En algunos estudios se ha encontrado que ciertas variables relacionados con el contexto escolar, como el grado escolar en que enseñan los maestros, el tamaño del grupo que atienden y el tipo de escuela en la que trabajan influyen sobre la forma en que los maestros evalúan las conductas de sus estudiantes (e.g., Gersten, Walker, & Darch, 1988; Walker & Rankin, 1983).

Relativo al grado escolar en que enseñan los maestros, Amador-Campos, Forns, y Martorell (2001) y Vera (2007) examinaron los juicios de maestros de diferentes grados de primaria sobre las conductas características del TDAH. Los resultados mostraron que a medida que aumenta el grado escolar que atienden los maestros, los juicios sobre la conducta de sus alumnos son más estrictos, aumentando la percepción de conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Así, es más probable que un profesor de quinto y sexto grado considere inapropiada la emisión de ciertas conductas infantiles dentro del salón de clases que los de grados inferiores. Amador-Campos et al. explicaron que estas diferencias podrían deberse a que la frecuencia con la que los niños emiten las conductas características del TDAH varía conforme aumenta la edad de los niños. Nolan, Gadow, y Sprafkin (2001) le pidieron a maestros que respondieran un cuestionario en el que debían señalar la frecuencia con la que 3,006 niños de entre tres y 18 años emitían en el salón de clases las conductas características del TDAH, del trastorno negativista desafiante y del trastorno de la conducta. Las conductas evaluadas por los maestros correspondían con los criterios que establece el DSM-IV para cada uno de los tres problemas de conducta. Los maestros juzgaron la frecuencia de emisión de las conductas empleando una escala de cuatro opciones, que varió entre nunca y muy frecuentemente. Los resultados mostraron que de acuerdo con el juicio de los profesores, el 15.8% de los niños podría ser etiquetado con TDAH. Además, también encontraron que conforme el reporte de los maestros la emisión de las conductas de hiperactividad e impulsividad es muy frecuente entre niños en edad preescolar (3.9%), mientras que estas mismas conductas fueron menos comunes entre los adolescentes (0.8%). Urzúa, Domic, Ramos, y Cerda (2010) encontraron que padres y maestros, coincidieron en que los niños de entre seis y ocho años de edad emiten con mayor frecuencia conductas de hiperactividad e impulsividad que los de entre nueve y 11 años. Los autores

sugirieron que la disminución de la frecuencia con la que se emiten las conductas características del TDAH en función del aumento de edad en los niños puede ser atribuida al desarrollo de los niños y a su capacidad para inhibir conductas inapropiadas. Amador-Campos et al. (2001) y Pineda et al. (2007) también reportaron que tanto padres como maestros consideraron que los niños más pequeños emiten con mayor frecuencia conductas de hiperactividad e impulsividad que los niños más grandes. Kyriotaki y Manolitsis (2010) compararon el número de niños que deberían recibir la etiqueta de TDAH conforme el juicio de sus maestros y conforme una prueba estandarizada. Los resultados mostraron que los maestros identificaron un mayor número de estudiantes que según ellos debían ser etiquetados con TDAH que los que recibirían la etiqueta empleando los puntajes de la escala estandarizada. También reportaron que la frecuencia de falsas alarmas por parte de los maestros disminuyó conforme aumentó el grado escolar de los niños, aunque la frecuencia de niños etiquetados por sus maestros con TDAH fue similar entre los seis grados de primaria. Los resultados de todos estos estudios han mostrado que la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad son conductas que los niños emiten con mucha frecuencia durante la etapa pre-escolar y que estas conductas tienden a disminuir conforme aumenta la edad de los niños (cf. Amador-Campos et al., 2006).

Relativo al tamaño del grupo, la mayoría de los estudios se han centrado en su efecto sobre el desempeño escolar de los niños. Se ha documentado que los grupos pequeños son benéficos para los estudiantes puesto que repercuten en un mejor rendimiento escolar (Anderson, 2000; Finn, Pannozzo, & Achilles, 2003; Nye, Hedges, & Konstantopoulos, 2000). En cambio, se han hecho relativamente pocos estudios sobre el efecto de atender grupos de diferente tamaño por parte de los maestros y se han enfocado en los costos que implica para el maestro atender a un diferente número de alumnos. En general, los resultados han mostrado que a mayor el tamaño



del grupo, mayor la cantidad de tiempo que pasa el maestro realizando actividades en la clase y menor el tiempo en el que da instrucciones y se dedica a prestar atención de manera individual a sus alumnos (Achilles, 1999; Bennett, 1996). Blatchford, Moriarty, Edmonds, y Martin (2002) reportaron que en los grupos pequeños los maestros tienen un mayor control sobre la conducta de los niños y tienden a interactuar con cada uno de sus alumnos, lo que genera que los niños estén más atentos tanto al tema de clase como al maestro con mayor frecuencia que en el caso de niños integrantes de grupos grandes (i.e. mayores de 30 estudiantes). Blatchford, Russell, Bassett, Brown, y Martin, (2007) mostraron que en los grupos grandes los niños tienden a ser más pasivos en clase, pasan más tiempo escuchando al maestro y tienden a ser considerados por los maestros como un integrante más del grupo, lo que genera que cada uno de los niños destaque poco en la atención del maestro. Safran y Safran (1987) sugirieron que cuando los maestros tienen un salón de clases pequeño y ordenado, tienden a ser más tolerantes hacia las conductas inapropiadas dentro del salón de clases. De hecho se ha documentado que los niños que son desobedientes y desafiantes hacia sus maestras tienden a ser etiquetados por éstas con TDAH (e.g., Miles & Stipek, 2006). El tamaño del grupo que atiende un maestro también influye sobre cómo juzga una misma conducta infantil. Por ejemplo, Havey, Olson, McCormick y Cates (2005) señalaron que el número de alumnos que integra un grupo influye sobre la disposición de un maestro para rotular ciertas conductas de sus alumnos como anormales, siendo que cuando se trata de grupos grandes, los maestros tienden a considerar que aproximadamente el 5% de sus alumnos exhiben conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Schneider y Eisenberg (2006) encontraron que los maestros con grupos de tamaño mediano tendieron en mayor grado que los que atienden grupos pequeños o grandes a etiquetar las conductas de los niños como características del TDAH.

El tipo de escuela en la que labora un maestro también influye sobre el grado en el que juzga una conducta como anormal. Holst (2008) encontró que los maestros de las escuelas urbanas tendieron con mayor frecuencia a juzgar la conducta de los niños como inapropiada y a referirlos con un especialista, comparados con los profesores de escuelas rurales. Schneider y Eisenberg (2006) encontraron que los maestros de escuelas privadas, católicas o de otras religiones tendieron en menor grado que los de escuelas públicas y laicas a asignar la etiqueta de TDAH a sus alumnos.

### **Conocimiento sobre el TDAH de padres y maestros, atribución de causas y tratamiento apropiado**

Existe evidencia de que variables como las creencias de los maestros o padres sobre en qué consiste el TDAH, sus causas y posibles tratamientos influyen sobre cómo evalúan la conducta de los niños. Por ejemplo, Stevens, Quittner, y Abikoff (1998) reportaron que los maestros que tenían mayor información sobre el TDAH tendieron a juzgar a los niños con esa etiqueta como más hiperactivos e inatentos que los que tenían poco conocimiento del tema. Glass (2000) encontró que el 17% de los maestros de escuelas públicas y el 32% de los de escuelas privadas reportaron no tener información respecto a qué conductas caracterizan el TDAH.

En otros estudios se averiguaron las causas que padres o maestros atribuyen al TDAH. En México, Palacios-Cruz et al. (2011) realizaron un estudio con padres de niños etiquetados con TDAH y encontraron que el 69.2% de los padres dijo saber en qué consiste dicho etiquetamiento. De esos, un 85.4% consideró que el TDAH es una enfermedad, el 8.3% dijo que se debía a una mala práctica de crianza y el resto consideró que se trataba de un mito, un invento de la industria

farmacéutica o una moda. McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido, y Martin (2007) examinaron el conocimiento sobre el TDAH en una muestra de 1,139 adultos. Encontraron que el 64% de la muestra indicó saber en qué consistía el TDAH. De éstos, el 33% dijeron que se caracteriza por conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Una minoría mencionó que se debía a una condición biológica o que era una enfermedad. Además los autores también reportaron diferencias en función del género, edad y nivel socioeconómico del informante. Una mayor proporción de mujeres, de jóvenes y de personas de clase alta respondieron saber en qué consistía el TDAH y señalaron que se trata de una enfermedad real, en comparación con los hombres, los adultos y de los de clase baja. Los autores sugirieron que los juicios de las maestras mujeres, jóvenes y de clases social baja sobre las conductas características del TDAH, así como su conocimiento sobre este etiquetamiento tienden a ser más consistentes que los de sus contrapartes con los conceptos establecidos en psiquiatría sobre los problemas de conducta. Jerome, Gordon, y Hustler (1994) evaluaron el conocimiento de los maestros sobre el TDAH aplicando un cuestionario en el cual los profesores debían indicar si una serie de afirmaciones respecto al TDAH eran verdaderas o falsas. Los autores reportaron que en general los maestros informaron tener poco conocimiento sobre el TDAH y no saber cómo trabajar con los niños que recibían este etiquetamiento. Jerome et al. encontraron que no existieron diferencias entre los maestros hombres y mujeres respecto a las respuestas sobre en qué consistía el TDAH y sus actitudes hacia estos niños. En otro estudio realizado por Sciutto, Terjesen, y Bender (2000) tampoco encontraron diferencias entre el conocimiento reportado por los maestros respecto al TDAH entre hombres y mujeres.

Dryer, Kiernan, y Tyson (2006) les pidieron a padres y profesionales que describieran las causas del TDAH. Encontraron que ambos indicaron que la causa del TDAH era un mal

funcionamiento cerebral (atribuido a un desequilibrio químico, problemas en el funcionamiento del cerebro o una predisposición genética). Los maestros difirieron de los profesionales al atribuir mayor importancia a la exposición a químicos durante el embarazo o mediante la dieta, como posible causa del TDAH. Ghanizadeh, Bahredar, y Moeini (2006) realizaron un estudio para evaluar el conocimiento que los maestros de primaria tenían respecto al TDAH. Los resultados de este estudio mostraron que el conocimiento general de los maestros fue escaso. El 46% de los maestros respondió que el TDAH tiene una causa biológica o genética mientras que más de la mitad de los profesores lo atribuyó a malas prácticas de crianza. Una tercera parte de los maestros lo atribuyó al consumo excesivo de azúcar. El nivel de conocimiento sobre el TDAH no difirió entre hombres y mujeres, pero varió respecto a la edad de los maestros. Aquellos que tenían 40 años o más reportaron tener un conocimiento menor sobre el TDAH que los profesores más jóvenes. Vereb y DiPerna (2004) examinaron la relación entre el grado de conocimiento respecto al TDAH, sus posibles tratamientos y el grado de aceptación de éstos entre maestros de primaria. Los resultados mostraron que el conocimiento sobre el TDAH estuvo positivamente relacionado con la aceptación del tratamiento farmacológico para este etiquetamiento. Además, encontraron que la participación de los maestros en cursos sobre el TDAH también estuvo positivamente relacionada con el conocimiento y la aceptación de estrategias de manejo conductual.

Perold, Louw, y Kleynhans (2010) averiguaron el grado de conocimiento que los maestros tenían respecto al TDAH aplicando un cuestionario que incluía preguntas respecto a las conductas características, sus causas y su posible tratamiento. Los resultados mostraron que el grado de conocimiento de los maestros fue bajo y no estuvo correlacionado significativamente con la edad o los años de experiencia docente. Jarque y Tárraga (2009) compararon el grado de conocimiento sobre el TDAH que tenían maestros con experiencia docente (de 42 años de edad)

comparados con estudiantes de educación del primer año de la carrera de educación (de 21 años) y de los últimos años de la carrera (de 23 años). Los resultados mostraron que en general el nivel de conocimientos sobre el TDAH fue escaso en los tres grupos de participantes. Los estudiantes del primer año de la carrera fueron los que tenían menos conocimientos sobre el TDAH comparados con los estudiantes de tercero y con los maestros activos. Pisecco, Huzinec, y Curtis (2001) examinaron la aceptación de los tratamientos conductuales y farmacológicos para el TDAH entre maestros de escuelas urbanas y rurales. Los autores evaluaron el grado de aceptación de los maestros hacia cuatro formas de tratar el TDAH: elaboración de un reporte diario de las conductas del niño, dos estrategias conductuales (técnica de costo de respuesta y conducta orientada a la meta) y con un medicamento (i.e., Ritalín). Pisecco et al. encontraron que los maestros de escuelas rurales juzgaron que el hacer un registro diario de la conducta del niño fue la técnica de intervención más aceptable, efectiva y que produce cambios conductuales más rápidos en los niños etiquetados con TDAH. El Ritalín también fue considerado efectivo, pero mencionaron que implementarían otras estrategias antes de recurrir a la medicación.

También se han averiguado cuáles son las conductas características que emite un niño etiquetado con TDAH según el juicio de padres, maestros o profesionales de la salud. Dryer, Kiernan, y Tyson (2006) pidieron las opiniones de profesionales (médicos, pediatras, psiquiatras) y de maestros y padres (con hijos etiquetados con TDAH y sin la etiqueta) sobre las conductas que creían que los niños emitirían. Se encontró que todos los participantes consideraron que las conductas que emiten los niños con TDAH están relacionadas con problemas de concentración y atención y con la falta de control conductual. El ser agresivo, irritable o romper objetos también fueron conductas consideradas características del TDAH.

En otros estudios se ha examinado si la opinión de las personas respecto a los tratamientos y estrategias utilizadas con los niños etiquetados con TDAH varía en función de algunas características de los adultos informantes. Por ejemplo, McLeod et al. (2007) encontraron que los hombres y los jóvenes fueron más propensos a señalar que no es necesario un tratamiento para el TDAH, ni dar asesoría o usar medicamentos, comparados con las mujeres y con los adultos de mayor edad, quienes prefirieron un tratamiento para corregir el problema conductual. En México, Palacios-Cruz et al. (2011) encontraron que el 63% de los padres consideró que el mejor tratamiento para el TDAH sería uno que combinara intervención conductual y medicamentos, el 16% prefirió una intervención conductual y solamente el 6.6% señaló que elegirían como única alternativa el tratamiento farmacológico. El 48.5% consideró que el tratamiento farmacológico sólo apoya otro tipo de terapia mientras que más de la mitad de los padres respondió que el tratamiento psicológico es la intervención más útil. Glass (2000) examinó las estrategias usadas por maestros de escuelas públicas y privadas en función de su edad (i.e., de 20 años o menos, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y de 51 años o más) para trabajar con niños etiquetados con TDAH. Reportó que los maestros de mayor edad y experiencia docente utilizaban con más frecuencia estrategias positivas comparadas con los maestros más jóvenes y con menos años de práctica docente. La diferencia más notable fue entre los maestros más jóvenes (de 30 o menos) y los de mayor edad (mayores de 50 años), siendo que éstos últimos fueron más tolerantes que los jóvenes hacia la emisión de ciertas conductas y para considerarlas como normales. El autor sugirió que los maestros se vuelven más flexibles conforme ganan experiencia docente, mientras que los más jóvenes son más rígidos respecto a su tolerancia y a las estrategias que utilizan en el salón de clases.

En suma, los estudios anteriores mostraron que la forma de juzgar la conducta de un niño como excesiva o deficitaria varía en función de la cultura a la que pertenece quien emite el juicio. También se ha encontrado que personas de una misma cultura juzgan una misma conducta como normal o bien como deficitaria o excesiva en función del subgrupo al que pertenecen. Las características sociodemográficas de quien juzga, así como ciertas variables situacionales como el grado escolar en el que enseña un maestro, el tamaño del grupo que atiende y el tipo de escuela en la que trabaja influyen sobre cómo se juzga una misma conducta infantil. También se ha documentado que la información que los maestros y padres tienen respecto al TDAH y las causas que le atribuyen influyen en cómo juzgan una conducta y en cómo tratarían a un niño con dicha etiqueta.

De acuerdo con Kleinman (1987) antes de definir una conducta como excesiva o deficitaria, es necesario definir lo que es considerado como conducta “normal” o “anormal” en cada cultura. Baer y Rosales-Ruiz (1998) señalaron que el estudio del desarrollo debería centrarse en la conducta de quién enseña. En el caso del TDAH, se debería estudiar la conducta de quienes deciden que la conducta del niño es anormal, más que en la conducta del niño. En consecuencia, es necesario determinar si maestros de primaria juzgan la misma conducta de un niño emitida en un mismo contexto de manera similar y si dicho juicio varía en función de sus características sociodemográficas como su sexo, edad y nivel socioeconómico y de variables situacionales como el grado en el que enseñan, el tamaño del grupo que atienden y el tipo de escuela en la que trabajan.

Considerar el impacto que tiene la cultura sobre la frecuencia “normal” de emisión de las conductas características del TDAH en un contexto específico es muy importante debido a que,

comparado con las enfermedades físicas cuyo diagnóstico se confirma con una prueba médica, los problemas conductuales infantiles como el TDAH son constructos sociales (cf. Hackett & Hackett, 1993). Dado que quien es etiquetado con TDAH depende del juicio social de los maestros, que pertenecen a una cultura y a un subgrupo social específicos, es necesario considerar los factores culturales que están relacionados con etiquetar a un niño con TDAH (cf. Havey et al., 2005; Lee, 2008; Lee & Neuharth-Pritchett, 2008).

Si bien existe evidencia de que las normas culturales influyen en cuáles conductas son juzgadas por un maestro como anormales, no existen estudios en los que se haya averiguado con qué frecuencia un niño “normal” emite las conductas características del TDAH. Sólo estableciendo la frecuencia “normal” de emisión de las conductas será posible averiguar qué es lo que un maestro considera una frecuencia “anormal”. Como se mencionó antes, el etiquetamiento de TDAH depende en gran medida del juicio de los maestros. Dado que el contexto en el que se emite una conducta determina que sea juzgada como normal o anormal, es importante delimitar un contexto específico para poder comparar los juicios de los maestros. A diferencia de los padres que observan la conducta de sus hijos en diferentes contextos, los maestros observan la conducta de sus estudiantes en un mismo contexto, en la escuela y durante las horas de clase.

### **Propósito del Estudio**

El propósito principal del estudio fue averiguar la influencia del sexo, la edad y el nivel socioeconómico de maestros de primaria, así como del grado de primaria en el que enseñaban, el tipo de escuela, pública o privada, en la que trabajaban y el tamaño del grupo que atendían, sobre la frecuencia con que consideran que los niños de primaria “normales” emiten conductas de



atención, actividad y reflexión en un contexto específico, es decir, en el salón de clases durante las horas de clase. Un segundo propósito fue averiguar la influencia de las mismas variables sociodemográficas y situacionales sobre el conocimiento que tienen los maestros de primaria sobre el TDAH, las conductas que esperan que un niño con dicha etiqueta emita dentro del salón de clases y cómo tratarían a ese niño.

## **Método**

### **Participantes**

Participaron voluntariamente 691 maestros que enseñaban en alguno de los seis grados de primaria en 64 diferentes escuelas del Distrito Federal. La gran mayoría de los participantes (74.2%) fueron mujeres y sólo el 25.0% fueron hombres. La edad promedio de los maestros fue de 40 años y varió entre 22 y 70 años. Se formaron arbitrariamente dos grupos conforme la edad de los maestros, jóvenes (i.e., entre 22 y 42 años) y adultos (i.e., de 43 a 70 años). El ingreso familiar mensual reportado por los maestros osciló entre \$1,000 y los \$30,000 pesos mexicanos, con un promedio de \$9,376. Se emplearon los criterios reportados por la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI, López Romo, 2006) para clasificar a los participantes en su respectiva clase social. Se clasificó como de clase baja a quienes reportaron un ingreso familiar mensual de hasta \$10,000 y como de clase media a quienes reportaron un ingreso familiar mensual entre \$10,001 y \$30,000 pesos mexicanos. No se contó con maestros de clase alta, ya que ninguno reportó un ingreso superior a los \$30,000 pesos. Aproximadamente un tercio de los maestros estaba a cargo de grupos de primero y segundo de primaria, de tercero y cuarto o de quinto y sexto. El tamaño de los grupos que atendían los maestros varió entre tres y 60 alumnos, con una media de 32 niños. Dado que el número de

estudiantes varió considerablemente, se formaron tres grupos conforme los percentiles 33 y 66: pequeño (i.e., entre tres y 29 alumnos), mediano (i.e., entre 30 y 38 alumnos) y grande (i.e., entre 39 y 60 alumnos). Del total de maestros participantes, el 78.5% laboraba en escuelas primarias públicas y el 21.5% en escuelas privadas. En la Tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los 691 maestros y el número de éstos en función del grado escolar y tamaño del grupo que atendían. Los datos están organizados en la tabla en función del tipo de escuela (pública o privada) en la que enseñaban los maestros.

Tabla 2

Número y porcentaje de maestros de escuelas públicas y privadas que participaron en el estudio conforme sus características sociodemográficas y conforme el grado y el tamaño del grupo que atendían.

		Tipo de Escuela				Total N
		Pública		Privada		
		N	%	N	%	
<b>Características Sociodemográficas</b>						
Sexo	Mujeres	393	72.5	120	80.5	513
	Hombres	143	26.4	29	19.5	172
	Sin dato	6	1.1	0	0	6
Edad	Jóvenes	265	48.9	72	48.3	337
	Adultos	249	45.9	68	45.6	317
	Sin dato	28	5.2	9	6.1	37
Clase social	Baja	320	59.0	80	53.7	400
	Media	171	31.5	35	23.5	206
	Sin dato	51	9.5	34	22.8	85
<b>Variables Situacionales</b>						
Grado escolar	Primero-Segundo	183	33.8	51	34.2	234
	Tercero-Cuarto	182	33.6	46	30.9	228
	Quinto-Sexto	177	32.6	52	34.9	229
Tamaño del grupo	Pequeño	131	24.1	99	66.4	230
	Mediano	227	41.9	39	26.2	266
	Grande	183	33.8	8	5.4	191
	Sin dato	1	.2	3	2	4

## **Instrumentos**

Cuestionario para Maestros. Este cuestionario se elaboró ex profeso para responder las preguntas de investigación e incluyó cuatro secciones. La primera pidió a los maestros información sobre su sexo, edad, ingreso familiar mensual, grado escolar en el que se enseñaban, número de alumnos en su grupo y tipo de escuela en la que trabajaban. En la segunda sección se incluyeron dos preguntas abiertas. Las preguntas pidieron a los maestros escribir las conductas de atención, actividad y reflexión que consideraban apropiadas (primera pregunta) e inapropiadas (segunda pregunta) para que un niño de primaria emitiera durante las horas de clase. En la tercera sección se enlistaron las conductas incluidas en el DSM-IV que se emplean para etiquetar a un niño con TDAH. Si bien el DSM-IV utiliza 18 criterios para etiquetar el TDAH, los maestros evaluaron 19 conductas que fueron el resultado de dividir uno de los criterios del DSM-IV en dos comportamientos separados (no presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuido en tareas escolares). Se obtuvo el promedio de la frecuencia de estas dos conductas para mantener un análisis comparativo con las 18 conductas criterio que establece el DSM-IV. La redacción de las conductas se modificó para que no implicaran frecuencia de ocurrencia (i.e., se eliminó “a menudo” con lo que inicia cada aseveración en el DSM-IV) y se redactaron algunas en el positivo y otras en el negativo. Por ejemplo, la afirmación “a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes” se modificó a “no se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes” o la aseveración “a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente” se modificó a “parece escuchar cuando se le habla directamente”. Se determinó al azar el orden de presentación de las 19 conductas en la lista. La tarea de los maestros consistió en juzgar en una escala de frecuencia del 0 (nunca) al 3 (muy frecuentemente), la frecuencia con la que

consideraban que un niño de primaria promedio emite cada conducta durante las horas de clase. Con el fin de determinar numéricamente el significado de emitir una conducta con cierta frecuencia, se pidió a los maestros señalar cuántas veces durante una clase de cierta duración (especificada por los propios maestros), los niños emitían una conducta con una frecuencia de algunas veces y frecuentemente. En la cuarta y última sección se incluyeron tres preguntas con formato de respuesta abierta. La primera pregunta pidió a los maestros señalar si sabían o no en qué consiste el TDAH y, en caso, afirmativo, escribir en qué consiste. La segunda pregunta pidió a los maestros escribir las conductas que creían que emitiría en clase un niño etiquetado con TDAH. La tercera pregunta pidió escribir la forma en la cual tratarían a uno de sus alumnos con TDAH. Las instrucciones del cuestionario especificaban que debía responderse considerando a niños de primero y segundo, de tercero y cuarto o de quinto y sexto. A no ser por este detalle, el cuestionario fue idéntico para todos los maestros. Es importante mencionar que debido a que las conductas apropiadas de atención, actividad y reflexión que emiten los niños pueden variar conforme el grado escolar que cursen, cada maestro respondió el cuestionario en relación con el grado escolar de los niños del que estaba encargado. El cuestionario utilizado en el presente estudio se muestra en el Apéndice A. En este apéndice se muestra como ejemplo el cuestionario que contiene instrucciones para niños de primero y segundo de primaria, pero en la investigación se utilizaron también cuestionarios que especificaban que eran para evaluar a niños de tercero y cuarto o de quinto y sexto. Las respuestas de los maestros a las 19 conductas tuvieron una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = .93), lo que mostró la confiabilidad del cuestionario utilizado.

## **Procedimiento**

Se acudió con las autoridades escolares y se solicitó por escrito el permiso para invitar a los profesores a colaborar en la investigación. Se entregó a las autoridades un oficio en el que se especificó el propósito del estudio fue conocer la opinión de maestros de primaria sobre la definición de conductas normales y anormales considerando a niños de primero a sexto grado de primaria, así como también conocer la forma en que los maestros evaluaban algunas conductas infantiles características del TDAH. El investigador se entrevistó con las autoridades escolares para profundizar sobre el motivo del estudio, señalar el tiempo que tomaría aplicar el cuestionario, fijar una fecha conveniente para su aplicación y resolver cualquier duda. El investigador mencionó estar dispuesto a dar una conferencia sobre el tema de TDAH después de que los maestros hubieran respondido el cuestionario. Además, ofreció presentar los resultados de la investigación en otra conferencia futura y entregarles cualquier trabajo escrito producto de la investigación. Una vez que las autoridades dieron permiso, se acudió en el día y hora acordada a una junta de profesores y se procedió a solicitar verbalmente la colaboración voluntaria de los maestros de primaria.

