

Conocimiento de maestros de primaria sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Marina Reyes & Laura Acuña¹

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El propósito del estudio fue averiguar la influencia del sexo, edad y clase social de maestros de primaria respecto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), sus causas y como tratarlo. El estudio también averiguó la influencia del grado escolar y del tamaño del grupo que atendían los maestros, así como del tipo de escuela en la que trabajaban. Maestros de primaria (N = 691) señalaron si sabían qué era el TDAH y en caso afirmativo escribieron en qué consiste. También escribieron las conductas que creían emitiría en el salón de clases un niño etiquetado y cómo lo tratarían. Los resultados mostraron que en comparación con sus contrapartes, una proporción mayor de mujeres, de maestros mayores de 43 años, de clase social media, que enseñaban en 5º- 6º, que atendían grupos pequeños y de escuelas privadas dijeron saber qué es el TDAH. Estos mismos maestros consideraron que el TDHA se trata de una enfermedad orgánica, esperarían un peor comportamiento de los niños y estarían más inclinados a etiquetarlos. Los maestros dijeron que emplearían técnicas como sentar al niño etiquetado cerca de ellos para fomentar su atención y disminuir su distracción. Los resultados se discuten contrastando el punto de vista psiquiátrico y el psicológico sobre el concepto de conducta anormal.

Palabras Clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Conducta Anormal, Conducta Normal, Enfermedad Mental, Maestros de Primaria.

Knowledge of elementary school teachers about the attention deficit hyperactivity disorder

Abstract

The purpose of the study was to determine the influence of sex, age and social class of elementary school teachers on their knowledge about the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The study also determined the influence of the school grade in which the teachers taught, the size of their group and the kind of school in which they worked. Elementary school teachers (N = 691) mentioned whether they knew what ADHD was and if they did, wrote down their definition of ADHD. Teachers also wrote down the specific behaviors they expected from a child with ADHD and how will they treat that child during their classes. Results showed that compared with their counterparts, a greater percentage of women, teachers older than 43 years, of middle social class, that taught in fifth and sixth grades, that had small groups and that worked in private schools said they knew what ADHD was. Those teachers considered that ADHD has an organic cause, expected children to behave worse and be willing to label their students more often than their counterparts. The majority of teachers said they would use strategies such as sitting a student with ADHD next to them to foster his/her attention and to avoid distractions. Results are discussed contrasting the psychiatric and psychological approximations to abnormal behavior.

KeyWords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Abnormal Behavior, Normal Behavior, Mental Illness, Elementary School Teachers.

Original recibido / Original received: 03/02/2012

Aceptado / Accepted: 25/10/2012

¹ El presente trabajo forma parte de la tesis de doctorado del primer autor. El segundo autor actuó como director de la tesis. Se agradece a la Dirección Número 5 de la Secretaría de Educación Pública y a todos los maestros participantes por todas las facilidades otorgadas para realizar este estudio.

Correspondencia a Dra. Laura Acuña, Laboratorio de Condicionamiento Operante, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
E-mail: lacuna@unam.mx

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV, Asociación Psiquiátrica Americana –APA-, 1994) el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por la emisión de nueve conductas de inatención, seis de hiperactividad y tres de impulsividad. Para que un niño sea etiquetado con TDAH éste tiene que emitir seis de las 18 conductas “a menudo” por lo menos en dos escenarios: la casa y la escuela. Debido a este requisito, el reporte de padres y maestros sobre la frecuencia con la que los niños emiten las conductas características del TDAH es muy importante (cf. Weisz, Chaiyosit, Weiss, Eastman & Jackson, 1995).

En contraste con el punto de vista psiquiátrico que considera que el TDAH es una enfermedad inherente a los niños y que tiene una causa orgánica, desde un punto de vista psicológico la conducta no se enferma (cf. Ullman & Krasner, 1975). 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 (cf. Bijou & Baer, 1969). 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 necesaria la intervención de un profesional (cf. Ullman & Krasner, 1975). En consecuencia, ninguna conducta es en sí misma normal o anormal sino que etiquetarla de una u otra forma dependerá de quién la juzga como tal. Desde un punto de vista psicológico, el TDAH haría referencia a un conjunto de conductas que los miembros de una cultura juzgan como deficitarias en atención, excesivas en actividad y deficitarias en reflexión (dado que la conducta reflexiva es la opuesta a la impulsiva) (Ullman & Krasner, 1975). En consecuencia, lo que puede ser aceptable y normal e incluso deseable en una cultura, puede ser considerado anormal en otra (Ullman & Krasner, 1975).

En varios estudios se demostró que una misma conducta infantil es juzgada como normal o anormal dependiendo de factores culturales. Por ejemplo, Mann et al. (1992) encontraron que profesionales de China e Indonesia juzgaron la misma conducta de un niño que vieron en un video como anormal en mayor grado que los de Japón y Estados Unidos. Weisz et al. (1995) encontraron que maestros tailandeses consideraron que sus alumnos emitieron con mayor frecuencia conductas inapropiadas que los estadounidenses. Estos datos fueron contradictorios con los de observadores independientes quienes registraron que los niños tailandeses sólo se distrajeron un 10% del tiempo de su tarea académica mientras que los estadounidenses lo hicieron un 23% del tiempo. En otros estudios también se encontró que profesionales, maestros y padres de culturas asiáticas juzgaron en mayor grado una misma conducta infantil como anormal en comparación con los anglo-sajones (e.g., Alban-Metcalfe, Cheng-Lai, & Ma, 2002; Ekblad, 1986; Leung, Luk & Ho, 1996; Luk, Leung & Ho, 2002; Sounuga-Barke, Minocha, Taylor & Sandberg, 1993; Stevenson & Stigler, 1992; Weisz et al., 1988). En otros estudios se ha encontrado que padres y maestros de una misma cultura no coinciden sobre si las conductas de un mismo niño son normales o anormales y sobre si los niños debían etiquetarse con TDAH (e.g., Amador-Campos, Forns-Santacana, Guardia-Olmos & Peró-Cebollero, 2006; Antrop, Roeyers, Oosterlaan, & Van Oost, 2002; Biederman, Faraone, Milberger, & Doyle, 1993; Hutchinson et

al., 2001; Mistis, McKay, Schulz, Newcorn & Halperin, 2000; De Nijs et al., 2004; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006). En consecuencia, un mismo niño puede ser etiquetado con TDAH en una cultura pero en otra no.

Si bien se sabe que las normas culturales influyen en cómo se juzga una misma conducta como normal o anormal, en ningún estudio se había averiguado la opinión de los maestros de primaria sobre con qué frecuencia un niño normal emite las conductas características del TDAH en el salón de clases. Si se desconoce la frecuencia de emisión de una conducta que es considerada normal en una cultura, es imposible determinar la frecuencia con la que un niño debe emitir una conducta para que su maestro la considere anormal. Reyes y Acuña (2012) solicitaron a maestros de primaria señalar la frecuencia con la que sus alumnos promedio emitían cotidianamente en el salón de clase cada una de las 18 conductas que caracterizan el TDAH según el DSM-IV. Encontraron que casi la mitad de los maestros (i.e., el 44.3%) consideró normal que un niño emitía seis o más de las 18 conductas en el salón de clases. Consecuentemente, mientras la mitad de los maestros etiquetaría a sus alumnos con TDAH, la otra mitad no lo haría. Los resultados también mostraron que los hombres, aquellos mayores de 43 años y los de clase baja consideraron en mayor grado que sus contrapartes que es normal que un niño promedio emita las 18 conductas características del TDAH muy frecuentemente en el salón de clases. Por tanto, las mujeres, los maestros jóvenes y los de clase media estarán inclinados a asignar la etiqueta de TDAH a sus alumnos en mayor grado que sus contrapartes.