Antes de aplicar el cuestionario el investigador informó verbalmente a los maestros el objetivo de la investigación. Aunque en las instrucciones del cuestionario se especificó el anonimato y confidencialidad de las respuestas, el investigador se lo reiteró verbalmente a los maestros. También les reiteró que su participación era absolutamente voluntaria. El investigador preguntó verbalmente a cada maestro el grado en que estaba enseñando y le entregó a cada uno el cuestionario que incluía las instrucciones para juzgar a niños del grado correspondiente (i.e., primero-segundo, tercero-cuarto o quinto-sexto). El investigador permaneció en el salón en el

que se encontraban los maestros durante el tiempo necesario (aproximadamente 30 minutos) que tardaron en responder el cuestionario y aclaró cualquier duda respecto a cómo responderlo. Al final de las aplicaciones se agradeció a los maestros su participación y se les preguntó si estarían interesados en que el investigador regresara a dar un par de conferencias, tal y como se ofreció a las autoridades escolares en el oficio escrito. En los casos en los que la respuesta fue afirmativa, se programó una fecha futura próxima para la primera conferencia sobre el tema del TDAH y sobre el proyecto de investigación. Se especificó que la segunda conferencia sólo se podría dar al finalizar la investigación, lo cual tomaría un par de años y que el investigador visitaría las escuelas cuando esto sucediera para programar la fecha de la segunda conferencia en la que se presentarían los resultados obtenidos.

## **Resultados**

### **Frecuencia de emisión de conductas características de TDAH en el salón de clases**

El propósito principal del estudio fue averiguar la influencia del sexo, la edad y el nivel socioeconómico de maestros de primaria, así como del grado de primaria en el que enseñaban, el tipo de escuela, pública o privada, en la que trabajaban y el tamaño del grupo que atendían sobre la frecuencia con la que consideraban que los niños de primaria “normales” o promedio emiten conductas de atención, actividad y reflexión dentro del salón de clases.

De acuerdo con los criterios del DSM-IV, para que un niño sea etiquetado con TDAH debe emitir por lo menos seis de 18 conductas “a menudo”. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española (2001), la definición de a menudo es muchas veces, frecuentemente y con continuación. Considerando esta definición, el resultado más importante del presente estudio

corresponde a los juicios de los maestros sobre la emisión de las conductas frecuente o muy frecuentemente en el salón de clases por parte de un niño promedio. Un primer hallazgo importante fue que el 44.3% de la muestra consideró que un niño “normal” emite frecuente o muy frecuentemente seis o más de las 18 conductas en el salón de clases. Además un 89% de los maestros consideró que un niño normal emite por lo menos una de las 18 conductas frecuente o muy frecuentemente en el salón de clases. Conforme a la opinión de los 691 maestros participantes en el estudio, algunas veces se refiere a la emisión de una conducta cuatro veces en promedio en una hora (D. E. = 1), mientras que frecuentemente se refiere a la emisión de una conducta ocho veces en promedio en una hora (D. E. = 2).

Además de juzgar la frecuencia “normal” de ocurrencia de las conductas incluidas en el DSM-IV que sirven para etiquetar a un niño con TDAH, se pidió a los maestros escribir las conductas de atención, actividad y reflexión que en su opinión era inapropiado y apropiado emitir durante las horas de clase. Esto se hizo con el fin de determinar cuáles conductas los podrían conducir a etiquetar a un niño con TDAH y comparar si coincidían con las incluidas en el DSM-IV. Para clasificar las respuestas de los maestros, se empleó una técnica de análisis de contenido (Klippendorff, 1990), que consistió en listar todas las diferentes respuestas y agruparlas conforme a categorías que incluyeran conductas que hacían referencia a un mismo aspecto. Dos jueces independientes emplearon la técnica de análisis de contenido y acordaron en el 85% de las conductas incluidas en cada categoría. Con las 6,949 respuestas que dieron los maestros, se crearon 144 categorías y seis jueces independientes, diferentes de los que las crearon, señalaron si cada conducta era o no directamente observable y si hacía referencia a una conducta de atención, de actividad, de reflexión o a alguna otra conducta no perteneciente a las tres anteriores. La confiabilidad entre pares de jueces varió entre 24% y 94%. Esta variabilidad se debió

principalmente a que las respuestas de los maestros tendieron a ser muy ambiguas y a que la mayoría hacía referencia a conductas no directamente observables. Los resultados que se presentan a continuación, corresponden al par de jueces que tuvo el mayor grado de acuerdo. Con fines de claridad, se mostrarán los resultados encontrados considerando por separado la influencia de cada una de las variables sociodemográficas y situacionales.

### **Características Sociodemográficas.**

En la Figura 1 se muestra el porcentaje promedio del total de hombres y de mujeres, de jóvenes (i. e., de entre 22 y 42 años) y de adultos (i. e., de 43 a 70 años) y de maestros de clase baja (i.e., ingreso mensual de hasta \$10,000 pesos) y media (i. e., ingreso mensual entre \$10,001 y \$30,000 pesos) que consideró que era normal que un niño emitiera frecuente o muy frecuentemente en el salón de clases en conjunto las nueve conductas de inatención, las seis de hiperactividad y las tres de impulsividad.

Independientemente de las características sociodemográficas de los maestros, más de un 30% y hasta un 43% juzgó como apropiado que los niños emitan las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad del DSM-IV frecuente o muy frecuentemente en el salón de clases. En las tres escalas, el porcentaje de hombres siempre fue mayor al de las mujeres y el de los adultos mayor que el de los jóvenes. Relativo a la clase social, mientras que el porcentaje de maestros de clase baja fue mayor que los otros dos grupos en las conductas de inatención e hiperactividad, los maestros de clase media superaron ligeramente a sus contrapartes en la escala de impulsividad.



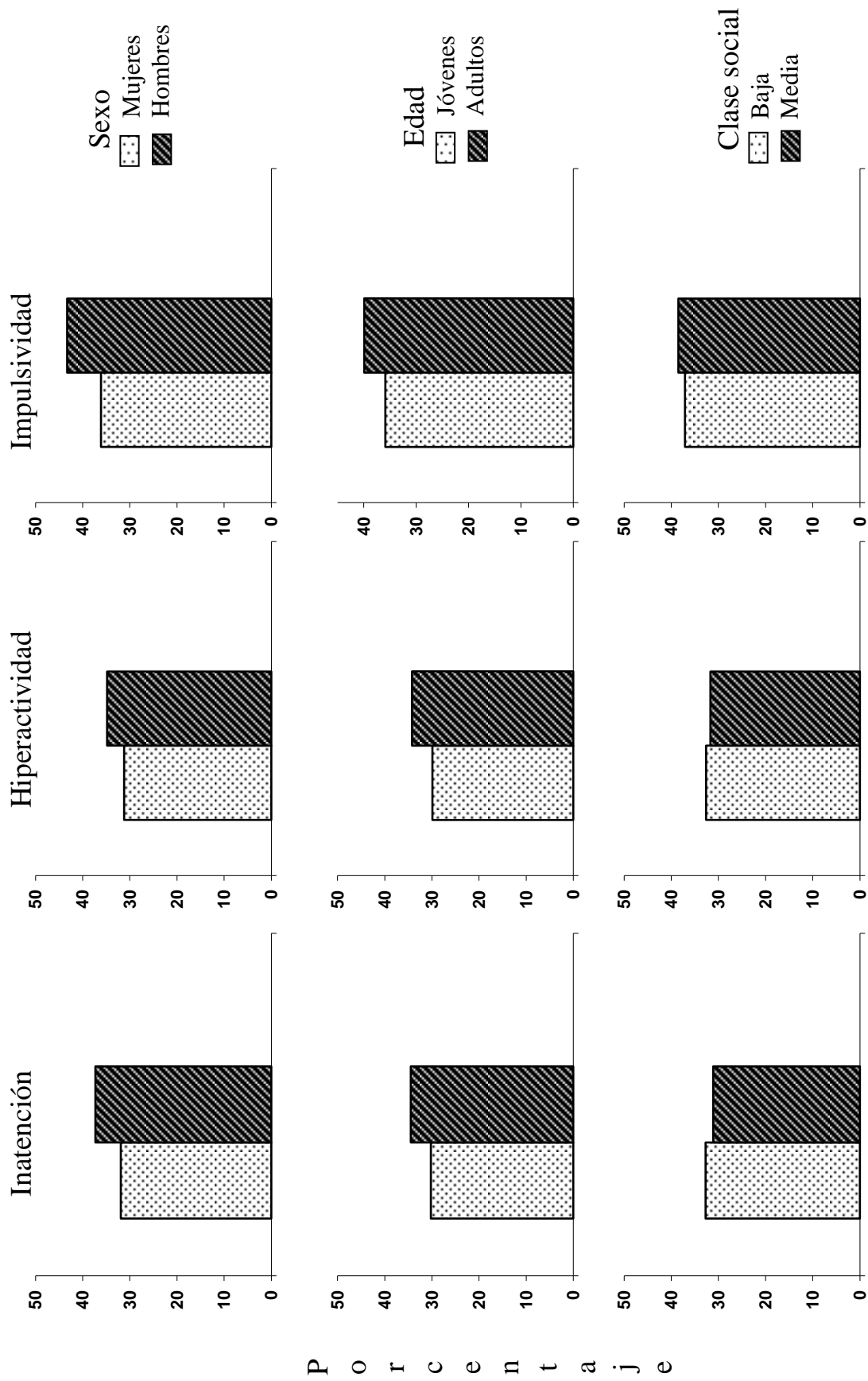


Figura 1. Porcentaje promedio de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de las conductas características del TDAH en el salón de clases.

En la Figura 2 se muestra el porcentaje total de maestros conforme su sexo, edad y clase social que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente en el salón de clases de cada una de las nueve conductas de inatención, de las seis de hiperactividad y de las tres de impulsividad del DSM-IV. Notablemente, en el caso de las 18 conductas el porcentaje de hombres y en 17 conductas el de los adultos fue mayor que el de las mujeres y de los jóvenes, respectivamente. Relativo a la clase social, en la mayoría de las conductas (i.e., 14 de 18) un porcentaje mayor de maestros de clase baja consideró que era normal su emisión frecuente o muy frecuentemente en el salón de clases comparados con los de clase media. Un aspecto a destacar de estos resultados es la consistencia de los maestros hombres, de los adultos y de los de clase social baja a considerar que es normal la ocurrencia frecuente en el salón de clases de todas o de la gran mayoría de las 18 conductas que caracterizan al TDAH. Empleando los coeficientes del binomio se encontró que la probabilidad de que los hombres, los adultos y los maestros de clase social baja juzgaran como normal la emisión frecuente de todas o de la inmensa mayoría de las conductas fue muy baja ( $p = .000004$ ,  $p = .00007$  y  $p = .05$ , respectivamente). Se comprobó también mediante coeficientes de concordancia de Kendall que la tendencia de los hombres, de los adultos y de los de clase social baja a ser más tolerantes que sus contrapartes no se debió al azar  $W = 1.0$ ,  $X^2(1) = 18$ ,  $p < .005$ ,  $W = .735$ ,  $X^2(1) = 13.24$ ,  $p < .005$ ,  $W = .309$ ,  $X^2(2) = 5.56$ ,  $p < .05$ , respectivamente.

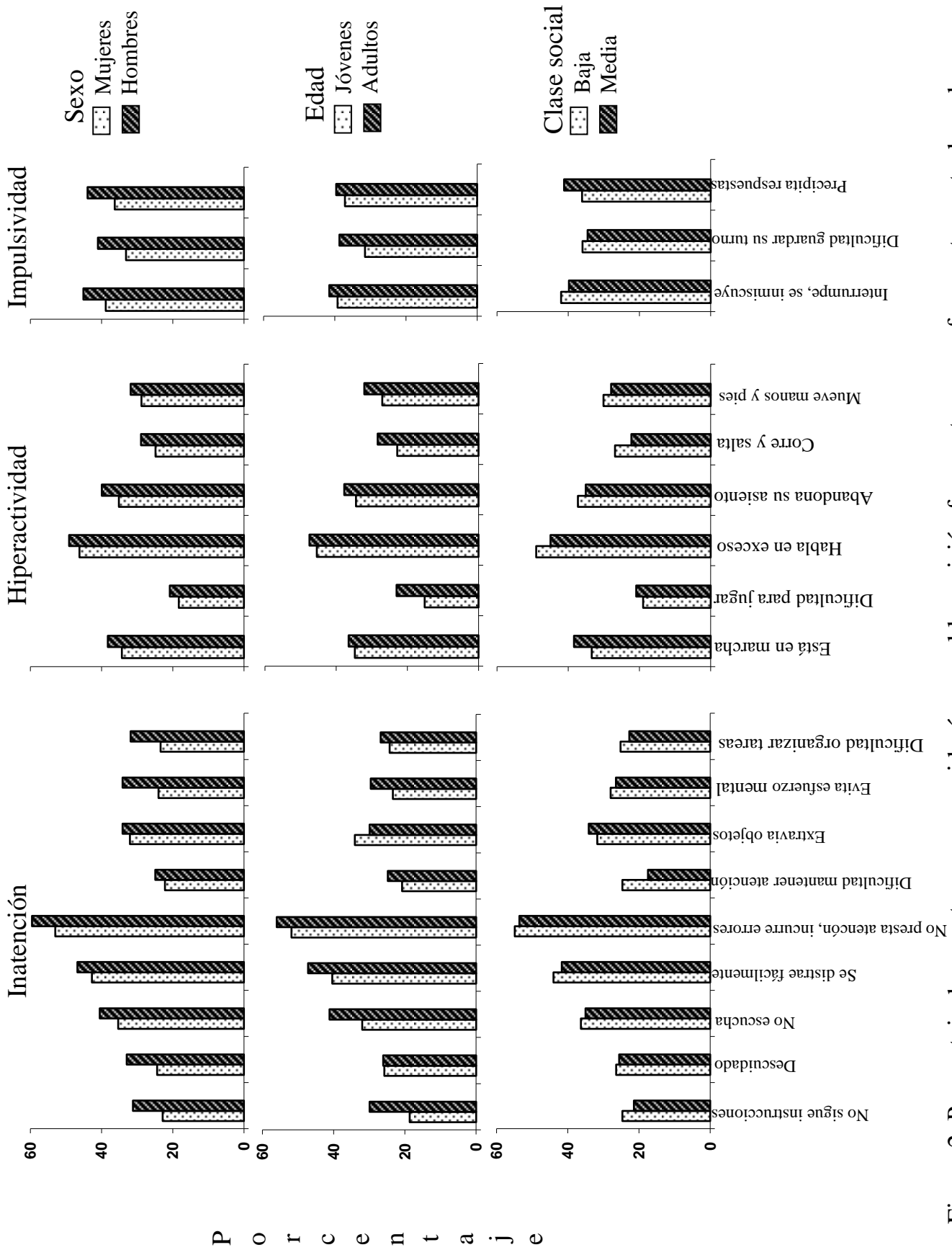


Figura 2. Porcentaje de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de cada una de las 18 conductas del TDAH de acuerdo con sus características sociodemográficas.

En la Figura 3 se muestran las medias de la frecuencia de emisión de las 18 conductas características del TDAH conforme el juicio de los maestros en función de su sexo, edad y clase social. También se muestran las desviaciones estándar correspondientes a cada media. Es importante hacer notar que las desviaciones estándar fueron muy altas, debido a la gran cantidad de maestros que juzgó que una o más conductas ocurrían frecuente o muy frecuentemente. La magnitud de las desviaciones estándar mostró que la estadística paramétrica no era apropiada para analizar los datos. Mediante pruebas no paramétricas de reacciones extremas de Moses, se encontró que hubo diferencias significativas en cómo mujeres y hombres, jóvenes y adultos y maestros de clase social baja y media juzgaron la ocurrencia de la inmensa mayoría de las conductas. En la figura se señala con un asterisco las conductas en las que se encontraron diferencias significativas.

Independientemente de las conductas en la que hubo una diferencia confiable, lo más importante a destacar de los datos presentados en la Figura 3 es que la magnitud de las medias replicó la tendencia mostrada en la Figura 2 de los hombres, de los adultos y los de clase social baja a ser más tolerantes que sus contrapartes respecto a considerar normal la emisión de las conductas características del TDAH durante las horas de clase.

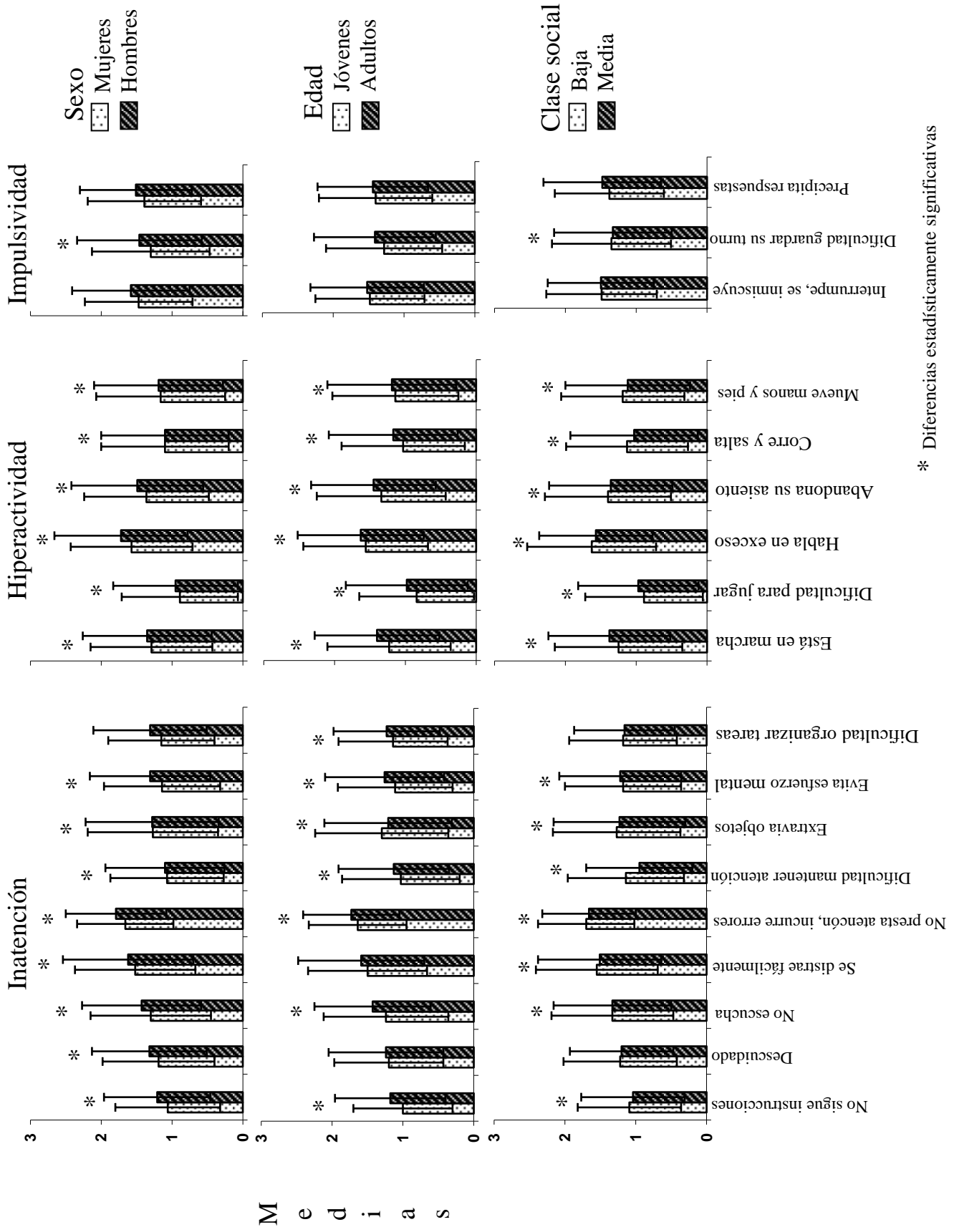


Figura 3. Medias y desviaciones estándar de frecuencia de emisión de las 18 conductas de TDAH de acuerdo con las características sociodemográficas de los maestros.

En la Figura 4 se muestra el porcentaje de respuestas observables y no observables, inapropiadas y apropiadas que dieron los maestros. Como se puede observar en la figura, la gran mayoría de las respuestas que dieron los maestros tanto de conductas inapropiadas como apropiadas fueron clasificadas por lo jueces como no observables, el 60.8% y el 81.8% respectivamente. En cambio fue menor el porcentaje de respuestas inapropiadas y apropiadas observables que dieron los maestros, 39.2% y 18.2% respectivamente.

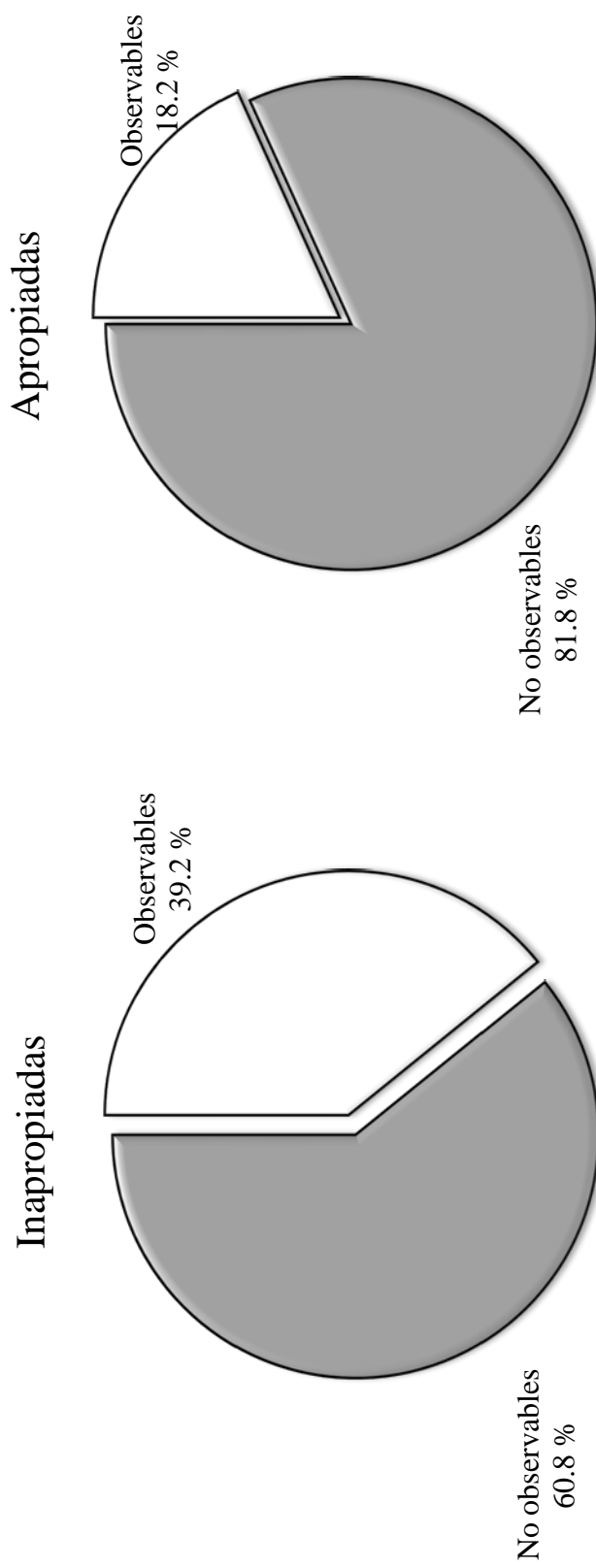


Figura 4. Porcentajes de conductas observables y no observables, inapropiadas y apropiadas reportadas por los maestros que en su opinión emite un niño promedio en el salón de clases.

En la Tabla 3 se muestran las categorías de conductas inapropiadas y apropiadas de atención, actividad y reflexión, que fueron similares a las listadas en el DSM-IV, mencionadas por un 5% o más de los maestros conforme a su sexo, edad y clase social. Las categorías se encuentran divididas en las que agruparon conductas observables y no observables. Se incluyen ambas, las conductas observables y las no observables mencionadas por los maestros, dado que los criterios del DSM-IV para etiquetar a un niño con TDAH hacen referencia a la emisión de conductas supuestamente inapropiadas e incluye ambas, conductas directamente observables (e.g., abandona su asiento en clase) y no observables (e.g., parece no escuchar cuando se le habla). En la tabla se encuentran señalados con negritas los porcentajes más altos. A pesar de que es imposible saber a qué conductas específicas hacen referencia las respuestas ambiguas de los maestros, también es imposible saber a qué conducta específica hacen referencia algunos de los criterios del DSM-IV para etiquetar a un niño con TDAH. No obstante, permiten realizar una comparación respecto a si los maestros y el DSM-IV comparten ciertos conceptos abstractos sobre las conductas que emiten los niños.

Los maestros en general coincidieron con los criterios del DSM-IV en que es inapropiado que un niño de primaria emita cuatro conductas de inatención (dos observables, no concluye con los trabajos escolares y no sigue instrucciones; y dos no observables, es distraído y pone poca atención en clase). También coincidieron con el DSM-IV respecto a lo inapropiado de emitir tres conductas observables de actividad (platica con sus compañeros, se levanta y permanece fuera de su lugar y está moviendo brazos y piernas) y una de falta de reflexión (hablar sin esperar su turno interrumpiendo). Las mujeres, los jóvenes y los maestros de clase media tendieron a coincidir en mayor grado con los criterios del DSM-IV que sus contrapartes, en seis, cinco y cinco de las ocho conductas mencionadas, respectivamente.





Relativo a las conductas apropiadas, es importante mencionar que curiosamente todos los maestros, aunque en una mayor proporción las mujeres, los jóvenes y de los clase social baja, mencionó que ciertas conductas observables consideradas como inapropiadas en el DSM-IV como platicar con los compañeros de clase y no observable como poner poca atención en la clase son conductas apropiadas y esperables en el salón de clase. Además se encontró que las mujeres, los adultos y los profesores de clase social baja coincidieron en mayor grado que sus contrapartes con el DSM-IV respecto a que lo apropiado para un niño promedio durante las clases es que emita las conductas las listadas ahí, como por ejemplo que siga instrucciones, que termine los trabajos, que esté en silencio y sentado correctamente y que levante la mano para pedir la palabra.

Además de las conductas similares a las incluidas en el DSM-IV, los maestros también mencionaron otras conductas de atención, de actividad y de reflexión que consideran inapropiadas y apropiadas dentro del salón de clases. En la Tabla 4 se muestran dichas conductas en función de las características sociodemográficas de los maestros.

Tabla 4

Conductas de atención, actividad, reflexión diferentes a los criterios del DSM-IV mencionadas por el 5% o más de los profesores de acuerdo con sus características sociodemográficas.

Conductas inapropiadas	Sexo		Edad		Clase social		Sexo		Edad		Clase social		
	M	H	J	A	B	M	M	H	J	A	B	M	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Observables													
No realiza las actividades académicas	<b>9.5</b>	8.1	8.0	9.4	7.9	8.1	Realiza las actividades académicas	<b>20.8</b>	15.7	<b>20.4</b>	16.0	<b>17.7</b>	15.7
No observables													
No trabaja	<b>11.3</b>	9.9	<b>12.1</b>	9.4	<b>13.2</b>	11.0	Trabaja dentro del salón	<b>18.6</b>	18.0	16.6	16.6	16.2	14.7
No participa en clase	8.7	<b>13.0</b>	<b>11.2</b>	9.3	10.8	8.6	Participa en las actividades	<b>36.5</b>	32.0	32.5	<b>34.8</b>	31.4	<b>37.6</b>
No cumple con los trabajos y tareas	<b>7.6</b>	7.0	<b>8.5</b>	5.6	<b>10.8</b>	5.2	Cumple con los trabajos y tareas	<b>9.7</b>	8.7	8.6	9.7	<b>9.8</b>	9.5
Es desordenado en actividades	<b>5.2</b>	-	-	<b>5.6</b>	<b>7.9</b>	-	Mantiene un orden en su actividad	<b>8.5</b>	7.0	<b>7.7</b>	6.9	<b>7.9</b>	7.6
							Escucha al profesor	<b>11.8</b>	10.5	<b>11.8</b>	9.7	9.3	<b>11.9</b>
							Está concentrado	-	-	-	-	<b>6.4</b>	-
Observables							Actividad						
Se sale del salón	<b>6.4</b>	-	5.6	5.6	5.4	-							
No observables													
Juega	<b>19.4</b>	17.0	16.9	<b>18.2</b>	<b>20.6</b>	19.0	Juega	<b>5.2</b>	-	<b>5.0</b>	-	-	-
Es inquieto	<b>8.9</b>	8.7	7.4	<b>9.7</b>	8.3	<b>10.5</b>	Es inquieto	<b>5.8</b>	-	<b>5.6</b>	-	<b>5.4</b>	-
							Reflexión						
Observables													
Responde, comenta o pregunta cosas que no están relacionadas con el tema	<b>5.6</b>	2.9	<b>7.2</b>	-	-	-	Hace preguntas, comentarios y opina sobre el tema de clase	<b>28.4</b>	18.6	<b>26.1</b>	11.3	<b>24.5</b>	23.9
No observables													
No entiende, no analiza, no piensa	<b>8.0</b>	7.6	7.1	<b>9.1</b>	5.9	7.6	Razona, reflexiona, analiza	<b>20.0</b>	19.2	<b>20.7</b>	16.9	12.3	18.2
							Otras conductas						
Observables													
Golpea a sus compañeros	<b>8.9</b>	-	7.1	<b>8.5</b>	<b>8.3</b>	7.6							
Grita durante la clase	5.6	<b>5.8</b>	<b>7.1</b>	-	6.4	-							
No observables													
Falta de respeto a compañeros	<b>15.0</b>	14.0	12.4	<b>14.4</b>	11.3	11.9	Es respetuoso	18.3	<b>18.6</b>	16.9	<b>18.2</b>	<b>18.2</b>	17.7
Muestra falta de interés por la clase	13.0	13.0	10.9	<b>11.3</b>	8.8	9.6	Muestra interés en clase	<b>10.5</b>	8.7	<b>10.7</b>	9.7	10.3	6.7
Es agresivo con sus compañeros	11.8	<b>15.0</b>	10.9	<b>12.9</b>	<b>13.7</b>	12.4	Esta integrado al grupo, interactúa	5.8	<b>9.3</b>	6.5	<b>6.6</b>	<b>7.8</b>	6.2
Molesta a sus compañeros	9.1	<b>9.9</b>	8.9	<b>9.4</b>	<b>10.8</b>	8.1	Es responsable	-	-	-	<b>5.6</b>	-	-
							Muestra disposición	-	-	-	-	-	<b>5.2</b>

Notas: Porcentajes más altos aparecen en negritas. M = Mujeres, H = Hombres, J = Jóvenes, A = Adultos, B = Clase baja, M = Clase media. El signo - indica que la conducta no alcanzó el 5% de mención.

Una de las conductas inapropiadas más mencionada por todos los maestros fue de actividad no observable, jugar. Notablemente otra de las conductas inapropiadas no observables que los maestros reportaron frecuentemente y que no hace referencia a atención, actividad o reflexión fue faltarle el respeto al maestro o a los compañeros. Una mayor proporción de mujeres, adultos y de clase media dio este tipo de respuestas comparados con los hombres, los jóvenes y los de clase social baja. Curiosamente, una mayor proporción de mujeres, de jóvenes y de maestros de clase baja, que sus contrapartes mencionó que jugar y estar inquieto en la clase eran conductas apropiadas. Otras conductas apropiadas de atención y reflexión mencionadas en mayor proporción por las mujeres, adultos y maestros de clase social baja fueron que un niño participe y realice las actividades escolares, haga preguntas y comentarios relacionados con el tema. Sin importar las características sociodemográficas de los profesores, una conducta apropiada no observable que esperan de los niños es que sean respetuosos. En el Apéndice B se muestran las conductas de atención, actividad y reflexión, observables y no observables, que fueron mencionadas por menos del 5% de los maestros.

Los resultados respecto a las características sociodemográficas de los maestros, se pueden resumir diciendo que los hombres, los adultos y los maestros de clase social baja son más tolerantes que sus contrapartes respecto a la emisión frecuente de las conductas “inapropiadas” de los niños dentro del salón de clases. Por otro lado, las mujeres, los jóvenes y los maestros de clase social media tienden a coincidir en mayor grado que los hombres, los adultos y los de clase baja con los criterios del DSM-IV respecto a las conductas que consideran inapropiadas de los niños en el salón de clases.

### **Variables Situacionales.**

En la Figura 5 se muestra el porcentaje promedio del total de maestros que juzgó que un niño normal emite en conjunto las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad del DSM-IV frecuente o muy frecuentemente en el salón de clases, conforme el grado escolar en el que enseñaban (i.e., 1°-2°, 3°-4° o 5°-6°), el tamaño del grupo que atendían, (pequeño, entre 3 y 29 alumnos, mediano, entre 30 y 38 alumnos y grande, de 39 a 60 alumnos) y el tipo de escuela (pública o privada) en la que trabajaban. Independientemente de las variables situacionales, entre un 26% y hasta un 40% de los maestros consideró apropiado que los niños emitieran frecuente o muy frecuentemente las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad dentro del salón de clases. En el caso de las tres escalas, el porcentaje de maestros de 1°-2° fue mayor que el de los de 3°-4° y la proporción de éstos últimos a su vez fue mayor que la de los de 5°-6°. Relativo al tamaño del grupo, la proporción de maestros de grupos grandes fue la mayor, la de grupos medianos fue intermedia y la de grupos pequeños fue la más baja. Respecto al tipo de escuela, en los tres casos, el porcentaje de maestros de escuelas públicas fue mayor que el de escuelas privadas.

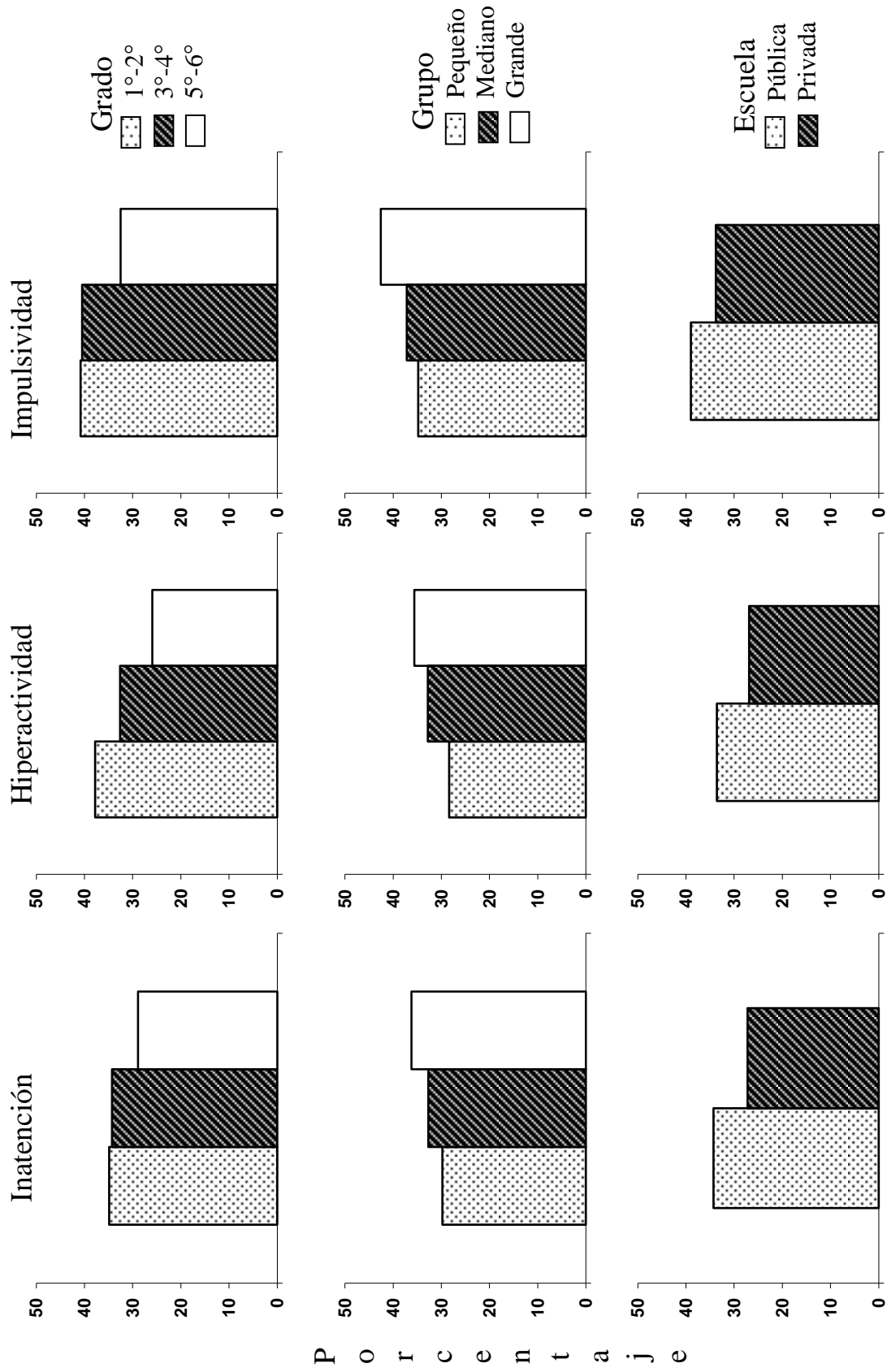


Figura 5. Porcentaje promedio de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de las conductas características del TDAH en función de las variables situacionales.

En la Figura 6 se muestra el porcentaje de maestros de acuerdo con el grado escolar y el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela en la que laboraban que juzgó apropiada la emisión de cada una de las nueve conductas de inatención, las seis de hiperactividad y las tres de impulsividad por parte de un niño normal en el salón de clases. Independientemente de las variables situacionales, hasta un 60% de los maestros consideró normal la emisión frecuente de varias conductas. Relativo al grado escolar, en la mayoría de los casos (i.e., en 15 conductas), la proporción de maestros de 1°-2° fue la mayor, la de los de 3° y 4° fue intermedia y la de 5° y 6° fue la menor. Además, en el caso de las 18 conductas, la proporción de maestros de 5°-6° fue menor que la de los grados inferiores. Respecto al tamaño del grupo, en 15 de las 18 conductas, la proporción de maestros de grupos pequeños fue menor que la de grupos medianos y ésta a su vez fue menor que la de maestros de grupos grandes. Relativo al tipo de escuela, en todos los casos la proporción de maestros de escuelas públicas fue mayor que la de los de escuelas privadas. Mediante coeficientes de concordancia de Kendall se confirmó que la tendencia de los maestros de 1° y 2°, de grupos pequeños y de escuelas públicas a ser más tolerantes que sus contrapartes no se debió al azar  $W = .824$ ,  $X^2(1) = 29.66$ ,  $p < .005$ ,  $W = .686$ ,  $X^2(1) = 24.70$ ,  $p < .005$ ,  $W = 1.0$ ,  $X^2(1) = 18$ ,  $p < .005$ , respectivamente.

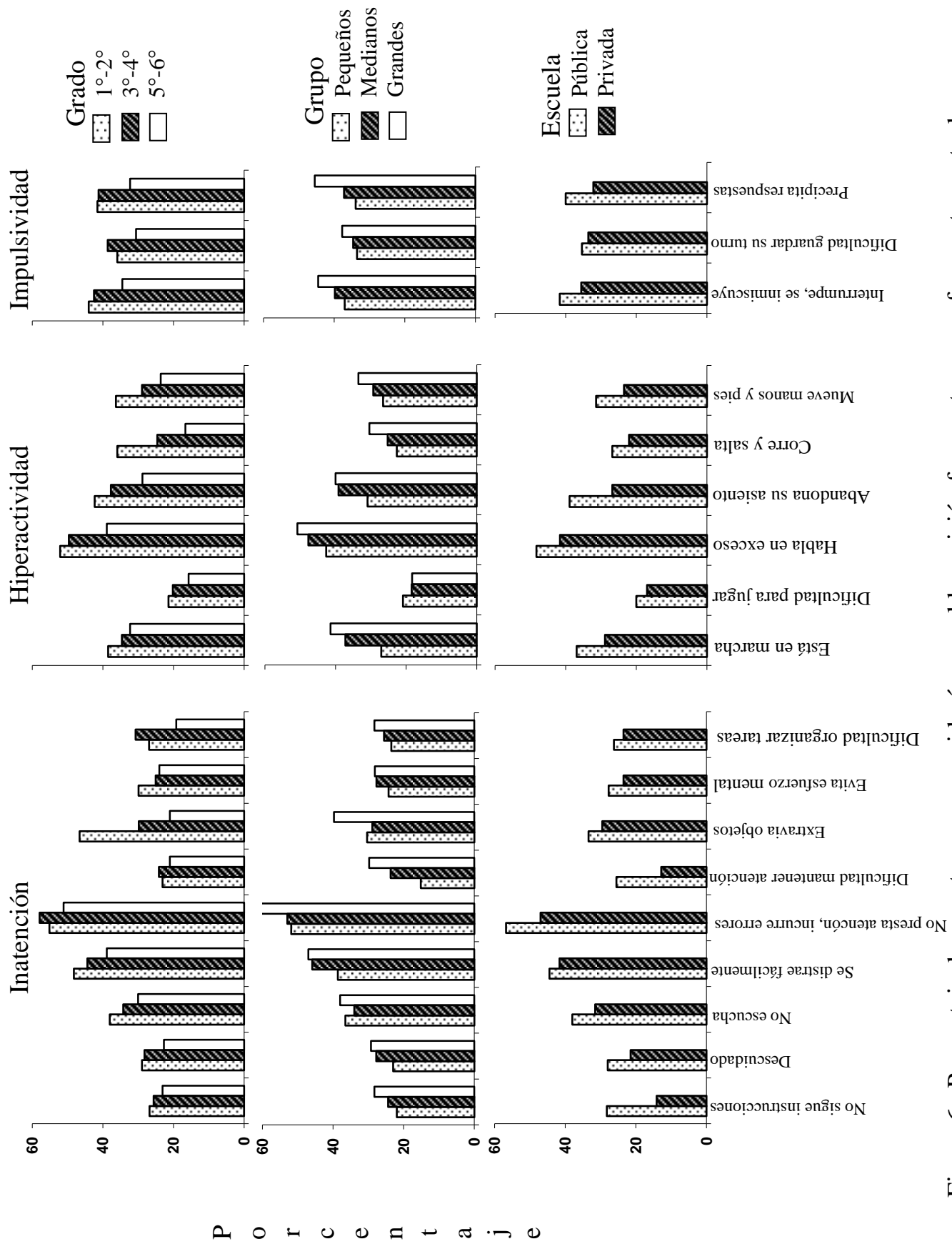
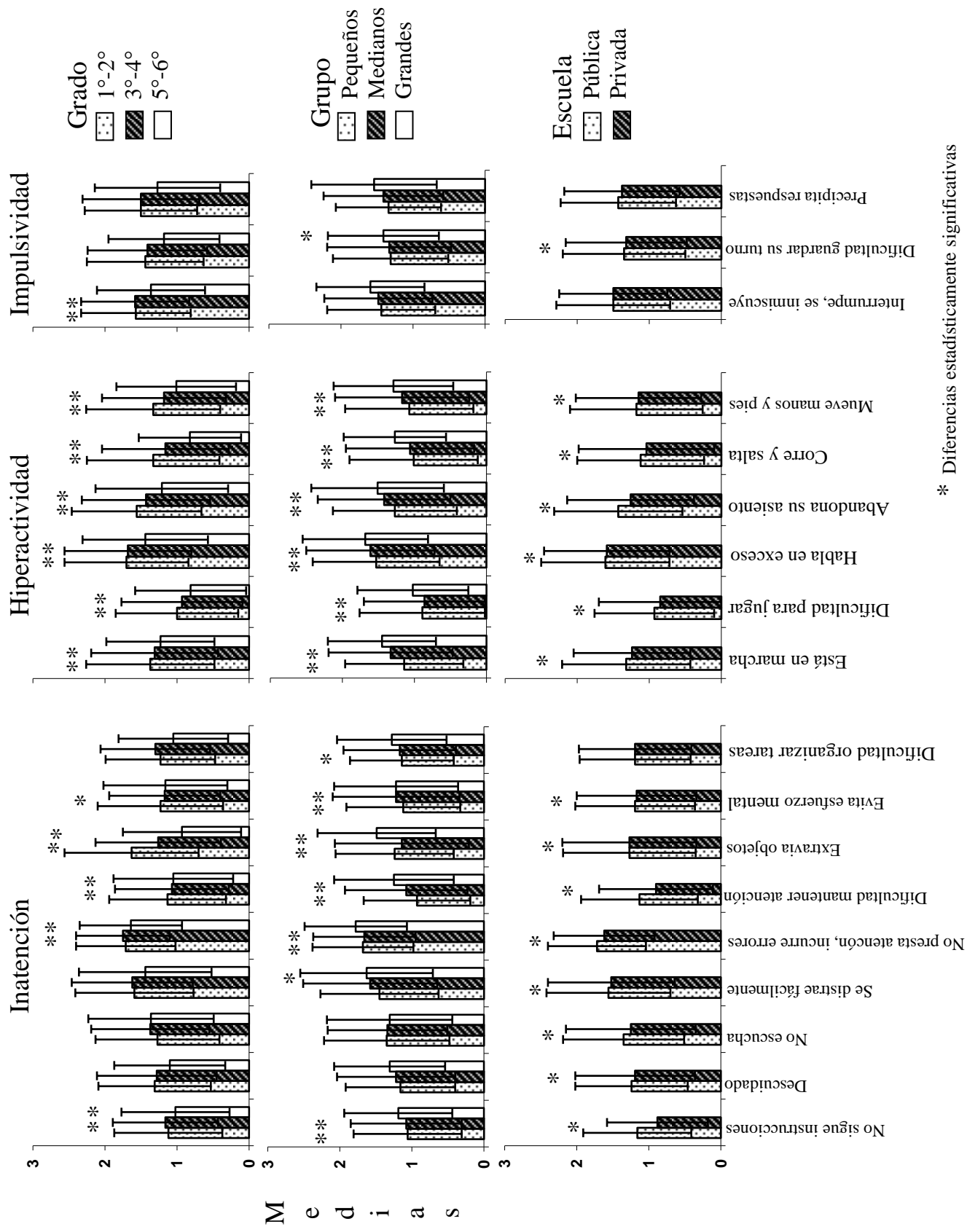


Figura 6. Porcentaje de maestros que consideró normal la emisión frecuente o muy frecuentemente de cada una de las 18 conductas del TDAH en función de las variables situacionales.



En la Figura 7 se presentan las medias (con sus respectivas desviaciones estándar) de frecuencia de emisión de cada una de las 18 conductas por parte de un niño normal en el salón de clases conforme el juicio de los maestros de primaria en función del grado en que enseñaban, del tamaño del grupo que atendían y del tipo de escuela en la que trabajaban. Se encontró que las desviaciones estándar fueron muy grandes. Mediante pruebas no paramétricas de reacciones extremas de Moses se encontró que hubo diferencias confiables entre los juicios de los maestros en la mayoría de las conductas. En el caso del grado escolar y del tamaño del grupo se hicieron comparaciones planeadas únicamente entre el primer y el segundo grupo y entre el segundo y el tercero. En la figura se señalan con asteriscos los pares que fueron significativamente diferentes. Independientemente de los pares específicos en los que se encontró una diferencia confiable, lo más importante de los datos mostrados en la figura es que la magnitud de las medias confirmó la tendencia de los maestros de 1° y 2°, de los de grupos grandes y de los de las escuelas públicas a juzgar en mayor grado que los demás que un niño normal emite frecuentemente en el salón de clases todas o la mayoría de las 18 conductas que caracterizan al TDAH.



\* Diferencias estadísticamente significativas

Figura 7. Medias y desviaciones estándar de frecuencia de emisión de las 18 conductas de TDAH en función de las variables situacionales.

En la Tabla 5 se presentan las conductas inapropiadas y apropiadas, observables y no observables, de atención, actividad y reflexión mencionadas por el 5% o más de los maestros que son similares a las listadas en el DSM-IV. Se muestran las conductas conforme el grado en el que enseñaban los maestros, el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela en la que trabajaban.

Independientemente de las variables situacionales, los maestros concordaron con el DSM-IV al considerar inapropiado que un niño emita en el salón de clases dos conductas observables de inatención (no concluye los trabajos y no sigue instrucciones) y dos no observables (es distraído y pone poca atención), tres observables de hiperactividad (platicar, levantarse de su lugar y estar en movimiento) y una observable de impulsividad (hablar interrumpiendo la clase). Una mayor proporción de maestros de los niños de 1°-2° y 3°-4°, que atendían grupos pequeños y de escuelas públicas coincidió en mayor grado con los criterios del DSM-IV respecto a considerar inapropiadas cinco de las ocho conductas ya mencionadas, comparados con los maestros de 5°-6°, que atendían grupos medianos y grandes y de escuelas privadas.

Tabla 5

Conductas de atención, actividad, reflexión similares a los criterios del DSM-IV mencionadas por el 5% o más de los profesores de acuerdo con las variables situacionales.

Conductas inapropiadas	Grado						Escuela									
	1º2º		3º4º		5º6º		P		M		G		Pú		Pr	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Observables	Atención															
No concluye los trabajos escolares	<b>18.4</b>	17.5	10.8	15.2	<b>17.7</b>	13.4	15.4	<b>16.3</b>	10.7	<b>13.5</b>	9.5	9.6	11.7	<b>12.9</b>	10.9	<b>11.9</b>
No sigue instrucciones	<b>8.5</b>	6.6	7.4	<b>10.8</b>	-	6.7	<b>8.0</b>	7.8	<b>15.4</b>	9.6	8.6	<b>14.3</b>	10.2	9.3	10.9	<b>11.6</b>
No observables																
Es distraído	29.1	<b>38.8</b>	35.0	33.0	32.7	<b>37.7</b>	<b>34.6</b>	32.9	48.3	53.8	<b>54.1</b>	47.4	48.4	50.0	<b>55.2</b>	<b>5.0</b>
Pone poca atención en clase	27.8	<b>28.4</b>	22.5	27.3	<b>28.2</b>	22.2	<b>26.9</b>	26.0	<b>7.2</b>	-	-	-	-	<b>5.1</b>	-	<b>5.0</b>
Observables	Actividad															
Platica con sus compañeros	19.7	22.3	<b>27.7</b>	<b>26.2</b>	21.9	22.1	<b>24.6</b>	22.9	<b>5.5</b>	-	-	<b>5.6</b>	-	-	-	-
Se levanta y permanece fuera de su asiento	<b>24.8</b>	23.1	16.9	<b>25.2</b>	19.6	20.6	<b>22.3</b>	21.3	<b>6.4</b>	5.7	-	<b>9.1</b>	5.3	-	5.3	<b>6.0</b>
Está moviendo brazos y piernas	<b>6.4</b>	-	-	<b>5.7</b>	-	-	-	<b>5.6</b>	<b>8.6</b>	6.5	6.1	-	7.5	<b>8.2</b>	<b>8.9</b>	6.0
Observables	Reflexión															
Habla sin esperar su turno interrumpiendo la clase	8.6	7.9	<b>9.9</b>	<b>12.2</b>	7.2	7.3	7.4	<b>11.0</b>	<b>7.7</b>	6.9	6.9	<b>10.4</b>	6.0	-	-	<b>5.0</b>

Notas: Porcentajes más altos aparecen en negritas. P = Grupos pequeños, M = Grupos medianos, G = Grupos grandes, Pú = Escuela pública, Pr = Escuela privada El signo - indica que la conducta no alcanzó el 5% de mención.

Respecto a las conductas apropiadas, al igual que cuando se consideraron las características sociodemográficas, los maestros mencionaron que conductas comúnmente consideradas como inapropiadas, como no poner atención en clase y platicar con los compañeros, eran de hecho apropiadas. Una mayor proporción de maestros de 1°-2°, de grupos grandes y de escuela privadas consideró apropiado que un niño no ponga atención y platique en el salón de clases comparados con los maestros de grados superiores (3°-4° y 5°-6°), con grupos pequeños y medianos y de escuelas públicas. También fueron consideradas como apropiadas las conductas contrarias a las incluidas en la lista del DSM-IV, principalmente por los maestros de 1°-2°, que atendían grupos pequeños y de escuelas privadas.

Los maestros también mencionaron conductas inapropiadas y apropiadas que no coincidieron con los criterios del DSM-IV. En la Tabla 6 se muestran dichas conductas. Las conductas inapropiadas más mencionadas por los maestros de todos los grados, tamaño de grupo y tipo de escuela, fueron no trabajar, no participar en clase y jugar en salón. Otras de las respuestas más mencionadas por los maestros fue la falta de respeto a los compañeros o al maestro, especialmente por aquellos de 5°-6°, con grupos pequeños y de escuelas privadas. Además, los maestros de 1°-2°, con grupos grandes y de escuelas públicas mencionaron en mayor grado que los demás que jugar y ser inquieto eran conductas inapropiadas dentro del salón de clases. Las conductas apropiadas mencionadas con más frecuencia por los maestros de 5°-6°, que atendían grupos pequeños y de escuelas públicas fueron que el niño participe en las actividades académicas y que haga comentarios o preguntas sobre el tema de clase. Una vez más, el ser respetuoso fue una conducta frecuentemente mencionada por los maestros como apropiada, siendo mayor la proporción de maestros de 5°-6°, con grupos grandes y de escuelas privadas que esperan dicha conducta del niño promedio.

Tabla 6

Conductas de atención, actividad, reflexión diferentes a los criterios del DSM-IV mencionadas por el 5% o más de los profesores de acuerdo con las variables situacionales.

Conductas inapropiadas	Grado						Escuela										
	1º2º		3º4º		5º6º		P		M		G		Pú		Pr		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Observable	Atención																
No realiza las actividades académicas	8.1	8.3	9.1	8.3	7.6	10.3	8.0	9.4	Realiza las actividades académicas	19.2	17.0	17.3	16.9	19.2	17.0	20.4	16.0
No obedece	5.6	-	-	-	6.1	-	-	-									
No observables																	
No trabaja	12.8	12.2	7.3	10.4	10.9	10.9	12.1	9.4	Trabaja dentro del salón	12.4	21.8	16.0	18.3	17.3	14.4	16.6	16.6
No participa en clase	-	14.4	10.4	9.6	10.9	8.2	11.2	9.3	Participa en las actividades	30.0	33.6	39.8	36.1	32.8	35.0	32.5	34.8
No cumple con los trabajos y tareas	-	10.9	7.8	8.3	6.4	7.2	8.5	5.6	Cumple con los trabajos y tareas	6.4	9.1	11.3	7.4	10.2	9.2	8.6	9.7
Es desordenado en actividades	-	5.3	6.1	-	-	6.2	-	5.6	Mantiene un orden en su actividad	6.9	6.5	8.7	11.3	5.3	5.7	7.7	6.9
No escucha al profesor	-	-	-	5.7	-	-	-	-	Escucha al profesor	12.3	10.9	9.5	12.6	10.2	9.8	11.8	9.7
Observables	Actividad																
Se sale del salón	9.0	-	-	-	5.3	8.2	5.6	5.6	Actividad								
No observables																	
Juega	17.5	17.5	16.5	15.2	14.7	23.1	16.9	18.2	Juega	7.3	-	-	5.2	-	6.2	5.0	-
Es inquieto	7.7	11.4	7.8	10.0	9.4	6.7	7.4	9.7	Es inquieto	6.4	5.7	-	-	5.6	6.9	5.6	-
Observables	Reflexión																
Responde, pregunta cosas sin relación al tema	5.5	5.3	8.2	5.6	8.3	-	7.1	-	Hace preguntas, comentarios y opina sobre el tema de clase	21.0	24.9	26.0	22.9	24.8	23.1	26.1	11.3
No observables																	
No entiende, no analiza, no piensa	7.2	8.8	7.0	8.7	8.7	5.1	7.1	9.1	Razona, reflexiona, analiza	11.9	20.9	21.7	20.9	17.3	16.5	20.7	16.9
Observables																	
Golpea a sus compañeros	12.0	6.5	-	6.5	9.8	6.7	7.1	8.5	Es respetuoso	17.1	17.0	18.2	17.7	12.4	22.6	16.9	18.2
Grita durante la clase	6.8	-	5.2	7.4	6.0	-	7.1	-	Muestra interés en clase	11.1	9.6	8.7	9.1	8.7	12.4	10.7	9.7
No observables																	
Falta de respeto a compañeros	14.5	10.4	16.0	15.6	13.2	11.8	12.4	14.4	Esta integrado al grupo, interactúa	5.6	6.6	6.9	6.1	6.4	6.7	6.5	6.6
Muestra falta de interés por la clase	8.1	11.8	15.2	10.0	11.7	13.9	10.9	11.3	Es responsable	-	-	5.6	5.2	-	-	-	5.6
Es agresivo con sus compañeros	12.4	14.4	9.5	11.3	10.9	13.9	10.9	12.9	Descuidado, sucio	-	6.1	-	-	-	-	-	-
Molesta a sus compañeros	8.5	9.6	9.5	8.7	11.7	6.2	8.9	9.4									
Descuidado, sucio	-	6.1	-	-	-	-	-	-									

Notas: Porcentajes más altos aparecen en negritas. P = Grupos pequeños, M = Grupos medianos, G = Grupos grandes, Pú = Escuela pública, Pr = Escuela privada El signo - indica que la conducta no alcanzó el 5% de mención.

Los resultados respecto a las variables situacionales sugieren que los maestros de 1°-2° y 3°-4°, de grupos grandes y de escuela públicas son más tolerantes que los de 5° y 6°, de grupos pequeños y de escuelas privadas respecto a la emisión de conductas “inapropiadas” en el salón de clases. Los maestros de 1°-2°, con grupos pequeños y de escuelas privadas fueron los que tendieron a coincidir en mayor grado con los criterios del DSM-IV.

### **Conocimiento sobre el TDAH, conductas emitidas por un niño con la etiqueta y forma de tratarlo**

El segundo propósito del estudio fue averiguar el conocimiento que tienen los maestros de primaria sobre el TDAH, las conductas que esperan que un niño con dicha etiqueta emita dentro del salón de clases y cómo tratarían a ese niño. Las respuestas que dieron los maestros a estas preguntas se analizaron empleando la misma técnica de análisis de contenido mencionada antes (Krippendorff, 1990). A continuación se presentan los resultados encontrados por separado conforme las variables sociodemográficas y situacionales.

#### **Características Sociodemográficas.**

Relativo al conocimiento sobre el TDAH, el 19.4% de las mujeres y el 25% de los hombres reportó no saber en qué consiste. El 20.1% de los jóvenes y el 19.7% de los adultos y el 21.6% de los maestros de clase baja y el 18.1% de los de clase media dijo no saber a qué se refería. En la Figura 8 se muestran las categorías de respuestas que de acuerdo con la opinión del resto de los maestros caracterizan al TDAH. En la parte superior de esta figura se muestran los datos conforme el sexo de los maestros, en la parte de en medio los relativos a la edad y en la parte inferior los encontrados al considerar el nivel socioeconómico. En la figura únicamente se incluyen las conductas que fueron mencionadas por un 5% o más de los maestros. Curiosamente,

la mayoría de los maestros, independientemente de sus características sociodemográficas, tendió a decir que el TDAH se refiere, como su nombre lo indica, a problemas de atención (e.g., cortos periodos de atención, dificultad para terminar tareas, distracción fácil) y a hiperactividad (e.g., inquietud y dificultad para mantenerse sentado). En cambio, no hicieron alusión a conductas de impulsividad, que no están incluidas en el nombre del TDAH. Los maestros también mencionaron otras categorías de respuesta que se denominaron problemas en el funcionamiento cerebral (i.e., desequilibrio funcional o químico en el cerebro, enfermedad cerebral), falta de habilidades sociales (i.e., agresivo y dificultades para relacionarse con los demás), retraso en el desarrollo (i.e., dificultad para seguir instrucciones o para aprender y falta de interés) y problemas en el ambiente del hogar (i.e., conductas inapropiadas aprendidas en la casa, no mide el peligro, grosero).



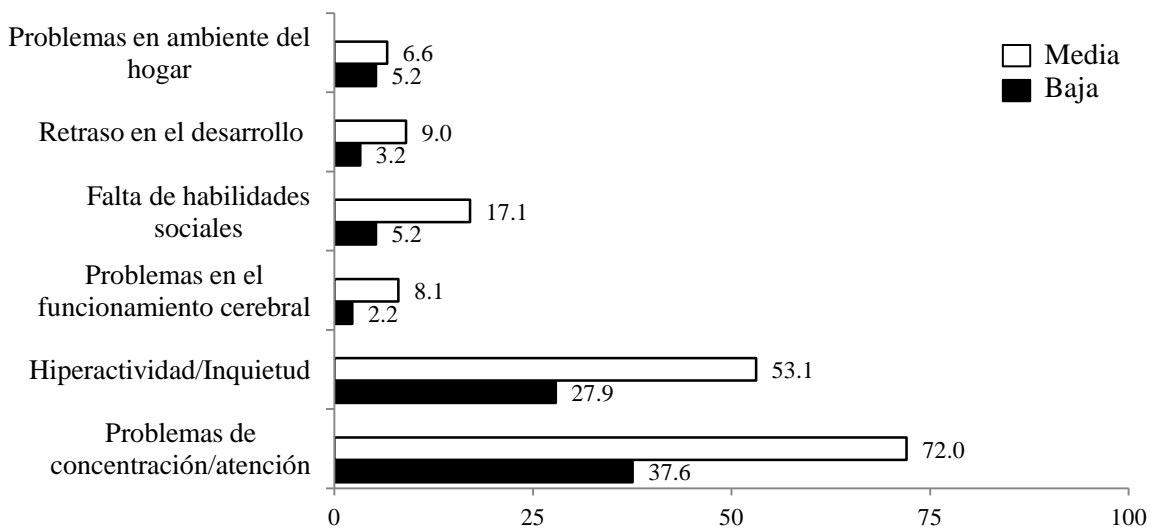
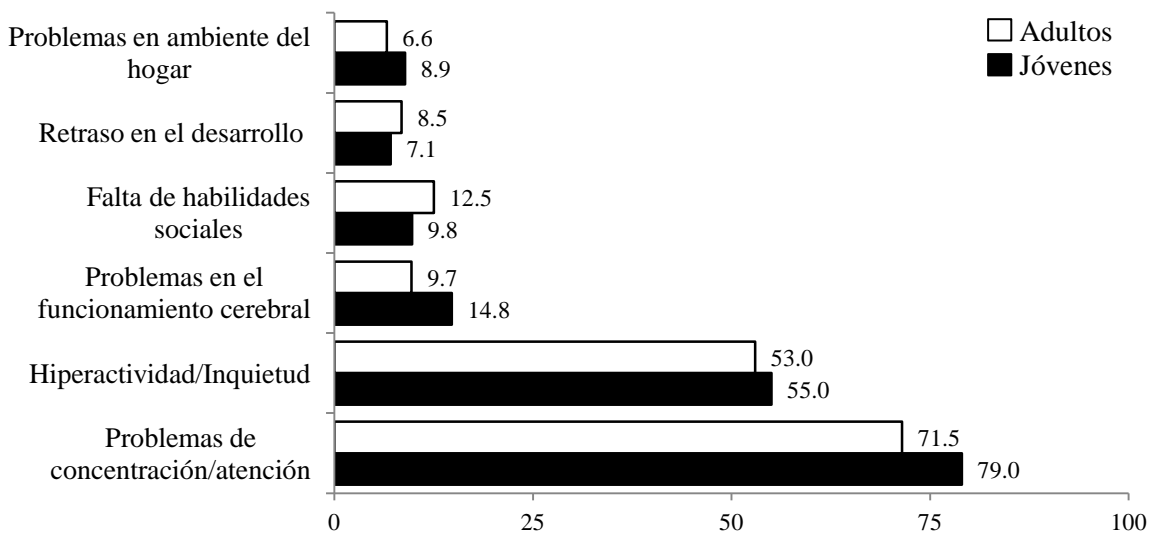
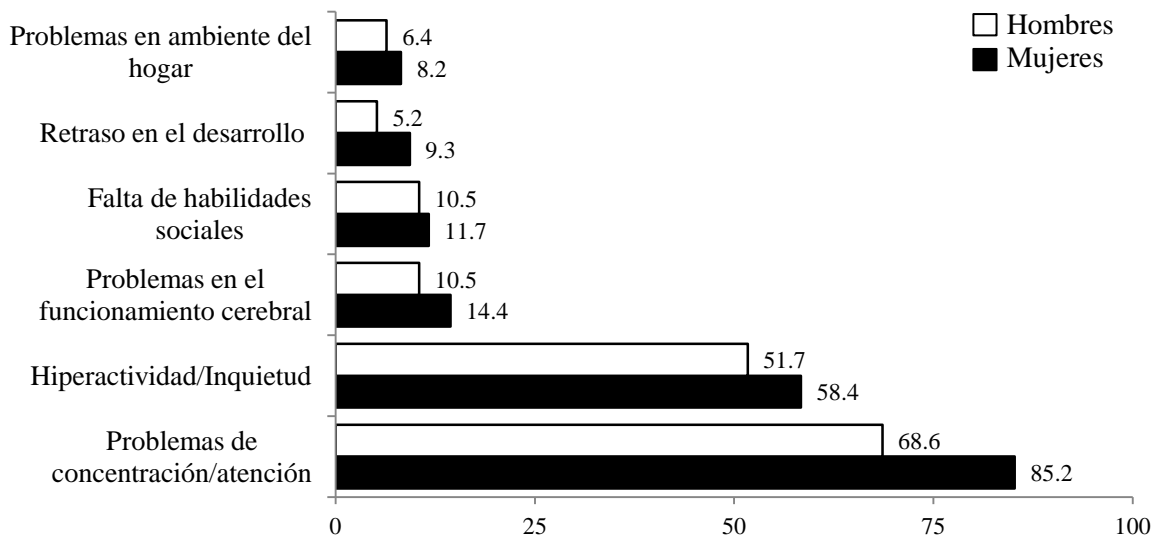


Figura 8. Categorías de respuesta sobre la definición del TDAH dada por los maestros en función de sus características sociodemográficas.

Respecto a las categorías que no hicieron referencia a cuestiones de atención o hiperactividad, es importante destacar que alrededor del 10% de los maestros consideró que el TDAH se debe a la falta de habilidades sociales o a problemas en el ambiente familiar. Relativo al sexo, en todos los casos una mayor proporción de mujeres que de hombres mencionó que el TDAH se debe a problemas del funcionamiento cerebral, a falta de habilidades sociales, a un retraso en el desarrollo y a problemas en el ambiente familiar. Respecto a la edad, mientras que una proporción mayor de jóvenes consideró que el TDAH consiste de problemas en el funcionamiento cerebral y problemas en el ambiente del hogar, una mayor proporción de adultos consideró que se trata de un problema relacionado con un retraso en el desarrollo y con la falta de habilidades sociales. Relativo a la clase social, una mayor proporción de los de clase baja consideró que consiste en una falta de habilidades sociales, un retraso en el desarrollo y problemas en el ambiente del hogar. Los maestros de clase media, por su parte, consideraron en mayor grado que los de clase baja que el TDAH se debe a un problema en el funcionamiento cerebral. En el Apéndice C se presentan las respuestas que fueron mencionadas por menos del 5% de los profesores respecto a en qué consiste el TDAH.

En la Tabla 7 se muestran las conductas que los maestros esperarían que emitiera un niño etiquetado con TDAH. Independientemente de sus características sociodemográficas, las conductas mencionadas fueron muy similares a las que señalaron como conductas inapropiadas dentro del salón de clases. Esto sugiere que los maestros esperan que un niño etiquetado con TDAH se comporte de forma muy similar a cómo se comportan los niños que no tienen dicha etiqueta. Lo más notable de los datos mostrados en la Tabla 7 es que las mujeres, los jóvenes y los de clase social media esperarían un peor comportamiento de los niños etiquetados con TDAH que sus contrapartes. El Apéndice D contiene las respuestas de los maestros respecto a las

conductas que esperan que un niño con este etiquetamiento emita dentro del salón de clases mencionadas por menos del 5% de los participantes.

Tabla 7

Conductas que los maestros esperarían que emitiera un niño etiquetado con TDAH de acuerdo con sus características sociodemográficas.

Conductas TDAH	Sexo		Edad		Clase social	
	M	H	J	A	B	M
	%	%	%	%	%	%
<b>Atención</b>						
Observables						
No mira a la persona que le está hablando	-	-	<b>29.6</b>	19.4	23.3	<b>25.1</b>
No concluye los trabajos escolares	<b>19.0</b>	-	16.9	<b>17.2</b>	15.2	<b>19.9</b>
No realiza las actividades	<b>5.2</b>	-	<b>7.7</b>	-	5.7	<b>7.1</b>
No sigue instrucciones	<b>5.8</b>	-	<b>5.6</b>	-	5.2	<b>5.7</b>
Es desordenado	-	-	-	<b>5.3</b>	-	<b>6.6</b>
No observables						
Es distraído	<b>24.0</b>	8.3	<b>29.6</b>	19.4	23.3	<b>25.1</b>
Pone poca atención a la clase	<b>29.0</b>	6.5	<b>28.4</b>	23.6	<b>28.1</b>	23.2
<b>Actividad</b>						
Observables						
Platica	<b>8.5</b>	-	<b>9.8</b>	7.2	<b>8.7</b>	8.1
Está fuera de su asiento	<b>7.4</b>	-	<b>8.9</b>	-	<b>7.0</b>	-
Se para de su lugar	<b>16.0</b>	-	<b>16.9</b>	10.0	12.6	<b>17.5</b>
Se mueve	<b>12.0</b>	-	<b>13.9</b>	7.8	10.9	<b>11.8</b>
No observables						
Juega	<b>7.4</b>	-	<b>7.1</b>	5.6	<b>7.7</b>	-
Es inquieto	<b>23.0</b>	6.7	<b>25.1</b>	21.9	<b>25.1</b>	19.4
<b>Reflexión</b>						
Observables						
Habla sin esperar su turno interrumpiendo	-	-	<b>5.9</b>	-	-	-
<b>Otras conductas</b>						
No observables						
Es agresivo	<b>7.2</b>	-	6.2	<b>6.9</b>	<b>7.7</b>	5.2
Muestra falta de interés	<b>5.2</b>	-	<b>5.9</b>	-	-	<b>7.1</b>
Molesta a sus compañeros	<b>7.6</b>	-	7.4	<b>6.9</b>	<b>7.7</b>	6.6

Notas: Porcentajes más altos aparecen en negritas. M = Mujeres, H = Hombres, J = Jóvenes, A = Adultos, B = Clase baja, M = Clase media. El signo - indica que la conducta no alcanzó el 5% de mención. M = Clase media,

Respecto a cómo tratarían a un niño con TDAH, en la Figura 9 se muestran las categorías que fueron mencionadas por un 5% o más de los maestros. Es notable que la mayoría de las categorías hagan referencia a acciones de los propios maestros como supervisar al niño, darle actividades especiales, sentarlo junto a ellos y lejos de distractores o tratarlo con paciencia y tolerancia. Curiosamente, aproximadamente un 20% de los maestros dijo que trataría al niño sin distinción del resto del grupo. En la figura se puede apreciar que mientras que los hombres seguirían en mayor grado que las mujeres las indicaciones de un especialista, éstas solicitarían en mayor grado que los hombres la ayuda de los padres. Respecto a la edad, un mayor porcentaje de adultos que de jóvenes solicitaría la ayuda de los padres, mientras que una proporción similar de ambos seguiría las indicaciones de un especialista. Relativo al nivel socioeconómico, con excepción de la opción buscar información, siempre fue mayor el porcentaje de maestros de clase media que dio las diferentes respuestas comparados con los de clase baja. En el Apéndice E se muestran las respuestas señaladas por menos del 5% de los profesores respecto a la forma en que tratarían a un niño etiquetado con TDAH.

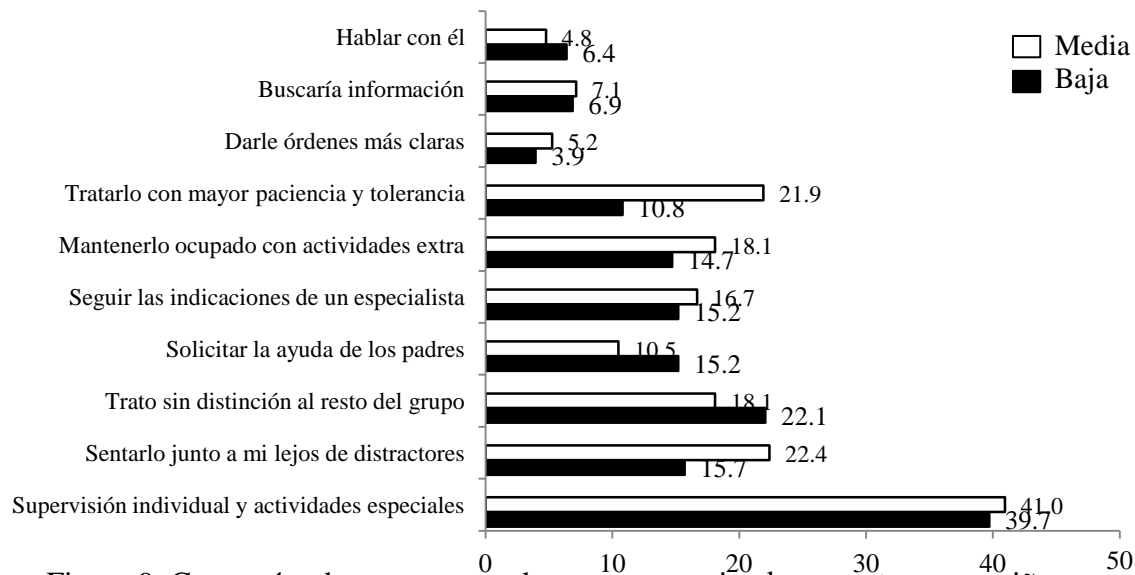
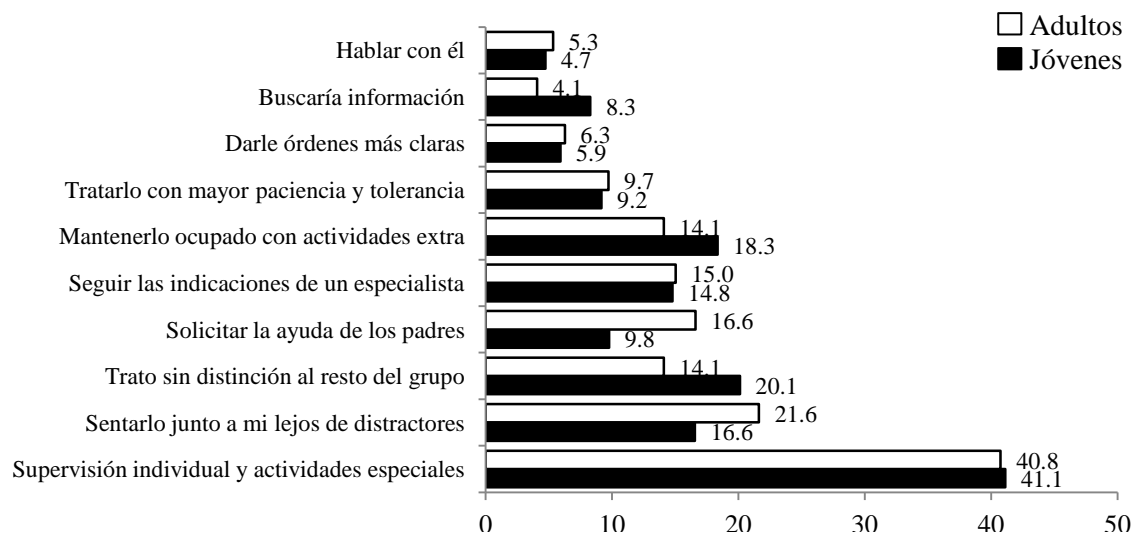
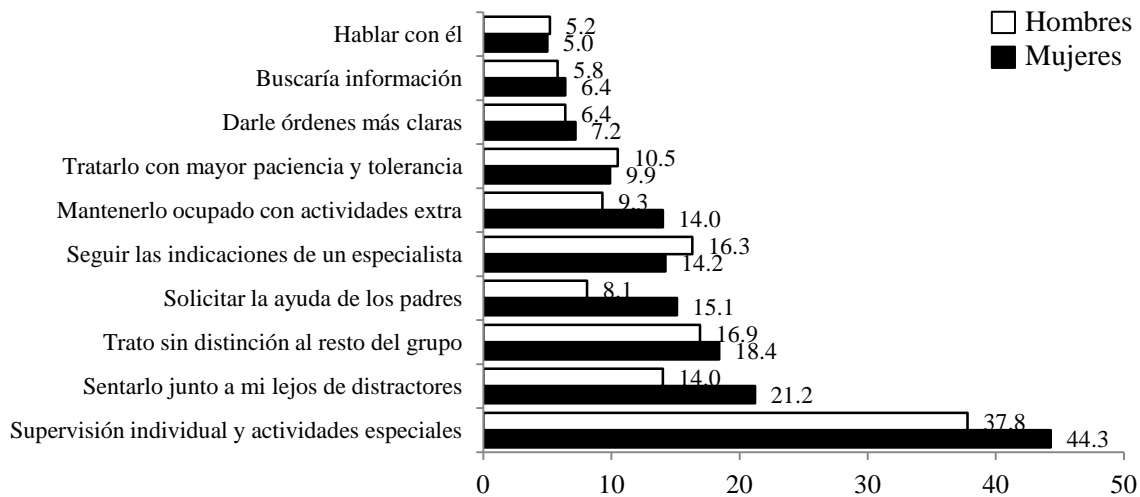


Figura 9. Categorías de respuestas sobre como tratarían los maestros a un niño con TDAH en función de sus características sociodemográficas.

### **Variables Situacionales.**

Relativo al conocimiento sobre el TDAH, el 21.4% de los maestros de 1°-2°, el 24% de los de 3°-4° y el 16% de los de 5°-6° dijo desconocer en qué consiste. El 14.8% de los maestros con grupos pequeños, el 18.4% de los de grupos medianos y el 29.9% de los de grupos grandes mencionó que no sabían en qué consiste dicho etiquetamiento. Por su parte, un 15% de los maestros de escuelas privadas y un 22% de los de las escuelas públicas respondieron no saber en qué consiste el TDAH. En la Figura 10 se muestran las categorías de respuesta respecto a la definición del TDAH dada por el resto de los maestros considerando las variables situacionales. Nuevamente, se encontró que la mayoría de los maestros señaló que el TDAH consiste en problemas de atención e hiperactividad y se olvidaron de la impulsividad. Notablemente, alrededor de un 10% de los maestros también señaló que el TDAH debe ser aprendido debido a una falta de habilidades sociales o a deficiencias en el ambiente familiar. Una mayor proporción de maestros de 5°-6°, de grupos pequeños y de escuelas privadas, comparados con sus contrapartes, mencionó que el TDAH consiste en un problema del funcionamiento cerebral.

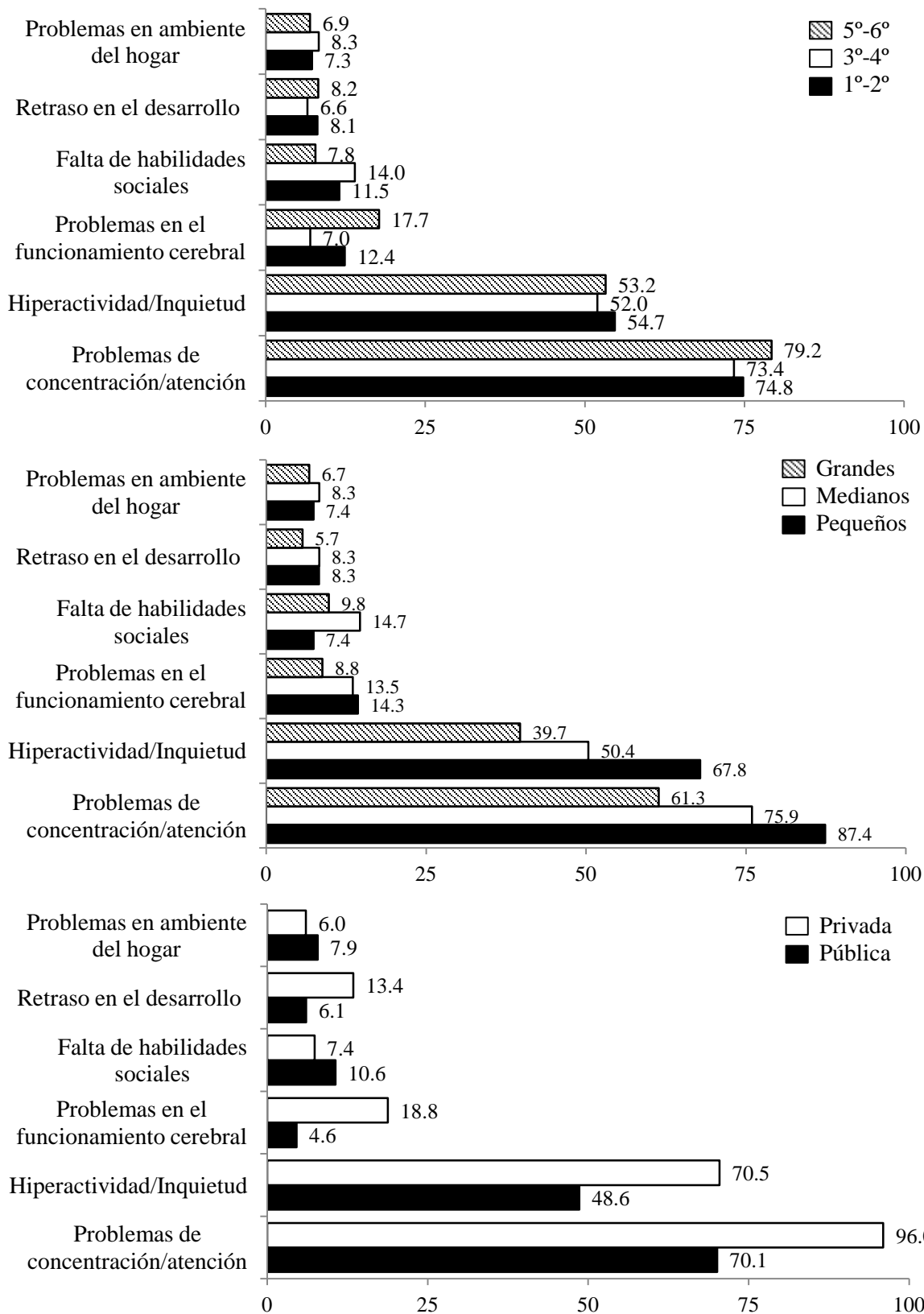


Figura 10. Categorías de respuestas sobre definición del TDAH dada por los maestros en función de las variables situacionales.



Respecto a las conductas que los maestros esperarían de un niño etiquetado con TDAH, en la Tabla 8 se muestra que las categorías coincidieron con las que los maestros consideraron como conductas inapropiadas dentro del salón de clases. En general los maestros de 5º-6º, los de grupos grandes y los de escuelas públicas esperarían un peor comportamiento de los niños que sus contrapartes.

Tabla 8

Conductas que los maestros esperarían que emitiera un niño etiquetado con TDAH de acuerdo con las variables situacionales.

Conductas TDAH	Grado			P	Grupo			Escuela	
	1°-2° %	3°-4° %	5°-6° %		M	G	Púb	Priv	
Atención									
Observables									
No mira a la persona que le está hablando	21.8	23.6	<b>26.0</b>	21.3	<b>26.0</b>	24.2	23.3	<b>25.5</b>	
No concluye los trabajos escolares	<b>20.1</b>	14.0	16.5	<b>18.7</b>	16.2	15.5	15.6	<b>21.5</b>	
No realiza las actividades	-	-	<b>7.8</b>	6.1	-	<b>6.2</b>	5.3	<b>6.7</b>	
No sigue instrucciones	-	-	<b>5.6</b>	<b>6.5</b>	5.6	-	-	<b>7.4</b>	
Es desordenado	<b>5.1</b>	-	-	<b>6.5</b>	-	-	-	<b>6.0</b>	
Falta de concentración	-	-	-	-	-	-	-	<b>6.0</b>	
No observables									
Es distraído	21.8	23.6	<b>26.0</b>	21.3	<b>26.0</b>	24.3	23.3	<b>25.5</b>	
Pone poca atención a la clase	27.4	23.1	<b>28.1</b>	<b>27.4</b>	25.6	25.8	25.3	<b>29.6</b>	
No trabaja en clase	-	-	-	-	-	<b>5.7</b>	-	-	
Actividad									
Observables									
Platica	7.3	6.5	<b>11.2</b>	7.0	9.0	<b>9.3</b>	<b>8.5</b>	8.1	
Está fuera de su asiento	<b>10.7</b>	-	5.2	<b>7.4</b>	5.6	7.2	6.4	<b>7.4</b>	
Se para de su lugar	10.3	<b>15.2</b>	<b>15.2</b>	11.7	12.8	<b>17.0</b>	13.2	<b>14.8</b>	
Se mueve	11.1	8.3	<b>13.0</b>	<b>13.4</b>	9.4	9.8	-	-	
No observables									
Juega	6.0	6.1	<b>7.8</b>	6.1	6.4	<b>7.7</b>	<b>7.6</b>	-	
Es inquieto	23.9	21.4	<b>25.1</b>	<b>26.9</b>	21.8	21.1	23.3	<b>24.1</b>	
Reflexión									
Observables									
Habla sin esperar su turno interrumpiendo	-	-	-	-	-	-	-	<b>5.4</b>	
Otras conductas									
No observables									
Es agresivo	<b>9.4</b>	5.7	-	6.1	<b>7.5</b>	5.2	<b>7.0</b>	-	
Falta de interés	-	7.0	-	-	<b>6.0</b>	5.2	<b>5.5</b>	-	
Molesta a sus compañeros	<b>9.8</b>	8.3	-	6.5	7.5	<b>7.7</b>	<b>7.7</b>	5.4	
No se relaciona	-	-	-	-	-	<b>5.2</b>	-	-	

Notas: Porcentajes más altos aparecen en negritas. P = Grupos pequeños, M = Grupos medianos, G = Grupos grandes, Pú = Escuela pública, Pr = Escuela privada El signo - indica que la conducta no alcanzó el 5% de mención.

Relativo a la forma de tratar a un niño etiquetado con TDAH, como se muestra en la Figura 11, al igual que sucedió con las variables sociodemográficas, los maestros dijeron que implementarían acciones que los involucran. Los maestros de 5°-6° y los de grupos grandes mencionaron que seguirían las instrucciones de un especialista en mayor grado que sus contrapartes. Los maestros de 1°-2°, de grupos grandes y de escuelas públicas buscarían en mayor grado que sus contrapartes la ayuda de los padres.

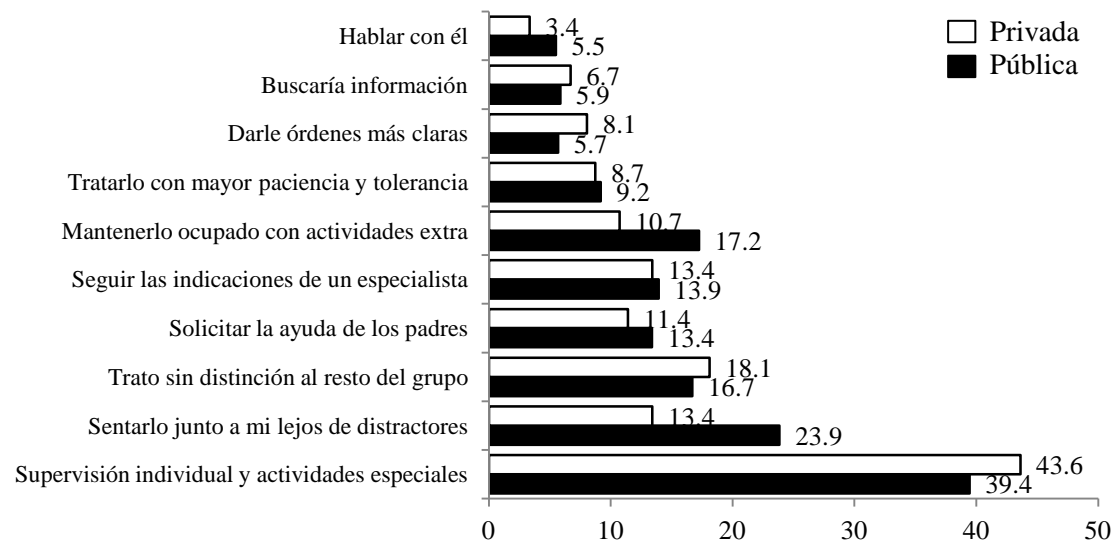
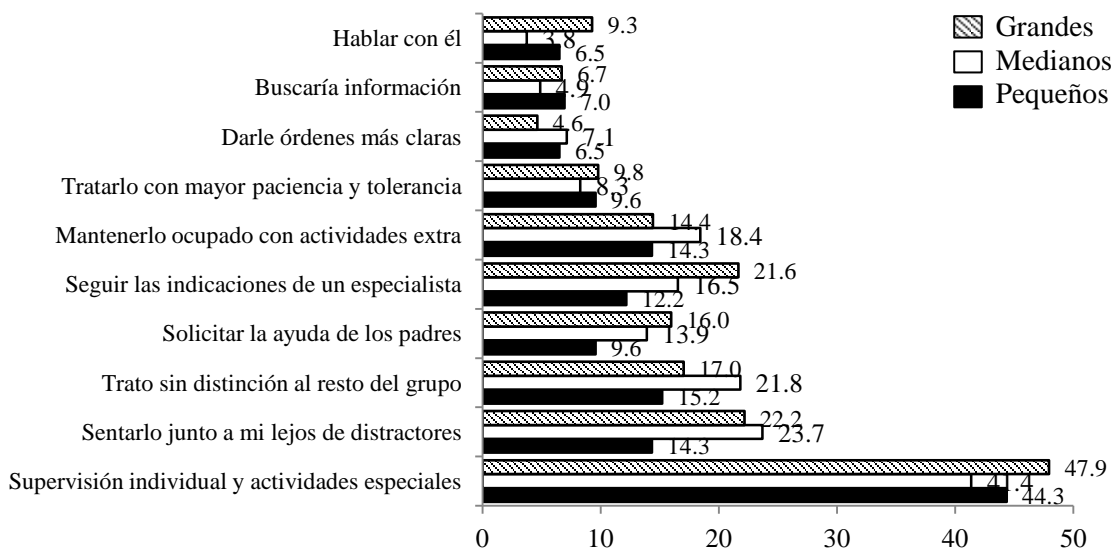
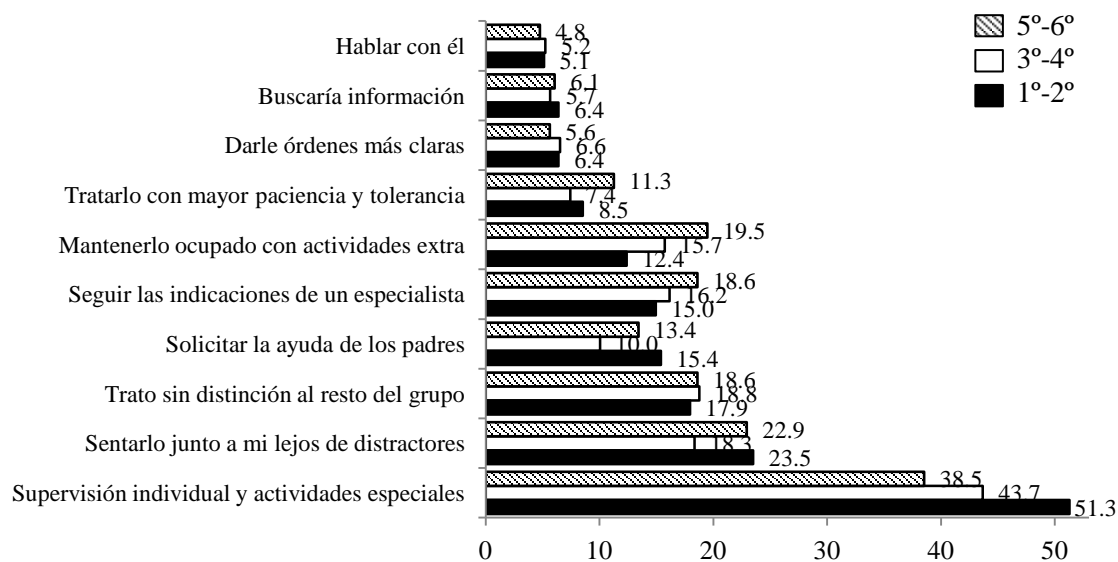


Figura 11. Categorías de respuesta sobre como tratarían los maestros a un niño con TDAH en función de las variables situacionales.

## **Discusión**

A continuación se discuten los resultados encontrados en el mismo orden en que se presentaron en la sección de resultados. El propósito principal del estudio fue averiguar la influencia del sexo, edad y clase social de maestros de primaria, así como del grado escolar en el que enseñan, el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela en la que enseñaban sobre la frecuencia con la que consideraban normal la emisión de las conductas características del TDAH en el salón de clases. En consecuencia, primero se discuten los resultados encontrados pertinentes al propósito principal del estudio considerando cada una de las variables sociodemográficas y situacionales estudiadas. El segundo propósito fue averiguar la influencia de las mismas variables sociodemográficas y situacionales sobre el conocimiento que tenían los maestros de primaria sobre el TDAH, las conductas que esperarían que un niño con dicha etiqueta emitiera dentro del salón de clases y la forma en la que tratarían a ese niño. Consecuentemente, en segundo lugar se discuten los resultados pertinentes al segundo propósito del estudio también considerando cada una de las variables sociodemográficas y situacionales. En tercer lugar se discuten los resultados globales del estudio en una sección titulada consideraciones generales.

### **Frecuencia de emisión de conductas características de TDAH en el salón de clases**

#### **Características sociodemográficas de los maestros.**

Respecto del sexo de los maestros, los resultados mostraron que consistentemente los hombres fueron más tolerantes que las mujeres al juzgar como normal la emisión frecuente o muy frecuentemente durante las horas de clase de las 18 conductas que caracterizan el TDAH. Es importante hacer notar que este hallazgo no se debió al azar. La probabilidad de que una mayor proporción de hombres que de mujeres juzgara la emisión frecuente de las 18 conductas como

normal fue muy baja (i.e.,  $p = .000004$ ). Se comprobó también mediante un coeficiente de concordancia que dicho resultado no se debió al azar. Además de juzgar la frecuencia de emisión de las 18 conductas del TDAH, se pidió a los maestros que escribieran cuáles conductas de atención, actividad y reflexión eran inapropiadas y apropiadas en el salón de clases. Esto se hizo con el fin de averiguar en cuáles conductas se fijan los maestros cotidianamente. Los resultados mostraron que una proporción mayor de mujeres que de hombres mencionó que las conductas inapropiadas de los niños en el salón de clases eran semejantes a las incluidas en el DSM-IV, que caracterizan al TDAH. Además, una mayor proporción de maestras que de maestros mencionó que la emisión de otras conductas diferentes a las del TDAH son inapropiadas en el salón de clases (e.g., juega, le falta al respeto a compañeros y al maestro, no trabaja, no realiza las actividades académicas, golpea a sus compañeros). En consecuencia, las maestras son menos tolerantes que los maestros para considerar normal la emisión tanto de las conductas que caracterizan el TDAH como de otras conductas que emiten los niños en clase. Estos hallazgos sugieren que una maestra estará más inclinada que un maestro a asignarle a un niño la etiqueta de TDAH. En investigaciones anteriores se han encontrado resultados similares, dado que también se ha reportado que las maestras tienden a referir con mayor frecuencia que los hombres a sus alumnos a servicios de educación especial (McIntyre, 1988; Ritter, 1989; Taylor et al., 2001; Sideridis et al., 2008). También se ha encontrado que las maestras son más estrictas que los hombres al juzgar la conducta de los niños como deficitaria en atención y reflexión y excesiva en actividad (Mayes & Bagwell, 2005).

En los estudios anteriores en los que se averiguó el efecto del sexo de los maestros para identificar a niños que requieren educación especial, únicamente se contabilizó el número de niños referidos a educación especial por maestras y maestros (McIntyre, 1988; Ritter, 1989;

Taylor et al., 2001; Sideridis et al., 2008) o bien si la percepción general de los maestros sobre el TDAH variaba en función del sexo (Mayes & Bagwell, 2005). A diferencia de esos estudios, en el presente se averiguó si hombres y mujeres juzgan como normal la emisión frecuente o muy frecuente de las conductas características del TDAH en el salón de clases. No sólo se encontró que globalmente las maestras son menos tolerantes hacia la emisión de las conductas del TDAH que los hombres, sino que se documentó que son confiablemente menos tolerantes respecto a la emisión de cada una de las nueve conductas de inatención, de las seis de hiperactividad y de las tres de impulsividad. Los resultados respecto al sexo de los maestros permiten concluir que si un niño que emitiera frecuentemente las conductas de TDAH estuviera en un grupo a cargo de una maestra, ésta etiquetaría su conducta como característica de TDAH. No obstante, si a ese mismo niño lo cambiaran a un grupo atendido por un maestro, éste no consideraría su misma conducta como anormal, no le asignaría la etiqueta y no lo referiría con un especialista. En consecuencia, la definición de conducta normal varió dependiendo del sexo de los maestros.

La razón por la que las maestras son más estrictas que los maestros para juzgar las conductas infantiles como anormales es un misterio. En algunos estudios se ha documentado que las maestras son más cariñosas, expresivas y ofrecen más ayuda a sus estudiantes que los maestros (e.g., Einarsson & Granström, 2002; Hopf & Hatzichristou, 1999). Esto sugeriría que deberían ser más tolerantes a la emisión de conductas inapropiadas que los hombres. No obstante, Bunting (1984) encontró que las maestras que dan prioridad al desarrollo emocional de sus estudiantes también se adhieren a los valores culturales tradicionales y esperan que los niños se conformen a su autoridad. Este hallazgo sugiere que las mujeres tienden a adherirse en mayor grado que los hombres a los valores establecidos y eso explicaría la razón por la que son más estrictas respecto a la emisión de conductas inapropiadas por parte de los niños. Otra posibilidad

para explicar el que las maestras juzguen una conducta como anormal con mayor frecuencia que los maestros y tiendan en mayor grado a referir a sus estudiantes a educación especial, es que las mujeres en general tienden a subestimar sus propias habilidades y a evitar tareas difíciles y amenazantes (cf. Hoffman, 1972). Un niño que emite frecuentemente conductas disruptivas en el salón de clases no sólo atenta contra la autoridad de la maestra, sino que puede representar para ella una situación amenazante que desea evitar. Esto último lo lograría delegándole al profesional la responsabilidad de modificar la conducta del niño.

En el presente estudio se averiguó la frecuencia normal de emisión de las conductas características del TDAH en opinión de maestros hombres y mujeres, pero no se determinó si dicha frecuencia varía en función de si se trata de la conducta de un niño o de una niña. En varios estudios se ha documentado que independientemente de su sexo, los maestros interactúan en mayor grado y le prestan más atención a los niños que a las niñas (e.g., Einarsson & Granström, 2002). También se ha reportado que mientras que las mujeres consistentemente dirigen su atención principalmente a los niños en todos los grados escolares, conforme aumenta el grado escolar los maestros tienden a prestarle atención a ambos, niños y niñas (Einarsson & Granström, 2002). También se sabe que las maestras reaccionan más negativamente que los hombres a la emisión de conductas inapropiadas por los niños que por las niñas, mientras que los maestros reaccionan más positivamente que las mujeres a los logros académicos de niños y niñas (Merret & Wheldall, 1987). Dado que las maestras son más estrictas para juzgar la conducta infantil como inapropiada y además le ponen más atención a los niños, no parece sorprendente que haya un mayor número de niños que de niñas etiquetados con TDAH (e.g., Caraveo-Anduaga, 2007). No obstante, en estudios futuros sería necesario averiguar si los maestros



hombres y mujeres juzgan de forma similar la emisión normal en el salón de clases de las conductas características del TDAH por parte de niños y de niñas.

Respecto a la edad de los maestros, los resultados mostraron que los adultos (i.e., de entre 43 y 70 años, que tenían un promedio de 25.48 años de experiencia docente) fueron confiablemente más tolerantes que los jóvenes (i.e., de entre 22 y 42 años, con 8.57 años de experiencia docente) al juzgar como normal la emisión frecuente de 17 de las 18 conductas del TDAH. Este hallazgo no se debió al azar. La probabilidad de que una mayor proporción de adultos que de jóvenes haya juzgado normal la frecuencia de ocurrencia de 17 conductas fue muy pequeña (i.e.,  $p = .00007$ ). Congruente con este hallazgo, también se encontró que cuando se pidió a los maestros reportar cuáles conductas de atención, actividad y reflexión eran inapropiadas en el salón de clases, los jóvenes tendieron a coincidir en mayor grado que los adultos en que éstas eran semejantes a las conductas listadas en DSM-IV. Estos resultados sugieren que la probabilidad de que un niño sea etiquetado con TDAH por parte de un maestro joven (i.e., menor de 42 años) es más alta que por parte de un maestro mayor de 42 años. Los resultados respecto a la edad de los maestros son congruentes con los de investigaciones anteriores que han mostrado que los maestros más jóvenes tienden a juzgar más conductas infantiles como anormales (e.g., Borg & Falzon, 1990; Tolor, Scarpetti & Lane, 1967). El que los adultos son más tolerantes que los jóvenes también fue reportado por Glass (2000), quien comparó las estrategias utilizadas por maestros jóvenes y adultos para trabajar con niños etiquetados con TDAH. Sus resultados mostraron que los adultos reportaron utilizar estrategias de enseñanza positivas en mayor grado que los jóvenes.

En los estudios anteriores si bien se ha pedido a maestros con diferentes años de experiencia docente que juzguen ciertas conductas infantiles como normales o anormales, no se han centrado en la evaluación de las conductas características del TDAH. Dado que este etiquetamiento es cada vez más común entre niños de primaria (e.g., Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003) era necesario averiguar la frecuencia con la que un niño promedio emite dichas conductas en el salón de clases y determinar si los juicios de los maestros varían en función de su edad. A diferencia de los estudios anteriores, no sólo se encontró que globalmente los maestros de mayor edad y experiencia docente tienden en mayor grado que los más jóvenes y menos experimentados a juzgar la conducta de los niños como normal, sino que se estableció en cuáles conductas difiere el juicio de los maestros en función de su edad. Se encontró que los jóvenes fueron menos tolerantes que los adultos a la emisión frecuente de nueve de las 10 conductas de inatención, de las seis de hiperactividad y de las tres de impulsividad. La única excepción fue relativa a la conducta de inatención, extravía objetos necesarios para tareas o actividades. El haber averiguado en cuáles conductas específicas varía el juicio de los maestros en función de su edad fue una contribución del presente estudio.

Algunos investigadores han hipotetizado las razones por las que los maestros jóvenes juzgan ciertas conductas infantiles como anormales en mayor grado que los adultos. Por ejemplo, Glass (2000) sugirió que los adultos muestran más tolerancia hacia ciertas conductas en función de haber estado expuestos a éstas durante sus años de experiencia profesional. Mioduser et al. (1998) mencionaron que la experiencia diaria con los niños en clase sirve para identificar y diferenciar las conductas inapropiadas dentro del salón de clases. Tolor y Lane (1967) se preguntaron si el nivel educativo de los maestros y no sus años de experiencia docente sería responsable de la tendencia de los jóvenes a referir a más niños a educación especial y a juzgar su

conducta como anormal. Reanalizaron los datos reportados por Tolor, Scarpetti y Lane (1967) y encontraron que la formación académica de los maestros no se relacionó con su tendencia a juzgar ciertas conductas como anormales. Concluyeron que es posible que los maestros que son más tolerantes del comportamiento de los niños sean los que permanecen en su profesión, en comparación con aquellos que tienden a juzgar la conducta de los niños como anormal. También sugirieron que posiblemente la tolerancia de los maestros hacia la conducta de los niños esté relacionada con el tiempo en que están en contacto con éstos. Como sugirieron estos investigadores, es muy posible que los maestros jóvenes que tienen poca experiencia tratando con niños creen que la conducta de éstos en clase es mejor de lo que en realidad es y que al enfrentarse a conductas que consideran inapropiadas tiendan rápidamente a considerar dichas conductas como anormales. En cambio, también es posible que durante sus años de experiencia docente, los maestros adultos hayan adquirido un conocimiento de cómo se comportan realmente los niños en clase y en consecuencia tiendan a considerar que muchas de sus conductas son normales, dada la frecuencia con la que los niños las emiten diariamente.

Relativo a la clase social, los resultados mostraron que los maestros de clase media tendieron en mayor grado que los de clase baja a juzgar la mayoría de las conductas (13 de 18) características del TDAH como inapropiadas. Este hallazgo no se debió al azar. La probabilidad de que una proporción mayor de maestros de clase media que de clase baja haya juzgado como normal la emisión de 13 de las 18 conductas fue muy baja (i.e.,  $p = .05$ ). Además, las respuestas de los maestros de clase media respecto a las conductas inapropiadas en el salón de clase concordaron en mayor grado que los de clase baja con las conductas incluidas en el DSM-IV para etiquetar a un niño con TDAH. No existen estudios previos en los que se haya comparado cómo maestros de distintas clases sociales juzgan una misma conducta. No obstante, los resultados

relativos a la clase social son congruentes con los de investigaciones anteriores que han mostrado que los padres con más recursos económicos tienden en mayor grado que los de escasos recursos económicos a asignar la etiqueta de TDAH a los niños (e.g., Lee & Neuharth-Pritchett, 2008).

Dado que en estudios anteriores no se había documentado cómo es que varían los juicios de maestros de primaria sobre la frecuencia de emisión normal de conductas de atención, actividad y reflexión en el salón de clases por parte de los niños, los resultados de este estudio representan una contribución en este respecto. Los resultados relativos a la clase social sugieren que un maestro de clase media tenderá en mayor grado que los de clase baja a etiquetar a sus alumnos con TDAH. No obstante, los de clase media sólo fueron más tolerantes que los de clase baja a la emisión frecuente de 13 de las 18 conductas del DSM-IV. Los de clase baja fueron más tolerantes que los de clase media en el caso de cinco conductas, una de inatención, evita tareas que requieren un esfuerzo mental, dos de hiperactividad está en marcha como impulsado por un motor y tiene dificultades para jugar y dos de las tres de impulsividad, interrumpe, se inmiscuye en conversaciones y precipita respuestas sin esperar su turno. En consecuencia, si un niño emite estas cinco conductas frecuentemente en el salón de clases y no las otras, un maestro de clase baja tenderá en mayor grado que uno de clase media a asignarle la etiqueta de TDAH. El determinar en qué conductas específicas difiere la tolerancia de los maestros en función de su clase social fue una contribución del presente estudio, dado que no se había documentado antes. En el presente estudio sólo participaron maestros de clase social baja y media. En futuros estudios sería interesante determinar si maestros de clase alta son aún más estrictos que los de clase media para juzgar las conductas infantiles como normales.

Se desconoce la razón por la que los maestros que contaban con más recursos económicos fueron más estrictos que aquellos con menos recursos económicos para considerar normal la emisión frecuente de las conductas características del TDAH. Una posibilidad es que los maestros de clase media se adhieran más a los estándares culturales que los de clase baja. Esta adherencia implicaría que los maestros de clase media tienen más conocimiento que los de clase baja de los valores culturales establecidos. El hecho de que una mayor proporción de los maestros de clase media que los de baja hayan reportado saber en qué consiste el TDAH confirma la suposición de que se adhieren en mayor grado que los de clase baja a los valores culturales predominantes. Se ha documentado que la conducta de las personas varía en función de la clase social y que existe una subcultura de la pobreza (cf. Lewis, 1964). La conducta de los integrantes de esta subcultura tiende a ser más flexible respecto de las normas culturales predominantes que la de personas con más recursos. En consecuencia, es factible que los maestros de clase baja sean más tolerantes a la emisión de cierto tipo de conductas que los de clase media.

### **Variables situacionales.**

Relativo al grado escolar en que enseñaban los maestros, se encontró que los de 1° y 2° fueron más tolerantes que los de 3° y 4° y éstos a su vez fueron más tolerantes que los de 5° y 6°. Consecuentemente es más probable que un maestro de 5° y 6° asigne a sus alumnos la etiqueta de TDAH que los de grados inferiores. Este hallazgo es similar al de otras investigaciones en las que también se encontró que los maestros de los grados superiores de primaria son más estrictos para juzgar una conducta como inapropiada que los de los primeros grados de primaria (e.g., Amador-Campos et al., 2001; Vera, 2007).

La razón por la que los maestros de niños más pequeños son más tolerantes hacia la emisión frecuente de conductas en el salón de clases que de los niños más grandes podría deberse a las expectativas de los maestros sobre la frecuencia con la que los niños deben emitir las conductas del TDAH conforme su edad. Conforme crecen los niños se esperaría que tuvieran un mejor comportamiento, mientras que se esperaría que los niños más pequeños emitieran conductas que otros juzgarían como deficitarias o excesivas, pero también se esperaría que su conducta mejorara conforme maduran. Existe evidencia que apoya esta suposición. Por ejemplo, Nolan et al. (2001) encontraron que conforme el juicio de maestros, la emisión de conductas de hiperactividad e impulsividad es muy frecuente entre niños pequeños y menos frecuente entre niños más grandes. Urzúa et al. (2010) también encontraron que los maestros evaluaron a los niños de entre 1° y 3° como más hiperactivos e impulsivos que los de grados superiores, mientras que consideraron que los niños de 4° a 6° emitían con mayor frecuencia conductas de atención que los más pequeños.

En estudios anteriores se documentó que los maestros esperan que conforme aumenta la edad de los niños, éstos se comporten mejor en el salón de clases (e.g., Amador et al., 2001; Kypriotaki & Manolitsis, 2010; Nolan et al., 2001; Pineda et al., 2007; Urzúa et al., 2010), pero no se averiguó la tolerancia de los maestros hacia las conductas de los niños de diferente edad. En el presente estudio se encontró que los maestros consideraron que las conductas características del TDAH son emitidas muy frecuentemente por los niños de todos los grados escolares. Como se mostró en la Figura 7, los maestros coincidieron en señalar que la frecuencia de emisión de las conductas características del TDAH fue similar, independientemente de la edad de los niños. En el presente estudio se mostró que aún cuando los maestros consideren que los niños emiten ciertas conductas muy frecuentemente en el salón de clases, lo que varía es su tolerancia hacia

dichas conductas conforme aumenta el grado escolar. Este hecho no se había documentado en los estudios anteriores y fue otra de las contribuciones de este estudio. En el presente estudio se averiguaron los juicios de maestros agrupando aquellos que enseñaban en 1° -2°, en 3°-4° y en 5°-6° de primaria. En futuros estudios sería interesante averiguar si los maestros de primero de primaria son más tolerantes a la emisión de las conductas características del TDAH que los de segundo, los de tercero más que los de cuarto y los de quinto más que los de sexto de primaria.

Respecto al tamaño del grupo que atendían los maestros, los resultados mostraron que aquellos que atendían grupos grandes fueron los más tolerantes al juzgar una conducta como normal, seguidos por los que atendían grupos de tamaño intermedio y que los que atendían grupos pequeños fueron los más estrictos. Los hallazgos de estudios anteriores no han sido consistentes respecto a la influencia del tamaño del grupo sobre la tendencia de un maestro a etiquetar a sus estudiantes con TDAH. Por ejemplo, Safran y Safran (1987) reportaron que los maestros son más tolerantes hacia conductas problemáticas infantiles cuando éstos atienden grupos pequeños y ordenados. Consecuentemente, el porcentaje de niños etiquetados con TDAH es mayor cuando se trata de grupos grandes (Havey et al., 2005). En cambio en otros estudios se reportó que el número de niños etiquetados con TDAH es mayor cuando forman parte de un grupo pequeño (Glass & Weigar, 2000). Este último hallazgo coincide con los resultados del presente estudio. Un aspecto ha destacar de los resultados del presente estudio es la consistencia en cómo los maestros que atendían grupos pequeños, medianos y grandes juzgaron las 18 conductas características del TDAH. Dicha consistencia no se debió al azar, por lo que se puede concluir que conforme aumenta el tamaño del grupo también aumenta la tolerancia de los maestros mexicanos para considerar una conducta como normal y presumiblemente disminuye su tendencia a etiquetar a uno de sus alumnos con TDAH.

La razón por la que los maestros de grupos grandes son más tolerantes hacia la emisión de las conductas características del TDAH que los de grupos pequeños podría deberse a que se ha encontrado que a mayor tamaño de un grupo, menor el tiempo que el maestro dedica a poner atención individual a sus estudiantes (e.g., Blatchford et al., 2007). En cambio, los maestros de grupos pequeños tienden a interactuar con cada uno de sus alumnos y a ejercer mayor control sobre su conducta (e.g., Blatchford et al., 2002).

En los estudios anteriores (Glass & Weigar, 2000; Havey et al., 2005; Safran & Safran, 1987) se contabilizó el número de niños que ya habían sido etiquetados con TDAH y se relacionó con el tamaño del grupo en el que cursaban algún grado de primaria. En cambio, en el presente estudio se averiguó la tolerancia de los maestros a la emisión frecuente de las conductas de TDAH que atendían grupos de diferente tamaño, lo cual no se había hecho antes. La tolerancia de los maestros hacia las conductas de sus alumnos aumentó conforme aumentó el tamaño del grupo que atendían. Este hallazgo sugiere que un mismo maestro puede estar inclinado a etiquetar a alguno de sus alumnos cuando éste es integrante de un grupo pequeño que cuando es integrante de un grupo grande. En futuros estudios podría averiguarse si el grado de control que tienen los maestros dentro del grupo y el tipo de interacción que sostienen con sus alumnos están relacionados con su tolerancia hacia la emisión de conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad.

Relativo al tipo de escuela, los resultados mostraron que consistentemente los maestros de escuelas privadas fueron más estrictos al juzgar las 18 conductas del DSM-IV que caracterizan el TDAH que los de las escuelas públicas. Este hallazgo es similar al reportado en investigaciones anteriores, dado que se ha encontrado que los maestros de escuelas privadas y de escuelas



urbanas tienen en mayor grado que los de escuelas públicas y de rurales a etiquetar a sus alumnos con TDAH (Schneider & Eisenberg, 2006; Holst, 2008).

El que los maestros de escuelas privadas sean menos tolerantes a la emisión frecuente de las conductas características de TDAH que los de las públicas podría explicarse por el hecho de que se ha documentado que la disciplina es más estricta en las primeras escuelas que en las segundas (e.g., Farmer, 1999). Una disciplina estricta en las escuelas privadas podría conducir a que los maestros de dichas escuelas tendieran a juzgar las conductas de los niños como inapropiadas con mayor facilidad que en las públicas. Glass y Wegar (2000) reportaron que en las escuelas privadas hay un mayor número de niños etiquetados con TDAH que en las públicas, lo cual es congruente con los resultados del presente estudio. Holst (2008) encontró que los maestros de escuelas urbanas juzgaron en mayor grado que los de escuelas rurales ciertas conductas de los niños como inapropiadas. Posiblemente, en las escuelas rurales la disciplina sea menos estricta que en las urbanas. Estos hallazgos son congruentes con que dependiendo de las circunstancias, una misma conducta podrá o no ser juzgada por un maestro como normal o anormal. En futuros estudios será necesario determinar si efectivamente la disciplina está relacionada con la tolerancia de los maestros hacia la emisión frecuente de las conductas características del TDAH.

### **Conocimiento sobre el TDAH, conductas emitidas por un niño con la etiqueta y forma de tratarlo**

El segundo propósito del estudio fue averiguar la influencia de las variables sociodemográficas y situacionales sobre el conocimiento que tenían los maestros de primaria sobre el TDAH, las conductas que esperarían que un niño con esta etiqueta emitiera dentro del

salón de clases y la forma cómo lo tratarían. Considerando a la muestra total de maestros participantes en el estudio, los resultados mostraron que la inmensa mayoría (más del 80%) mencionó saber que es el TDAH. Estos maestros señalaron que como su nombre lo indica, el TDAH consiste en un problema de atención e hiperactividad. Este hallazgo sugiere la posibilidad de que muchos maestros dijeran saber en qué consiste el TDAH por pura deseabilidad social. Debido a que el investigador les mencionó que el estudio era sobre TDAH, es posible que al responder el cuestionario hayan creído que era correcto y esperable dada su profesión afirmar saber en qué consistía el TDAH. Esta suposición parece cierta si se toma en consideración que al señalar en qué consiste el TDAH los maestros omitieron mencionar la impulsividad que no forma parte del nombre del trastorno. El porcentaje de maestros que reportó no saber en qué consiste el TDAH (aproximadamente el 20%) es similar al hallazgo reportado por Palacios-Cruz et al. (2011) quienes encontraron que 31% de padres mexicanos informaron no saber qué es el TDAH, pero es menor que la reportada en estudios hechos principalmente en Estados Unidos (e.g., Ghanizadeh et al., 2006; Jarque & Tárraga, 2009; Perold et al., 2010). Por ejemplo, Ghanizadeh et al. encontraron que el 85.7% de los maestros reportó que la información que tenían respecto al TDAH era escasa o nula. A continuación se discutirán los resultados obtenidos conforme a las variables sociodemográficas y situacionales.

### **Características sociodemográficas de los maestros.**

Respecto del sexo, los resultados mostraron que un mayor porcentaje de mujeres que de hombres reportó saber que era el TDAH. Además de señalar que el TDAH es un problema de atención e hiperactividad, una mayor proporción de maestras que de maestros consideró que se trata de un problema del funcionamiento cerebral. Las maestras señalaron que esperarían un peor

comportamiento de los niños con esta etiqueta que los maestros, pero curiosamente señalaron que utilizarían estrategias que implican sus propias acciones para tratar a este niño. Los resultados de estudios anteriores no han sido consistentes respecto al conocimiento de los maestros en función de su sexo sobre el TDAH y a qué lo atribuyen. En algunos estudios no se encontraron diferencias en función del sexo de los maestros (Ghanizadeh et al., 2006; Jerome et al., 1994; Scituito et al., 2000). En cambio, McLeod et al. (2007) encontraron que las maestras reportaron tener mayor información sobre el TDAH y tendieron a describirlo en mayor grado en adherencia con los criterios del DSM-IV que los hombres. Este hallazgo es consistente con el del presente estudio. McLeod et al. sugirieron que el conocimiento de las mujeres sobre el TDAH es más consistente que el de los hombres con conceptos psiquiátricos y que tienen actitudes más favorables hacia el reconocimiento de este etiquetamiento y al uso de tratamientos farmacológicos para controlarlo. En México, Palacios-Cruz et al. (2011) encontraron resultados similares, dado que una mayor proporción de madres que de padres de familia respondió saber en qué consistía el TDAH y lo consideró como una enfermedad real.

Relativo a la edad, los adultos de entre 43 y 70 años informaron tener mayor conocimiento que los jóvenes sobre el TDAH. En investigaciones anteriores se han mostrado resultados contradictorios respecto a las diferencias entre el conocimiento de los maestros respecto al TDAH en función de la edad. En varios estudios no se encontraron diferencias entre maestros jóvenes y adultos (Jarque & Tárraga, 2009; Perold et al., 2010). En cambio, Ghanizadeh et al. (2006) encontraron que los maestros de 40 años o más dijeron tener más conocimiento sobre en qué consistía el TDAH que los de menor edad. Este resultado coincide con los hallazgos del presente estudio. Los maestros adultos consideraron que el TDAH consiste, además de problemas de inatención e hiperactividad, de un problema de falta de habilidades

sociales o de retraso en el desarrollo. En cambio, una mayor proporción de jóvenes mencionó que el TDAH consiste de un problema en el funcionamiento cerebral. Es decir, éstos últimos se adhirieron en mayor grado al punto de vista psiquiátrico. Los adultos dijeron que esperarían un mejor comportamiento de los niños etiquetados con TDAH que los jóvenes y que utilizarían estrategias como sentar al niño cerca de ellos, que lo tratarían con mayor paciencia y tolerancia y que solicitarían el apoyo de los padres en mayor grado que los jóvenes. Así, a pesar de que una mayor proporción de maestros adultos reportó saber en qué consiste el TDAH, también se mostraron más tolerantes que los jóvenes respecto al comportamiento de los niños y respecto a cómo tratarían a uno de sus alumnos etiquetado con TDAH. Este hallazgo sugiere que el conocimiento sobre el TDAH per se no determina la adherencia al punto de vista psiquiátrico como se había sugerido en estudios anteriores (e.g., Stevens et al., 1998). Los resultados del presente estudio corresponden con los de otros estudios en los que también se encontró que los maestros adultos y con mayor experiencia docente reportaron un mayor conocimiento sobre el TDAH, pero también fueron más tolerantes hacia las conductas de los niños con dicha etiqueta y utilizaban estrategias de enseñanza positivas en mayor grado que los maestros jóvenes (Glass, 2000; Kos, Richadale, & Jackson, 2004).

Respecto a la clase social, se encontró que un mayor número de maestros de clase social media que los de clase baja respondió saber qué era el TDAH y lo definieron como un problema de atención y de hiperactividad, así como del funcionamiento cerebral. También este grupo fue más estricto al describir las conductas que esperaría de un niño con la etiqueta de TDAH y en mencionar que de tener un alumno con dicho etiquetamiento implementaría estrategias por su propia cuenta como darle atención individualizada o mantenerlo cerca. Estos resultados corresponden con los de estudios previos en lo que se ha encontrado que las personas con

mayores ingresos económicos tienen un mayor conocimiento sobre en qué consiste el TDAH, fueron más consistentes con los criterios psiquiátricos, así como también mostraron tener una mejor actitud hacia los tratamientos farmacológicos empleados (McLeod, et al., 2007; Schnittker, Pescosolido & Croghan, 2005).

En suma, las maestras, los jóvenes y los maestros de clase social media tendieron a coincidir en mayor grado que sus contrapartes con que el TDAH es una enfermedad que consiste en un mal funcionamiento del cerebro y esperan un mayor número de conductas inapropiadas por parte de los niños etiquetados. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos sobre el nivel de tolerancia hacia la emisión de las conductas de dicho trastorno por estos mismos grupos de maestros y confirman que tenderían con mayor facilidad que sus contrapartes a asignar una etiqueta a sus alumnos. En futuros estudios sería interesante averiguar si las mujeres, los jóvenes y los maestros de clase media que afirman saber en qué consiste el TDAH tienden a juzgar con mayor facilidad una conducta como anormal que los miembros de esos mismos grupos que afirman no saber en qué consiste el TDAH.

### **Variables situacionales.**

Respecto del grado escolar que enseñaban los maestros, los resultados mostraron que un porcentaje mayor de los de 5° y 6° de primaria dijo saber en qué consiste el TDAH, en comparación con los de grados inferiores. Esos mismos maestros señalaron en mayor grado que los demás que el TDAH consiste de un problema en el funcionamiento cerebral y que un niño etiquetado emitiría un mayor número de conductas inapropiadas. Los maestros de 5° y 6° solicitarían la ayuda de un especialista en mayor grado que los otros maestros y estarían menos dispuestos a darle supervisión individual y actividades especiales. Estos resultados sugieren que

los maestros de 5° y 6° se adhieren en mayor grado que los de grados inferiores al punto de vista psiquiátrico sobre la enfermedad mental. No existen estudios anteriores con los que se puedan comparar los resultados obtenidos en el presente estudio. No obstante, los resultados son congruentes con lo que se encontró respecto a la tolerancia de los maestros hacia la emisión de las conductas características del TDAH, ya que los maestros de 5° y 6° fueron menos tolerantes que los de grados inferiores y comprueban que tenderían a etiquetar a sus alumnos con mayor facilidad.

Relativo al tamaño del grupo, los resultados mostraron que una mayor proporción de maestros que atendían grupos pequeños en comparación con los que atendían grupos medianos o grandes señaló que sabía en qué consistía el TDAH. Esos mismos maestros dijeron que el TDAH consistía de un problema en el funcionamiento cerebral, en comparación con los de grupos medianos y grandes que señalaron en mayor grado que se debía a falta de habilidades sociales o a un retraso en el desarrollo. Los maestros de grupos pequeños esperaban un peor comportamiento de los niños que los que atendían grupos medianos o grandes y estarían menos dispuestos a realizar actividades con el niño que los involucren como darle supervisión individual, sentarlo cerca de ellos o tratarlo sin distinción de los otros niños. Estos resultados son congruentes con los reportados antes respecto a que los maestros que atienden grupos pequeños son menos tolerantes que los que atienden grupos medianos o grandes a la emisión frecuente de las conductas características del TDAH. No existen estudios anteriores con los cuales comparar los hallazgos respecto a diferencias en función de las variables situacionales que se estudiaron en función del tamaño del grupo que atiende un maestro. Los datos aquí reportados representan una contribución al respecto. En futuras investigaciones será necesario averiguar si entre otros maestros de primaria se confirman los hallazgos del presente estudio.

Respecto al tipo de escuela en la que laboraban los maestros, se encontró que un menor porcentaje de los de escuelas públicas que los de privadas respondieron saber en qué consistía el TDAH, esperarían un peor comportamiento de un niño con ese etiquetamiento y solicitarían la ayuda de los padres en caso de tener un niño con TDAH. Estos resultados son contradictorios con los mostrados por Glass (2000) quien encontró que una mayor cantidad de maestros de escuelas públicas fueron los que reportaron tener conocimiento sobre el TDAH comparados con los maestros de escuelas privadas. Si bien no hay un estudio con el que se pueda comparar directamente la forma de tratar a un niño con este etiquetamiento entre maestros de escuelas públicas y privadas, Pisecco et al. (2001) compararon la forma de tratar a un niño con TDAH entre maestros de escuelas urbanas y rurales. Los autores encontraron que los maestros de escuelas rurales preferían el uso de estrategias de modificación conductual por su efectividad que el uso de medicamentos comparados con los maestros de escuelas urbanas. Resultados similares se reportaron en un estudio de Palacios-Cruz et al. (2001) con padres mexicanos. En ese estudio los autores encontraron que más de la mitad de los padres mencionaron que las estrategias conductuales son el tratamiento más eficaz para los niños con TDAH y muy pocos padres (6.6%) recurriría al uso de tratamientos farmacológicos. Estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar futuros estudios para averiguar la influencia del tipo de escuela sobre el conocimiento que tienen los maestros sobre el TDAH y el grado en el que se adhieren al punto de vista psiquiátrico sobre este supuesto trastorno.

En suma, los maestros de 5° y 6°, que atendían grupos pequeños y de escuelas privadas tendieron a coincidir en mayor grado que sus contrapartes con que el TDAH consiste en un mal funcionamiento del cerebro y esperarían un peor comportamiento de los niños etiquetados. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos sobre el nivel de tolerancia hacia la emisión de las

conductas de dicho trastorno por estos mismos grupos de maestros y confirman que tenderían con mayor facilidad que sus contrapartes a asignar una etiqueta a sus alumnos. Como ya se mencionó, existen pocos estudios anteriores en los cuales se haya comparado el conocimiento de los maestros sobre el TDAH, las conductas que lo caracterizan y la forma en la que tratarían a un niño con este etiquetamiento entre maestros de diferentes grados escolares, que enseñan a grupos de diferente tamaño y de acuerdo con el tipo de escuela en la que trabajan. En consecuencia una contribución del presente estudio fue documentar diferencias en función de esas variables situacionales. En futuros estudios sería interesante confirmar los hallazgos aquí reportados.

Independientemente de las características sociodemográficas de los maestros y de las variables situacionales, hubo resultados que fueron comunes a todos los maestros. Además de las conductas incluidas en el DSM-IV, los maestros señalaron que ser agresivo, no mostrar interés y molestar a los compañeros de clase son conductas que emitirían los niños etiquetados con TDAH. Este hallazgo muestra que si bien algunos maestros tienden a coincidir con los criterios del DSM-IV sobre cuáles conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad son inapropiadas, también se fijan en otras conductas que podrían conducirlos a etiquetar a un niño con TDAH. El que los maestros se fijan en conductas diferentes a las del DSM-IV se documentó también en un estudio hecho en Estados Unidos en el que se encontró que consideraron que ser agresivo e irritable eran conductas típicas de niños con TDAH (Dryer et al., 2006). Este resultado muestra que cada maestro pondrá atención a ciertas conductas de un niño y que en función de su propio juicio decidirá si tiene un problema de inatención o hiperactividad. Este hallazgo sugiere que existe un serio problema en la definición de la inatención, hiperactividad e impulsividad, dado que cada observador incluirá en su definición diferentes conductas infantiles. Un hallazgo interesante del presente estudio fue que la mayoría de los maestros (i.e., alrededor de un 70%) mencionó que la



forma en la que tratarían a sus alumnos con TDAH sería implementar estrategias didácticas que los involucraban, como darles supervisión individual o sentarlos cerca de ellos. Este hallazgo sugiere que algunos maestros consideraron acertadamente que cambios en el medio ambiente dentro del salón de clases y específicamente en su propia conducta repercutirían en un cambio en la conducta del niño. Así, aunque algunos de los resultados del presente estudio sugieren que ciertos maestros efectivamente creen que el TDAH es una enfermedad, otros resultados sugieren que esos mismos maestros no están del todo seguros que dicha “enfermedad” sea inherente al niño, dado que están dispuestos a modificar la situación para tratar de mejorar su conducta. Aún más, es importante señalar que alrededor de un 10% de los maestros señaló que el TDAH debe ser aprendido debido a una falta de habilidades sociales o a deficiencias en el ambiente familiar. Obviamente, esos maestros no se han adherido al punto de vista psiquiátrico sobre el TDAH. Estos hallazgos son consistentes con el punto de vista psicológico respecto a que considerar una conducta como anormal depende de quien la juzgue como tal y respecto a que es factible modificar dicha conducta cambiando el medio ambiente en el que se emite para que los otros la juzguen como normal (cf. Ullman & Krasner, 1975; Zalinger, 1980, 1981).

### **Consideraciones generales**

Considerando las variables sociodemográficas y situacionales estudiadas, globalmente los resultados del estudio mostraron que las mujeres, los maestros jóvenes, de clase social media, que enseñaban en 5° y 6°, que atendían grupos pequeños y que laboraban en escuelas privadas juzgaron en mayor grado que sus contrapartes ciertas conductas como deficitarias o excesivas. Estos resultados sugieren que esos mismos maestros estarán inclinados en mayor grado que sus contrapartes a etiquetar a un niño con TDAH. Este hallazgo coincide con la definición de

conducta anormal desde un punto de vista psicológico (cf. Ullman & Krasner, 1975; Zalzinger, 1980, 1981), dado que el juicio sobre si una conducta es deficitaria o excesiva dependerá de quien emite el juicio. El que un niño sea etiquetado con TDAH por parte de su maestro depende de ciertas características del propio maestro como su sexo, edad o clase social y de ciertas circunstancias como el grado escolar en el que enseñe, el tamaño del grupo que atiende y el tipo de escuela en la que trabaje. Un niño etiquetado con TDAH por su maestra en una escuela puede no ser etiquetado por otro maestro en una escuela diferente. Aún más, un niño etiquetado con TDAH por una maestra puede no ser etiquetado por la misma maestra en circunstancias diferentes (i.e., si el niño es integrante de un grupo de diferente tamaño). En consecuencia, los resultados del estudio confirmaron que una misma conducta no es anormal o normal, sino que sólo en ciertas instancias sociales, un niño puede emitir conductas que un observador (e.g., una maestra joven, de clase media, que atiende un grupo pequeño en una escuela privada) considera que son inesperadas, bizarras, desviadas o inadaptativas y las etiqueta como conducta “anormal” y considera necesario que sean modificadas (cf. Goode, 2000; Ullman & Krasner, 1975; Zalzinger, 1980, 1981).

En el DSM-IV se establece que para que un niño sea etiquetado con TDAH es necesario que emita seis de 18 conductas “a menudo” en uno de dos escenarios, la casa o la escuela. El presente estudio buscó averiguar la frecuencia con la que niños “normales” emiten las conductas características del TDAH en uno de los dos escenarios, la escuela y en un contexto específico, durante las horas de clase. Los resultados mostraron que casi la mitad de los maestros que participaron en el estudio (44.3%) consideró que es apropiado que un niño normal emita en el salón de clases seis o más de las 18 conductas tanto como ocho veces cada hora. Además, la inmensa mayoría de los maestros (89%) señaló que es apropiado que un niño normal emita

durante las horas de clase por lo menos una de las conductas frecuentemente. Estos resultados confirman que considerar dichas conductas como excesivas o deficitarias dependerá del maestro que haga el juicio. La mitad de los maestros que participaron en el estudio tenderá a considerar que ciertas conductas representan una deficiencia de atención, un exceso de actividad y una deficiencia de reflexión y en consecuencia tenderá a etiquetar a sus estudiantes con TDAH. La otra mitad tenderá a considerar que esas mismas conductas son normales y a no asignar ninguna etiqueta. Únicamente en un estudio anterior se averiguó la frecuencia con la que los niños emiten las conductas características del TDAH frecuentemente. Reiner (2009) encontró, al igual que en el presente estudio, que casi la mitad de los maestros de primaria estadounidenses (42.1%) que participaron en su estudio consideró que los niños emiten frecuentemente ocho o más de las 18 conductas que caracterizan el TDAH. Una limitación del estudio de Reiner fue que su muestra de maestros fue muy pequeña ( $N = 20$ ) y en consecuencia no fue posible concluir si sus resultados eran generalizables a otras muestras de maestros de primaria. En ningún estudio anterior se había averiguado con una muestra relativamente grande de maestros de primaria ( $N = 691$ ) la frecuencia con la que los niños promedio emiten en el salón de clases las conductas características del TDAH, lo cual fue una de las contribuciones del presente estudio. Los resultados del presente estudio, en conjunto con los de Reiner, muestran que una gran proporción de maestros de primaria considera normal la ocurrencia frecuente en el salón de clases de las conductas características del TDAH. Los resultados del presente estudio mostraron que los criterios del DSM IV para etiquetar a un niño con TDAH hacen referencia no sólo a conductas que la mayoría de los niños presentan, sino que éstos las emiten cotidianamente de manera frecuente en el salón de clases. La determinación de que la frecuencia o intensidad de ciertas

conductas es excesiva o deficitaria para justificar un etiquetamiento dependerá del maestro que haga el juicio y no de criterios absolutos estándar especificados en el DSM-IV.

En el DSM-IV sólo se establece que para que un niño sea etiquetado con TDAH debe emitir 18 conductas “a menudo”, pero no se especifica a qué se refiere dicha frecuencia. En el presente estudio se encontró que conforme los maestros de primaria participantes, frecuentemente se refiere a la emisión de una conducta tanto como ocho veces en promedio ( $\pm 2$ ) en una hora, mientras que algunas veces se refiere a la emisión de una conducta cuatro veces en promedio ( $\pm 1$ ) en una hora. Este hallazgo fue otra de las contribuciones del estudio, dado que hasta la fecha se desconocía qué tan frecuentemente un niño debe emitir una conducta para que sea considerada normal. Conforme los resultados encontrados relativos al significado numérico de emitir una conducta con cierta frecuencia, se puede concluir que para que la mitad de los maestros considere anormal la emisión de alguna de las conductas características del TDAH, un niño debe emitirlas con una frecuencia mayor a entre seis y 10 veces por hora. En cambio, para que la otra mitad considere que una conducta es anormal un niño debe emitirla entre tres y cinco veces en una hora. Evidentemente cada maestro tendrá no sólo su propia definición de a qué se refiere “a menudo”, sino sobre cuáles conductas considerará como deficitarias en atención, excesivas en actividad y deficitarias en reflexión. En consecuencia, la definición de a qué se refiere una conducta normal o anormal no es universal, aún entre los miembros de una misma cultura.

Si bien en el DSM-IV se enlistan una serie de conductas que un niño debe emitir frecuentemente para considerar asignarle la etiqueta de TDAH, la forma en que están descritas las conductas es muy ambigua. En la lista se incluyen tanto conductas que están definidas en términos observables (e.g., permanece en su asiento, responde o comenta cosas relacionadas con

el tema) como no observables (e.g., razona y muestra interés). El problema de no especificar exactamente qué tiene que ver un observador para decir que un niño emite una cierta conducta es que el afirmar que efectivamente la emite se convierte en una especie de prueba proyectiva. Cada persona a quien se le pregunte si por ejemplo un niño a menudo no presta suficiente atención a los detalles, tendrá una definición diferente de a qué se refiere que no preste atención, que ésta sea insuficiente y sobre qué representa un detalle. Evidentemente se esperaría que un manual para “diagnosticar” las llamadas enfermedades mentales fuera muy específico respecto a lo que un niño hace. A pesar de dicha ambigüedad, en el presente estudio se utilizaron los mismos enunciados que aparecen en el DSM-IV, debido a que son la base para determinar que la conducta de un niño es deficiente en atención y reflexión y excesiva en actividad y son los que permitieron comparar los resultados obtenidos con los de estudios anteriores. Otra razón para emplear esos enunciados fue que la mayoría de los instrumentos que existen para establecer si un niño emite las conductas características del TDAH incluyen los mismos enunciados (e.g., DuPaul, et al., 1998). En el presente estudio se pidió a los maestros que mencionaran con sus propias palabras las conductas inapropiadas y apropiadas de atención, actividad y reflexión de niños de primaria en el salón de clases. Se encontró que la mayoría de las respuestas (i.e., 60.8% de las inapropiadas y 81.8% de las apropiadas) hicieron referencia a conductas no observables. Este hallazgo muestra que los maestros no fueron capaces de definir en términos operacionales las conductas de los niños que consideran normales y anormales. Desde luego, es imposible saber a qué conductas específicas hicieron referencia los maestros y por lo tanto no se puede concluir qué tiene que hacer un niño para que un maestro considere que su conducta es inapropiada. No obstante, lo mismo es cierto respecto a las conductas incluidas en el DSM-IV que sirven para etiquetar a un niño con TDAH. En futuros estudios sería recomendable que se

observara directamente el comportamiento de los niños en el salón de clases, se registrara la frecuencia de emisión de conductas específicas y la reacción de los maestros a cada una de éstas. Posteriormente se podría preguntar a una muestra grande de maestros si las conductas de atención, actividad y reflexión que emiten de hecho los niños en el salón de clases son consideradas por ellos apropiadas o inapropiadas en función de su frecuencia.

En estudios anteriores se mostró que los juicios sobre una misma conducta infantil varían entre maestros y padres de una misma cultura, siendo que mientras que unos la juzgan como normal, otros la juzgan como anormal (e.g., Amador-Campos et al., 2006; Antrop et al., 2002; Biederman et al., 1993; De Nijs et al., 2004; Hutchinson et al., 2001; Mistis et al., 2000; Ortiz-Luna & Aclé-Tomasini, 2006). Los resultados de estos estudios sugerían que los maestros por una parte y los padres por otra tienden a juzgar las conductas infantiles de manera similar. No obstante, en el presente estudio se mostró que los juicios de los maestros de primaria sobre si una conducta es normal o anormal no son uniformes. De hecho, la dispersión de los puntajes alrededor de las medias de la frecuencia con la que los maestros consideraron que un niño promedio emite normalmente cada una de las conductas características del TDAH fue muy alta. Esto muestra que aún entre maestros con una misma característica los juicios sobre la frecuencia con la que considerarían que una conducta difiere de lo normal varía considerablemente. Este hallazgo no es sorprendente si se considera que aún los propios psiquiatras juzgan una misma conducta como anormal dependiendo de las circunstancias y le asignan a la misma conducta diferentes etiquetas (Langer & Abelson, 1974). Langer y Abelson reportaron que psiquiatras que juzgaron la conducta de supuestos pacientes y de supuestos solicitantes de empleo asignaron etiquetas diferentes a cada persona y además tendieron a juzgar la conducta de los supuestos pacientes como anormal en mayor grado que la de los supuestos solicitantes de empleo. En

consecuencia, el asignarle a un niño una etiqueta basándose en criterios tan ambiguos como los incluidos en el DSM-IV y que dependen del criterio subjetivo de un observador es un error muy serio.

El etiquetamiento de TDAH tiene serias consecuencias sociales para un niño, desde ser rechazado por sus compañeros de clase y por sus maestros, hasta consecuencias físicas como el ser medicado para aumentar su atención y disminuir su actividad e impulsividad (e.g., Lee & Neuharth-Pritchett, 2008). Respecto a las consecuencias sociales, una vez etiquetado la gente tenderá a interpretar la conducta del niño conforme la etiqueta, independientemente de la conducta específica que emita el niño e del contexto. Esto es congruente con los postulados de la teoría del etiquetamiento (cf. Becker, 1963). De acuerdo con esta teoría, la identidad de un individuo, así como su conducta estará determinada o influenciada por los términos que se emplean para describirla. El grupo social no sólo interpretará cualquier conducta que emita una persona en función de la etiqueta que se le asignó, sino que el individuo se comportará acorde con las expectativas sociales, es decir, emitirá conducta que otros juzgan como anormal (Rist, 1998; Scheft, 1984). Relativo a las consecuencias físicas, dado que los psiquiatras consideran que el TDAH es un trastorno, que implica un estado del organismo, un niño etiquetado con TDAH recibirá un mismo tratamiento para una “enfermedad” que se infirió de su conducta. Conrad y Schneider (1992) señalaron que los problemas conductuales se definen en términos médicos, se adopta un marco médico para entenderlos y se emplea una intervención médica (i.e., los medicamentos) para tratarlos. De acuerdo con los psiquiatras, el éxito de los fármacos radica en que tienen el efecto de modificar la conducta de los niños. Sin embargo, se ha demostrado que los estimulantes afectan de forma similar la conducta tanto de niños normales como de niños etiquetados con TDAH, dado que en ambos casos mejora

su actividad motora (Rapoport et al., 1980). La administración de fármacos como tratamiento para el TDAH tiene efectos secundarios a largo plazo serios (e.g., dolor de estómago, insomnio, pérdida de apetito, irritabilidad y ansiedad) (Barkley, 1990; Basit, 2007; Roche, Lipman, Overall, & Hung, 1979). Se ha encontrado que en Estados Unidos ha aumentado aproximadamente un 700% el uso de medicamentos para tratar las llamadas enfermedades mentales de los niños (LeFever, Arcona, & Antonuccio, 2003). Existe evidencia de que aún después de recibir tratamiento farmacológico durante la infancia, los niños etiquetados con TDAH continúan teniendo problemas de conducta. Por ejemplo, Fischer, Barkley, Fletcher, y Smallish (1993) hicieron un estudio longitudinal y encontraron que entre el 50 y el 80% de los niños que habían sido etiquetados con TDAH durante la primaria, continuaban en la adolescencia presentando problemas de aprendizaje, de relaciones interpersonales, eran agresivos, abusaban de sustancias y tenían problemas emocionales. Además, reportaron que más del 80% de los niños etiquetados con TDAH continuaron comportándose de forma inatenta, hiperactiva e impulsiva hasta la adolescencia y el 65% hasta la edad adulta. También existe evidencia de que es común que los pacientes internados en un hospital psiquiátrico diagnosticados con alguna enfermedad mental continúen en dicha institución aún después de que dejan de manifestar las conductas que condujeron al etiquetamiento (cf. Ullman & Krasner, 1975). Sobra decir que esta situación es inaceptable, dado que un psicólogo podría modificar la conducta del niño para que los demás la juzguen como “normal”. Después de todo, como lo demostró Sidman (1960) la conducta anormal está gobernada por los mismos principios sistemáticos y ordenados que gobiernan la conducta normal. Si se identifican los parámetros responsables de la conducta, los maestros podrían controlar la emisión por parte de sus alumnos de conducta que ellos consideren como normal. La tarea de los psicólogos consistirá en identificar dichos parámetros para después



transmitírseles a los maestros para que los pongan en práctica. Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que la mejor recomendación que se le podría dar a un padre cuyo niño está siendo etiquetado con TDAH por su maestro sería por lo menos un cambio de maestro y preferiblemente un cambio de escuela.

Los resultados del presente estudio también mostraron que los maestros que fueron más estrictos para evaluar como normal la emisión de las conductas características del TDAH también fueron los que reportaron conocer en qué consiste éste, en creer que tiene una causa biológica y en considerar que el tratamiento adecuado es enviar al niño con un especialista. Este hallazgo no es sorprendente si se considera que se ha demostrado que entre ciertos subgrupos culturales ha habido una asimilación mayor que entre otros subgrupos de las suposiciones sobre en qué consisten y cómo deben tratarse las llamadas enfermedades mentales prevalecientes en la cultura occidental, principalmente en Estados Unidos (cf. Watters, 2010). Es importante mencionar que las llamadas enfermedades mentales no son universales, ni entre países ni entre distintas épocas (cf. Watters, 2010). Algunas “enfermedades mentales” han sido únicas de ciertas culturas. Por ejemplo, en Indonesia existe una “enfermedad” llamada amok que consiste en que después de que una persona es objeto de un insulto social, ésta sufre de una rabia salvaje, que genera que la persona corra locamente estando armada y ataque, hiera o mate indiscriminadamente a las personas o animales con las que se topa. Este ataque continúa hasta que es inmovilizada o cuando se suicida (cf. Sofsky, 2004; Watters, 2010). Entre ciertos grupos del sudeste asiático existe una “enfermedad” llamada koro, que se caracteriza por la creencia de que el miembro masculino se está retrayendo dentro del cuerpo. Algunas “enfermedades mentales” como la histeria han sido propias de una época y luego han prácticamente desaparecido. Watters mencionó que ciertas “enfermedades mentales” han aparecido y desaparecido incluso durante el

transcurso de una sola generación. Watters mostró que uno de los efectos de la globalización es que las “enfermedades mentales” en Estados Unidos se han expandido a todo el mundo con una rapidez que es semejante a la de una enfermedad contagiosa. Por ejemplo, este autor señaló que hasta principios del siglo XXI en Japón no existía la depresión ni una palabra para referirse a ésta. En Japón la tristeza, el dolor y la melancolía son aceptados socialmente y vistos como una parte inevitable de la naturaleza humana y son aún bienvenidos dado su valor simbólico como recordatorio de la naturaleza efímera del mundo. La capacidad de una persona de experimentar gran tristeza era considerada en Japón no como una falla o una carga, sino como una marca de fuerza y distinción. Los criterios diagnósticos para la depresión incluidos en el DSM no tenían ningún sentido en la cultura japonesa. Las compañías farmacéuticas introdujeron en Japón el concepto de depresión y de las medicinas para “curarla” señalando que se trataba de “una gripa del alma” y que los antidepresivos eran la cura. Hoy en día hay miles de japoneses que consumen drogas antidepresivas. Además de la influencia de las compañías farmacéuticas, la expansión a nivel mundial de las enfermedades mentales se ha debido también a que muchos clínicos e investigadores que se forman en Estados Unidos aplican en su país las nociones de “enfermedad mental” que aprendieron. Existe evidencia de que hay una clara relación entre el reconocimiento oficial en un país de la existencia de una “enfermedad mental” y el creciente número de personas que la padecen (Watters, 2010). También existe evidencia de que una vez que se aprueba el uso de un medicamento psiquiátrico, la incidencia del padecimiento para el que está destinado aumenta considerablemente (Whitaker, 2010). Por ejemplo, en las dos décadas posteriores a 1987, año en que se aprobó el uso del Prozac, el número de deprimidos aumentó de 355,000 a 3.77 millones (cf. Whitaker, 2010). En el caso de los niños, mientras que en 1987 sólo había un 5.5% de niños estadounidenses “diagnosticados” con alguna enfermedad mental, para el 2007 la

cifra aumentó al 50% (cf. Whitaker, 2010). Estos datos muestran que a pesar de que en psiquiatría se afirma que el conocimiento ha avanzado para “curar” las llamadas enfermedades mentales, paradójicamente el número de personas etiquetadas ha aumentado considerablemente. Estos hallazgos servirían para explicar la razón por la que los maestros que participaron en el estudio que tenían más información sobre el TDAH fueron también los que estarían más inclinados a asignar dicha etiqueta a sus alumnos. En vista de la evidencia mencionada, sería posible concluir que no hay una explicación natural y universal de en qué consiste una “enfermedad mental”, sino más bien que la clase de conductas que se consideran anormales dependen de una cultura y de un tiempo específico.

En estudios anteriores se encontró que los juicios de profesionales, padres y maestros tanto de una misma cultura como de diferentes países difieren respecto a si la misma conducta de un niño es normal (e.g., Alban-Metcalf et al., 2002; Dominguez-Ramirez & Shapiro, 2005; Hackett & Hackett, 1993; Luk et al., 2002; Mann et al., 1992; Stevenson & Stigler, 1992; Tolor, Scarpetti & Lane, 1967; Williams, 2003). Los resultados de todos estos estudios mostraron que las expectativas culturales determinan qué conductas son consideradas como deficitarias o excesivas y sugieren que un mismo niño puede ser etiquetado con TDAH en una cultura o en un subgrupo, pero no en otro. El presente trabajo contribuyó a averiguar cómo varían los juicios de maestros de primaria mexicanos sobre la frecuencia normal de emisión de las conductas del TDAH, pero no averiguó cómo varían los juicios de profesionales de la salud y de padres de niños de primaria. Dado que los juicios de los maestros variaron en función de sus características sociodemográficas, es muy posible que los juicios de los profesionales y de los padres también varíen en función de su sexo, edad y nivel socioeconómico. Dado que los padres y los maestros son quienes están en contacto diario con los niños, ellos son quienes reportan a un

especialista la frecuencia con la que los niños emiten las conductas características del TDAH. Si bien la etiqueta de TDAH es asignada por un especialista, el juicio de padres y maestros sobre la conducta de un niño es esencial para decidir quién debe recibir tratamiento especializado. Dada la importancia de los padres para reportarle a un especialista las conductas de sus hijos que consideran anormales y que requieren intervención, en futuros estudios será necesario determinar la frecuencia con la que los padres consideran normal la emisión de las conductas del TDAH en un contexto específico. También sería necesario que en futuros estudios se estableciera si los juicios de los profesionales de la salud sobre cuáles conductas infantiles son normales varían en función de sus características sociodemográficas. Sería interesante que en futuros estudios se determinara no sólo como varían los juicios de profesionales, padres y maestros mexicanos sobre cuáles conductas son consideradas normales y si son consistentes entre subgrupos culturales (i.e., en función del sexo, edad y nivel socioeconómico), sino también se estableciera su similitud respecto a personas de otras culturas.

En psicología, el estudio del desarrollo tradicionalmente se ha centrado en describir, entender y predecir las conductas que la mayoría de los niños presenta (cf. Papalia, 1985). De forma similar, el estudio de la conducta anormal se ha centrado en describir las conductas infantiles que se desvían de las promedio y en tratar de identificar los factores responsables de la conducta desviada. En muchos estudios se ha asumido que las variables responsables de la conducta anormal están relacionadas con las características de los propios niños (cf. McIntyre, 1988). Esta suposición posiblemente se ha debido a que la definición misma de desarrollo implica que durante el transcurso de la vida de un organismo, su conducta, estructura, fisiología y bioquímica parecen cambiar de forma ordenada, predecible y sistemática (cf. Bijou & Baer, 1961). Si existe una desviación del estado ordenado, gran parte de la culpa debe recaer sobre el

propio individuo. En consecuencia, los investigadores han buscado establecer la influencia de variables como la inteligencia, la ejecución académica, el sexo, la edad, la raza o el nivel socioeconómico del niño, entre otras, para tratar de explicar las razones por las que éste no se comporta conforme lo esperado (cf. McIntyre, 1988). Así por ejemplo, dado que se ha encontrado que la proporción de niños etiquetados con TDAH es mayor que la de las niñas, en algunos estudios se ha buscado averiguar qué aspectos inherentes a la conducta de los niños y de las niñas es responsable de dichas diferencias (e.g., McIntyre, 1988). No obstante, existe evidencia de que dichas características de los niños sólo explican una proporción pequeña de la varianza de la conducta “anormal” infantil (cf. McIntyre, 1988). El centrarse en las características de los propios niños ha tenido consecuencias importantes, principalmente relativas a la existencia de prejuicios que han influido en la identificación y etiquetamiento de ciertos niños. Por ejemplo, el número de niños etiquetados en Estados Unidos con TDAH es más grande en el caso de niños anglosajones que de otras razas, de niños de nivel socioeconómico alto que de bajo y es más común en ciertas regiones y en ciertos distritos escolares (e.g., Holst, 2008; Lee & Neuharth-Pritchett, 2008; Montiel-Nava et al., 2002). Esto ha llevado a muchos investigadores a postular que el número de niños etiquetados con TDAH ha sido sobreestimado (e.g., LeFever et al., 2003). Evidentemente, el asumir que la conducta anormal es una propiedad intrínseca de algunos niños, ya sea por una causa orgánica o por una característica de personalidad ha sido una aproximación errónea.

Bijou y Baer (1961) postularon que la cultura es el molde que establece las conductas apropiadas para sus miembros. De acuerdo con estos autores, la conducta será modelada por los miembros de la cultura en que se desenvuelve el niño y el grupo social es el que establece las reglas, demandas, obligaciones y conductas apropiadas para un niño. La tolerancia de un grupo

de personas hacia las conductas de los niños se establece de acuerdo con los criterios del propio grupo respecto a lo que es considerado normal en un determinado momento histórico, tal y como lo postula la teoría del etiquetamiento (cf. Becker, 1963) y la aproximación psicológica de la conducta anormal (cf. Ullman & Krasner, 1975; Zalinger, 1980). Dado que los miembros de una cierta cultura determinan qué debe hacer un niño y cuándo, de acuerdo con Baer y Rosales-Ruiz (1998) el estudio del desarrollo no debería centrarse en la conducta de la persona a quien se enseña, sino en la conducta de quién enseña. Extrapolando la sugerencia de Baer y Rosales-Ruiz al caso del TDAH, se debería estudiar la conducta de quienes deciden que la conducta del niño es anormal, más que la conducta del propio niño. En el presente trabajo se hizo justo esto último, en lugar de averiguar las características de la conducta de los niños que podrían ser etiquetados con TDAH (i.e., la conducta “inherente” a los niños hombres, de cierta edad y clase social), se averiguaron las características de los maestros que determinan que éstos tiendan a asignar la etiqueta de TDAH. Los hallazgos de la presente investigación confirmaron la sugerencia de Baer y Rosales-Ruiz sobre la importancia de estudiar la conducta de quien juzga una conducta como normal. Todos los niños de primaria emiten con alguna frecuencia las 18 conductas que caracterizan el TDAH, consecuentemente todas son conductas que pueden considerarse normales. No obstante, dependerá del maestro juzgar cada una como normal o anormal. El centrarse en el estudio de quién juzga tiene la ventaja de enfocarse en el estudio de la variable independiente, en este caso los maestros y no en la variable dependiente (i.e., la conducta del niño).

Globalmente, los resultados del presente trabajo mostraron que durante las horas de clase los niños de todos los grados de primaria emiten frecuentemente (i.e., tanto como ocho veces en una hora) conductas que en el DSM-IV se consideran a priori como anormales. Los resultados obtenidos cuestionan seriamente dicha suposición, dado que ninguna conducta es en sí misma

normal o anormal, sino que dependerá de quién la juzgue como tal. Según algunos maestros las supuestas conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad del TDAH son efectivamente inapropiadas al grado de que los niños que las emiten deberían ser atendidos por un especialista. Para otros maestros en cambio, *las mismas* conductas de los niños son normales aún dentro del salón de clases. Este hecho cuestiona seriamente la definición psiquiátrica de enfermedad mental o de trastorno de la conducta y muestra que los psicólogos en lugar de emplear el lenguaje médico y adherirse al punto de vista psiquiátrico, deberían centrarse en cómo modificar la conducta de un niño para lograr que los otros la juzguen como normal.

Una limitación del presente estudio fue que la muestra de maestros se obtuvo por conveniencia y únicamente se incluyó a maestros de primaria de escuelas de la ciudad de México, lo cual limita la generalidad de los resultados. En futuros estudios sería necesario averiguar si con otras muestras de maestros de primaria mexicanos se replica la tendencia de los maestros a juzgar consistentemente las conductas del TDAH como normales en función de sus características sociodemográficas y en función de las variables situacionales estudiadas.

## Referencias

- Achilles, C. A. (1999). *Let's put kids first, finally: Getting class size right*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Alban-Metcalf, J., Cheng-Lai, A., & Ma, L. (2002). Teacher and student ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder in three cultural settings. *International Journal of Disability, Development and Education, 49*, 281-299.
- Amador-Campos, J. A., Forns, M., & Martorell, B. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: Análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología, 32*, 51-66.
- Amador-Campos, J. A., Forns-Santacana, M., Guardia-Olmos, J., & Peró-Cebollero, M. (2006). DSM-IV Attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Agreement between informants in prevalence and factor structure at different ages. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 28*, 23-32.
- Anderson, L. W. (2000). Why should reduced class size lead to increased student achievement? En M. C. Wang, & J. D. Finn (Eds.), *How small classes help teachers do their best* (pp. 3-24). Philadelphia, PA: Temple University Center for Research in Human Development.
- Antrop, I., Roeyers, H., Oosterlaan, J., & Van Oost, P. (2002). Agreement between parent and teacher ratings of disruptive behavior disorders in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*, 67-73.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona, España: Masson.



- Baer, D., M., & Rosales-Ruiz, J. (1998). In the analysis of behavior, what does “development” mean? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 2, 127-136.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York, E. U.: The Free Press.
- Bennett, N. (1996). Class size en primary schools: Perceptions of head teachers, chairs of governors, teachers and parents. *British Educational Research Journal*, 22, 193-213.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., & Doyle, A. (1993). Diagnoses of attention deficit hyperactivity disorder from parent reports predict diagnoses bases on teacher reports. *Journal of the American of Child and Adolescence Psychiatry*, 32, 315-317.
- Bijou, S. W. (1993). *Behavior analysis of child development (2a rev.)*. Reno, NV., E. U.: Context Press.
- Bijou, S. W., & Baer, D. M. (1961). *Child development. A systematic and empirical theory*. The Century psychology series. East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.
- Bijou, S. W., & Baer, D. M. (1969). *Psicología del desarrollo infantil. Teoría empírica y sistemática de la conducta*. Primera edición en español. México: Editorial Trillas.
- Blatchford, P., Moriarty, V., Edmonds, S., & Martin, C. (2002). Relationships between class size and teaching: A multi-method analysis of English infant school. *American Educational Research Journal*, 39, 101-132.

- Blatchford, P., Russell, A., Bassett, P., Brown, P., & Martin, C. (2007). The effect of class size on the teaching of pupils aged 7-11 years. *School Effectiveness and School Improvement, 18*, 147-172.
- Borg, M. G., & Falzon, J. M. (1990). Teacher's perception of primary school children's undesirable behaviours: The effects of teaching experience, pupil's age, sex and ability stream. *British Journal of Educational Psychology, 60*, 220-226.
- Bu-Haroon, A., Eapen, V., & Bener, A. (1999). The prevalence of hyperactivity symptoms in the United Arab Emirates. *Nordic Journal of Psychiatry, 53*, 439-442.
- Bunting, C. E. (1984). Dimensionality of teacher education beliefs: An exploratory study. *The Journal of Experimental Education, 52*, 195-198.
- Caraveo-Anduaga, J. J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental, 30*, 48-55.
- Caspersen, J. C., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*, 126-131.
- Chandra, P. S. (1993). Cross-cultural psychiatry and children with deviant behaviors. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1279-1280
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia. E. U.: Temple Univesity Press.

- De Nijs, P. F. A., Ferdinand, R. F., De Bruin, E. I. Dekker, M. C. J., Van Duijn, C. M., & Verhulst, F. C. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Parent's judgment about school, teacher's judgment about home. *European Child and Adolescent Psychiatry, 13*, 315-320.
- De Quiros, G. B. (2005). El síndrome de déficit de atención con y sin hiperactividad (AD/HD). En E. Joselevich (Compiladora). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad AD/HD en niños, adolescentes y adultos* (pp. 19-39). 1era. Ed. 3era. Reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Dominguez-Ramirez, R., & Shafiro, E. S. (2005). Effects of student ethnicity on judgments of ADHD symptoms among Hispanic and White teachers. *School Psychology Quarterly, 20*, 268-287.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J, Reid, R., Ikeda, M. J., & McGoey, K. E. (1998). Parent ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20*, 83-102.
- Dryer, R., Kiernan, M. J., & Tyson, G. A. (2006). Implicit theories of the characteristics and causes of attention-deficit hyperactivity disorder held by parents and professionals in the psychological, educational, medical and allied health fields. *Australian Journal of Psychology, 58*, 79-92.
- Einarsdottir, J. (2008). Teaching children with ADHD: Icelandic early childhood teachers' perspectives. *Early Child Development and Care, 178*, 375-397.

- Einarsson, C., & Granström, K. (2002). Gender-biased interaction in the classroom: The influence of gender and age in the relationship between teacher and pupil. *Scandinavian Journal of Educational Research, 46*, 117-127.
- Ekblad, S. (1986). Social determinants of aggression in a sample of Chinese primary school children. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 73*, 515-523.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry, 2*, 104-113.
- Farmer, G. L. (1999). Disciplinary practices and perceptions of school safety. *Journal of Social Service Research, 26*, 1-38.
- Finn, J. D., Pannozzo, G. M., & Achilles, C. M. (2003). The “why’s” of class size: Student behavior in small classes. *Review of Educational Research, 73*, 321-368.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, K., & Smallish, L. (1993). The stability of dimensions of behavior in ADHD and normal children over an 8 year period. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*, 315-337.
- Flavell, J. H. (1985). *Cognitive development*. New Jersey, E.U.: Prentice-Hall.
- Gersten, R., Walker, H., & Darch, C. (1988). Relationship between teachers' effectiveness and their tolerance for handicapped students. *Exceptional Children, 54*, 433-438.
- Gesell, A. (1961). *Psicología Evolutiva. De 1 a 16 años*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling, 63*, 84-88.
- Glass, C. S. (2000). Factors influencing teaching strategies used with children who display attention deficit hyperactivity disorder characteristics. *Education, 123*, 70-79.
- Glass, C. S., & Wegar, K. (2000). Teachers perceptions of the incidence and management of attention deficit hyperactivity disorder characteristics.
- Goode, E. (2000). *Deviant behavior*. New Jersey, E. U.: Prentice Hall.
- Gratch, L. O. (2000). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires, Argentina: Médica-Panamericana.
- Hackett, L., & Hackett, R. (1993). Parental idea of normal and deviant child behaviour. A comparison of two ethnic groups. *The British Journal of Psychiatry, 162*, 353-357.
- Havey, J. M., Olson, J. M., McCormick, C., & Cates, G. L. (2005). Teacher's perceptions of the incidence and management of attention-deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology, 12*, 120-127.
- Holst, J. (2008). Danish teachers' conception of challenging behaviour and DAMP/ADHD. *Early Child Development and Care, 178*, 363-374.
- Hopf, D., & Hatzichristou, C. (1999). Teacher gender-related influences in Greek schools. *British Journal of Educational Psychology, 69*, 1-18.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Mejora Continua de la Calidad: Morbilidad de consulta externa enero-diciembre (2003).

Hutchinson, E., Pearson, D., Fitzgerald, C., Bateman, B., Gant, C., Grundy, J., Stevenson, J., Warner, J., Dean, T., Matthews, S., Arshad, H., & Rowlandson, P. (2001). Can parents accurately perceive hyperactivity in their child? *Child: Care, Health and Development*, 27, 241-250.

Jarque, S., & Tárraga, R. (2009). Comparación de los conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y los futuros educadores. *Infancia y Aprendizaje*, 32, 517-529.

Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teacher's knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.

Kagan, J., Rosman, B., Day, D., Albert, J., & Phillips, W. (1964). Information processing in the child: Significance of analytic and reflective attitudes. *Psychological Monographs: General and Applied*, 78, 1-37.

Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151, 447-454.

Klippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica*. Barcelona, España: Paidós.

- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Jackson, M. S. (2004). Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison of in service and pre-service teachers. *Psychology in the Schools, 41*, 517-526.
- Kypriotaki, M., & Manolitsis, G. (2010). Teachers' evaluations for the detection of primary-school children with deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Special Needs Education, 25*, 269-281.
- Lambert, M. C., Weisz, J. R., Knight, F., Desrosiers, M. F., Overly, K., & Thesiger, C. (1992). Jamaican and American adult perspectives on child psychopathology: Further exploration of the threshold model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 146-149.
- Langer, E. J., & Abelson, R. P. (1974). A patient by any other name...: Clinical group differences in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 4-9.
- Lee, K. (2008). ADHD in American early schooling: From a cultural psychological perspective. *Early Child Development and Care, 178*, 415-439.
- Lee, K., & Neuharth-Pritchett, S. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder across cultures: Development and disability in contexts. *Early Child Development and Care, 178*, 339-346.
- LeFever, G., Arcona, A., & Antonuccio, D. (2003). ADHD among American school children: Evidence of over diagnosis and overuse of medication. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 2*, 49-60.

- Leung, P. W., Luk, S. L., & Ho, T. P. (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese school boys. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 486-496.
- Lewis, O. (1964). *Antropología de la pobreza. Cinco familias*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López Romo, (2006). Avances AMAI: Distribución de niveles socioeconómicos en el México urbano. *Datos, diagnósticos, tendencias*, *13*.
- Luk, E. S., Leung, P. W., & Ho, T. P. (2002). Cross-cultural/ethnic aspects of childhood hyperactivity. En S. Sandberg (Ed. ), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 64-98, 2da. Edición). E.U.:Cambridge University Press.
- Mann, E. M., Ikeda, Y., Mueller, C. W., Takahashi, A., Tao, K. T., Humris, E., Li, E. L., & Chin, D. (1992). Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1539-1542.
- Mayes, R., & Bagwell, C. (2005). Teachers perceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its treatment. Trabajo presentado en la *Academy Health Meeting, 2005*, Boston, Mass, E.U. Resumen recuperado de <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts>
- McIntyre, L. L. (1988). Teacher gender: A predictor of special education referral? *Journal of Learning Disabilities*, *21*, 382-38.
- McLeod, J. D., Fettes, D. L., Jensen, P. S., Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2007). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*, *58*, 626-631.



- Merrett, F., & Wheldall, K. (1987). Natural rates of teacher approval and disapproval in British primary and middle school classrooms. *British Journal of Educational Psychology*, *57*, 95-103.
- Miles, S. B., & Stipek, D. J. (2006). Contemporaneous and longitudinal associations between social behavior and literacy achievement in a sample of low-income elementary school children. *Child Development*, *77*, 103-117.
- Mioduser, D., Margalit, M., & Efrati, M. (1998). Teachers' interpretation of ADHD behaviours in children: An issue in the development of a computer-based teacher training system. *International Journal of Disability, Development and Education*, *45*, 459-468.
- Mistis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 308-313.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. A., López, M., Salas, M., Zurga, J. R., Montiel-Barbero, I., Pirela, D., & Cardozo, J. J. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología*, *35*, 1019-1024.
- Neef, N. A., Bicard, D. F., & Endo, S. (2001). Assessment of impulsivity and the development of self-control by students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *34*, 397-408.

- Nolan, E. E., Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2001). Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 241-249.
- Nye, B., Hedges, L. V., & Konstantopoulos, S. (2000). The effects of small classes on academic achievement: The results of the Tennessee class size experiment. *American Educational Research Journal, 37*, 123-151.
- Ortiz-Luna, J. A., & Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología, 42*, 17-21.
- Palacios-Cruz, L., De la Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, S. P. P., & Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental, 34*, 149-155.
- Papalia, D. (1985). *Psicología del desarrollo*. Tercera Edición. Bogotá, Colombia.: McGraw Hill.
- Piaget, J. (1971). Los estadios del desarrollo intelectual del niño y del adolescente. *J. Piaget, P. Osterrieth, y H. Wallon (comp.). Los estadios en la psicología del niño*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Perold, M., Louw, C., & Kleyhans, S. (2010). Primary school teacher's knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education, 30*, 457-473.

- Pineda, D., Ardila, A. & Roselli, M. (1999 b). Neuropsychological and behavioral assessment of ADHD in 7 to 12 years-old children. A discriminant analysis. *Journal of Learning Disabilities, 32*, 159-173.
- Pineda, D., Ardilla, A., Rosselli, M., Arias, B. E., Henao, G. C., Gómez, L. F., Mejía, S. E., & Miranda, M. L. (2007). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4 -to 17- year-old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*, 455-462.
- Pisecco, S., Huzinec, C., & Curtis, D. (2001). The effect of child characteristics on teacher's acceptability of classroom-based behavioral strategies and psycho-stimulant medication for the treatment of ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 413-421.
- Prendergast, M., Taylor, E., Rapoport, J. L., Bartko, J., Donnelly, M., Zametkin, A., Ahearn, M. B., Dunn, G., & Wieselberg, H. M. (1988). The diagnosis of childhood hyperactivity as U. S. -U. K. cross national study of DSM III and CIE 9. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29*, 289-300.
- Rapoport, J. L., Buchsbaum, M. S., Weingartner, H., Zahn, T. P., Ludlow, C., Mikkelsen, E. J. (1980). Dextroamphetamine. Its cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal men. *Archives of General Psychiatry, 37*, 933-943.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española, 22º Ed.* Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Reese, H. W. (1991). Contextualism and development psychology. En H. W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior* (pp. 187-230). New York, E.U.:Academic Press.

- Reiner, K. (2009). A comparison of perceptions on ADHD and normal behaviors displayed by grade school children. (Informe de investigación). Recuperado del sitio de Internet <http://clearinghouse.missouriwestern.edu/manuscripts/113.php>
- Rist, R. C. (1998). "Sobre la comprensión del proceso de escolarización: Aportaciones a la teoría del etiquetado". En F. Enguita, M. (Ed.). *Sociología de la Educación*. Barcelona, España: Ariel.
- Ritter, D. R. (1989). Teachers' perception of problem behavior in general and special education. *Exceptional Children, 55*, 559-564.
- Roche, A. F., Lipman, R. S., Overall, J. E., & Hung, W. (1979). The effects of stimulant medication on the growth of hyperkinetic children. *Pediatrics, 63*, 847-850
- Safran, J. S., & Safran, S. P. (1987). Teachers' judgments of problem behaviors. *Exceptional Children, 54*, 240-244.
- Schachar, R., & Tannok, R. (2004). Syndroms of hyperactivity and attention deficit. En M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 399-418). Cuarta Edición. Reino Unido: Blackwell Science.
- Scheff, T. (1984). *El rol del enfermo mental*. Aniorrortu. Buenos Aires:Argentina.
- Schneider, H., & Eisenberg, D. (2006). Who receives a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States elementary school population? *Pediatrics, 117*, 601-609.

- Schnittker, J., Pescosolido, B. A., & Croghan, T. W. (2005). Are African Americans really less willing to use health care? *Social Problems, 52*, 255-271.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender, F. A. S., (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the schools, 37*, 115-122.
- Sideridis, G. D., Antoniou, F., & Padeliadu, S. (2008). Teacher biases in the identification of learning disabilities: An application of the linguistic multilevel model. *Learning Disability Quarterly, 31*, 199-209.
- Sidman, M. (1960). Normal sources of pathological behavior. Animal experimentation shows that certain combinations of adaptive responses can result in nonadaptive behavior. *Science, 132*, 61-68.
- Sofsky, W. (2004). *Tiempos de horror: Amok, violencia y guerra*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Minocha, K., Taylor, E., & Sandberg, S. (1993). Inter-ethnic bias in teachers ratings of childhood hyperactivity. *British Journal of Developmental Psychology, 11*, 187-200.
- Stevens, J., Quittner, A., & Abikoff, H. (1998). Factors influencing elementary school teacher's ratings of ADHD and ODD behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 406-414.

- Stevenson, H. W., & Stigler, J. W. (1992). *The learning gap: Why our schools are failing and what we can learn from Japanese and Chinese education*. New York, E.U.: Summit Books.
- Taylor, E. (1985). Desarrollo de la atención. En M. Rutter (Ed.), *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo* (pp. 199-236). Barcelona, España: Salvat Editores.
- Taylor, E., Sandberg, S., & Thorley, G., (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. Maudsley Monograph No. 33. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Taylor, P. B., Gunter, P. L., & Slate, J. R. (2001). Teachers' perceptions of inappropriate student behavior as a function of teachers' and students' gender and ethnic background. *Behavioral Disorders, 26*, 146-151.
- Tolor, A., Scarpetti, W., & Lane, P. A. (1967). Teachers' attitudes toward children's behavior revisited. *Journal of Educational Psychology, 58*, 175-180.
- Tolor, A., & Lane, P. A. (1967). Educational backgrounds of teachers who differ in attitudes toward child behavior. *Psychological Reports, 21*, 179-180.
- Ullman, L. P., & Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey, E.U.: Prentice-Hall.
- Urzúa, A., Domic, M., Ramos, M., & Cerda, A. (2010). Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escolares chilenos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 27*, 157-167.

- Vera, J. A. (2007). Evaluación docente de la conducta asociada al trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH). Órgano oficial de difusión de servicios de salud mental. SESAM. *Servicios de Salud Mental*, 12, 20-29.
- Vereb, R. L., & DiPerna, J. C. (2004). Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD, and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 33, 421-428.
- Walker, H. M., & Rankin, R. (1983). Assessing the behavior expectations and demands of less restrictive settings. *School Psychology Review and Treatment of Children*, 6, 421-431.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American Psyche*. New York, E.U: NY Free Press.
- Weisz, J. R., Chaiyasit, W., Weiss, B., Eastman, K. L., & Jackson, E. W. (1995). A multimethod study of problem behavior among Thai and American children in school: Teacher reports versus direct observations. *Child Development*, 66, 402-415.
- Weisz, J. R., Sigman, M., Weiss, B., & Mosk, J. (1993). Parent reports of behavior and emotional problems among children in Kenya, Thailand, and the United States. *Child Development*, 64, 98-109.
- Weisz, J. R., Suwalert, S., Chaiyasit, W., & Walter, B. R. (1987). Over- and under controlled referral problems among Thai and American children and adolescents: The what and why of cultural differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 719-726.

- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M., & Trevathan, D. (1988). Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Teachers reports for ages 6-11. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 102, 403-415.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York, E.U.:
- Williams, T. A. (2003). An investigation of the integrity of the ADHD rating scale-IV with children from diverse cultural backgrounds. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(8-B), pp. 2979.
- Yang, K. N., & Schaller, J. (1997). Teacher's ratings of attention-deficit hyperactivity disorder and decisions for referral for services in Taiwan. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 249-261.
- Zalzing, K. (1973). *Schizophrenia: Behavioral aspects*. New York, E. U.: John Wiley.
- Zalzing, K. (1978). A behavioral analysis of diagnosis. En R. L. Spitzer, & D. F., Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis*. New York, E. U.: Raven Press.
- Zalzing, K. (1980). The behavioral mechanism to explain abnormal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 340, 66-85.
- Zalzing, K. (1981). A behavioral analysis of the psychiatric patient's right to refuse treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 368, 129-132.



## CUESTIONARIO PARA MAESTROS

### Versión Primero – Segundo Grado de Primaria

Antes que nada, por favor verifique que la versión del cuestionario corresponda con el grado del grupo que actualmente está a su cargo. Gracias.

Estamos interesados en conocer su opinión sobre algunas conductas apropiadas e inapropiadas para niños de primaria durante las horas que pasa en clase dentro de la escuela. Específicamente queremos conocer cuáles son las conductas que usted considera que emite un niño promedio dentro del salón durante las horas de clase. Al responder el cuestionario le pedimos que utilice toda su experiencia y conocimiento sobre la conducta de los niños de primaria.

El cuestionario tiene cuatro secciones y cada sección cuenta con instrucciones específicas para responderla. **POR FAVOR, NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.**

De antemano le agradecemos mucho su colaboración para responder el cuestionario.

#### Sección 1. Datos Personales

Instrucciones: Por favor, proporcione la siguiente información. Le pedimos de la manera más atenta no omitir ninguno de los siguientes datos personales debido a su importancia para realizar los análisis estadísticos posteriores que serán de tipo grupal. Garantizamos un **ESTRICTO MANEJO DE CONFIDENCIALIDAD** de los mismos y le recordamos que sus respuestas son anónimas por lo que es imposible identificar a qué persona corresponde cada cuestionario.

Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Unión Libre

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Número de Años como Docente: \_\_\_\_\_

Grado (s) escolar (es) en el que actualmente enseña: \_\_\_\_\_

Número de alumnos que tiene actualmente: \_\_\_\_\_

Grados escolares en los que ha enseñado: \_\_\_\_\_

La(s) escuela(s) donde imparte clases es: ( ) Pública ( ) Privada

Grado máximo de estudios: \_\_\_\_\_

Su ingreso familiar mensual es aproximadamente: \$ \_\_\_\_\_

Número de personas que dependen del ingreso familiar mensual: \_\_\_\_\_

Sección 2. Preguntas abiertas.

Instrucciones: Por favor, escriba lo que se le pide y responda las siguientes preguntas.

1. Describa las conductas apropiadas de atención, actividad y reflexión de un niño promedio de primero o segundo grado de primaria mientras está en clase.

---

---

---

---

---

---

2. Describa las conductas inapropiadas de atención, actividad y reflexión de un niño promedio de primero o segundo grado de primaria mientras está en clase.

---

---

---

---

---

---

Sección 3. Frecuencia con la que un niño promedio de primero o segundo grado de primaria emite ciertas conductas.

Instrucciones: A continuación se enlistan 19 conductas diferentes. Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los comportamientos enlistados y señale con una cruz en la columna de la derecha la frecuencia con la que considera que es apropiado que un niño promedio de primero o segundo grado de primaria emita cada conducta durante las horas que está en clase, utilizando la siguiente escala:

0 = Nunca o rara vez    1 = Algunas veces    2 = Frecuentemente    3 = Muy frecuentemente

Por ejemplo:

	Nunca o rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1.- Habla sólo	(0)	( <del>1</del> )	(2)	(3)

Si usted considera que es apropiado que un niño promedio de primero o segundo grado de primaria hable sólo algunas veces, coloque una cruz sobre el número 1. Por favor, no deje ninguna conducta sin juzgar.

## Lista de conductas

	Nunca o rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Sigue instrucciones y finaliza tareas escolares y encargos.	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).	(0)	(1)	(2)	(3)
3. “Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Es descuidado en actividades diarias.	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Parece escuchar cuando se le habla directamente.	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Presta atención suficiente a los detalles.	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Tienen dificultades para guardar su turno.	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Habla en exceso.	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices o libros).	(0)	(1)	(2)	(3)
15. Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.	(0)	(1)	(2)	(3)
17. Evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Incurrir en errores por descuido en tareas escolares o en otras actividades.	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	(0)	(1)	(2)	(3)

Instrucciones: Por favor, escriba en los espacios el número que complete las siguientes afirmaciones.

- I. Para usted, el que un niño promedio de primero o segundo grado de primaria emita una conducta **ALGUNAS VECES** significa que el niño emite ese comportamiento \_\_\_\_\_ veces en el salón durante una clase que dura \_\_\_\_\_ (horas, minutos).
- II. Para usted, el que un niño promedio de primero o segundo grado de primaria emita una conducta **FRECUENTEMENTE** significa que el niño emite ese comportamiento \_\_\_\_\_ veces en el salón durante una clase que dura \_\_\_\_\_ (horas, minutos).

Sección 4. Preguntas abiertas.

Instrucciones: Por favor, responda las siguientes preguntas.

1.- ¿Sabe usted en qué consiste el llamado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

No \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ Por favor describa brevemente en qué consiste

---

---

---

---

2.- Si usted supiera que uno de sus alumnos ha sido etiquetado con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ¿qué clase de conductas espera que tenga durante las horas de clase?

---

---

---

---

3.- Si usted supiera que un niño ha sido etiquetado con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ¿cómo lo trataría usted dentro del salón de clases?

---

---

---

---

## Apéndice B

Respuestas sobre conductas inapropiadas dentro del salón de clases mencionadas por menos del 5% de los maestros.

Conductas inapropiadas			
Observables	F	No observables	F
Comenta cosas no relacionadas con el tema	32	Descuidado, sucio	28
No trae los útiles escolares	23	No escucha	27
Dice groserías	20	No obedece	25
Pelea	19	No se relaciona	24
Corre	14	Falta de concentración	23
Hace ruido	14	Grosero	22
Hace preguntas incoherentes	12	Busca llamar la atención	20
Agrede físicamente	11	Disperso	18
Habla sin esperar su turno	10	No comprende	16
Se tira al suelo	9	No tiene límites	14
Toma cosas ajenas	9	Irresponsable	13
Falta	7	Mala conducta	12
No mira a la persona que habla	6	Tiene mal desempeño académico	10
Avienta bolitas de papel	6	Indisciplinado	9
Esta en silencio (No habla)	5	Poco tolerante	9
Voltea hacia todos lados	4	Impulsivo	9
Está buscando material que no necesita	4	Está como ausente	8
Brinca	4	Es rebelde	8
Se avienta	2	Sin conductas apropiadas	7
Canta	2	Hiperactivo	6
No llega a la hora indicada	2	Activo	5
Se chupa el dedo	2	Olvida cosas	5
Mira al interlocutor	1	Copia	5
Se quita los zapatos	1	Flojo	5
Trae celular	1	Conflictivo	4
Camina	1	Disruptivo	2
Mala postura al sentarse	1	No está involucrado	1
		Se exalta	1
		Discrimina	1
		Desesperado	1
		Cohibido	1

## Apéndice C

Respuestas sobre la definición del TDAH mencionadas por menos del 5% de los maestros.

---

Definición del TDAH	
Bajo autocontrol	28
Desequilibrio químico en el cerebro	19
Evita el trabajo escolar	17
Problemas de aprendizaje	17
Falta de habilidades en el aprendizaje	16
Impulsivo	15
Dificultades para seguir las reglas	15
Alto IQ	15
Platicador	14
Ansiedad	10
Falta de memoria	9
Busca llamar la atención	9
Conductas de riesgo	8
Dificultad para enfrentar el trabajo escolar	8
Problemas auditivos	7
Es ruidoso y escandaloso	6
El ambiente familiar es inestable	6
Se frustra fácilmente	5
Desorganizado	5
Interrumpe frecuentemente	4
Comete errores por descuido en la escuela	4
Problemas para esperar su turno	3
Falta de atención parental	3
Daño cerebral mínimo	3
No piensa con la cabeza	2
Poca coordinación ojo-mano	2
Sueña despierto	2
Pobre atención visual	2
Rompe cosas	2
Fácilmente irritable	2
Se aburre	2

---

## Apéndice D

Respuestas sobre conductas que el niño etiquetado con TDAH emitiría dentro del salón de clases mencionadas por menos del 5% de los maestros.

---

### Conductas características que emitiría un niño etiquetado con TDAH

---

Observables	F	No observables	F
Se sale del salón	16	Falta de interes	34
Golpea	14	Es desordenado	31
Hace preguntas incoherentes	11	Falta de concentración	26
Grita	8	Interrumpe la clase	25
Hace ruido	8	No trabaja	25
Esta en silencio (No habla)	4	Tiene mal desempeño académico	22
Se tira al suelo	4	No tiene límites	19
Avienta bolitas de papel	3	No se relaciona	19
Corre	3	Hiperactivo	16
Pelea	3	Mala conducta	15
Toma cosas ajenas	3	Activo	14
Está buscando material que no necesita	2	Disperso	14
Camina	2	Impulsivo	13
Brinca	2	Falta de respeto	12
		Busca llamar la atención	12
		Olvida cosas	11
		No cumple	9
		Descuidado, sucio	9
		Sin conductas apropiadas	8
		Poco tolerante	8
		No entiende, no piensa	7
		Grosero	7
		Está tranquilo	6
		No participa	5
		Es respetuoso	4
		No escucha	4
		Indisciplinado	4
		Está como ausente	3
		Flojo	2
		Irresponsable	2
		Desesperado	2
		Es rebelde	2

---

## Apéndice E

Respuestas sobre la forma en que tratarían a un niño etiquetado con TDAH

mencionadas por menos del 5% de los maestros.

---

Trato a un niño etiquetado con TDAH	
Buscar las estrategias adecuadas	29
Ejercicios extra	25
No lo etiquetaría	22
Material didáctico	19
Marcar límites y reglas	19
Trabajos individuales	18
Adecuaciones curriculares	16
Solicitaría ayuda	12
Brindar confianza	11
Darle responsabilidades	10
Con respeto	9
Seguir las indicaciones del médico	7
Confirmar el diagnóstico clínico	6
Trato especial	4

---