Otras variables que están relacionadas con la tendencia de una persona a asignar una etiqueta de TDAH a un niño son el saber que existe dicho trastorno, las causas a las que lo atribuyen y sus posibles tratamientos. Se ha encontrado que los maestros o padres que tienen mayor información sobre el TDAH juzgan a los niños como más hiperactivos e inatentos, consideran que se trata de una enfermedad y creen que un tratamiento farmacológico será efectivo, en comparación con quienes tienen poco conocimiento sobre el tema (e.g., Dryer, Kiernan, & Tyson, 2006; McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido, & Martín, 2007; Palacios-Cruz et al., 2011; Stevens, Quittner, & Abikoff, 1998). En algunos estudios se ha documentado que alrededor de la mitad de los maestros de primaria reporta no saber en qué consiste el TDAH (e.g., Ghazizadeh, Bahredar, & Moeini, 2006; Jarque & Tárraga, 2009; Perold, Louw, & Kleynhans, 2010). En estos estudios también se ha encontrado que los maestros que afirman saber en qué consiste el TDAH tienden a atribuirlo principalmente a una causa biológica o genética y, en menor grado, a malas prácticas de crianza, a un mito, a un invento de la industria farmacéutica o una moda. También se ha 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) solicitaron las opiniones de médicos, pediatras y psiquiatras y de maestros y padres sobre las conductas que creían que emitirían los niños. 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, comparados con las mujeres y adultos de mayor edad quienes prefirieron un tratamiento para corregir el problema del niño. 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 elegiría 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 (2001) 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 mayor 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 los últimos fueron más flexibles que los jóvenes para tolerar conductas inapropiadas y para considerarlas como normales.

Si bien Reyes y Acuña (2012) reportaron que las maestras, los jóvenes y los de clase social media tienden a juzgar las conductas de sus alumnos como anormales con mayor frecuencia que sus contrapartes, no averiguaron si los maestros sabían que existe el TDHA, las causas a las que lo atribuyen y sus posibles tratamientos. Por tanto, el propósito del estudio fue averiguar la influencia del sexo, edad y clase social de maestros de primaria, así como del grado escolar en el que enseñaban, el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela en la que trabajaban sobre si conocen qué es el TDAH, en qué creen que consiste, las conductas que esperan que un niño con dicha etiqueta emita dentro del salón de clases y qué harían para tratar a ese niño.

Método

Participantes

Participaron voluntariamente 691 maestros de 64 escuelas primarias de la ciudad de México. De ese total, un 78.5% laboraba en escuelas públicas y un 21.5% en escuelas privadas. La mayoría fueron mujeres (74.2%) y sólo el 25.0% fueron hombres. La edad de los maestros varió entre 22 y 70 años y se los clasificó como jóvenes (entre 22 y 42 años) o adultos (entre 43 y 70 años). Conforme con los criterios de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI, López Romo, 2006), se clasificó a los maestros en su respectiva clase social. Aquellos clasificados como de clase baja reportaron un ingreso familiar mensual menor a 10,000 pesos

mexicanos y como de clase media a quienes reportaron un ingreso familiar mensual entre 10,001 y 30,000 pesos. No se contó con maestros de clase alta que reportaran un ingreso mayor a los 30,000 pesos. Aproximadamente un tercio de los maestros estaba a cargo de grupos de primero y segundo, de tercero y cuarto o de quinto y sexto de primaria. Conforme el número de alumnos que atendían, se consideró un grupo pequeño cuando estuvo integrado por entre tres y 29 estudiantes, grupo mediano al integrado por entre 30 y 38 alumnos y grande cuando incluyó a entre 39 y 60 alumnos. En la Tabla 1 se muestran las características de los participantes.

Tabla 1
Características de los maestros participantes

		N
Características Sociodemográficas		
Sexo	Mujeres	513
	Hombres	172
	Sin dato	6
Edad	Jóvenes	337
	Adultos	317
	Sin dato	37
Clase social	Baja	400
	Media	206
	Sin dato	85
Variables Situacionales		
Grado escolar	Primero-Segundo	234
	Tercero-Cuarto	228
	Quinto-Sexto	229
Tamaño del grupo	Pequeño	230
	Mediano	266
	Grande	191
	Sin dato	4
Tipo de escuela	Pública	542
	Privada	149

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario para maestros ex profeso para responder las preguntas de investigación. El cuestionario solicitó información sobre el sexo, edad, ingreso familiar mensual, grado escolar en el que enseñaban los maestros, número de alumnos y tipo de escuela. El cuestionario también pidió a los maestros señalar si sabían en qué consiste el TDAH y en caso afirmativo describir con sus propias palabras en qué consiste. Además, les pidió escribir las conductas que esperaban que un niño etiquetado con TDAH emitiera en el salón

de clases y señalar cómo tratarían a un estudiante suyo que tuviera dicha etiqueta. Las instrucciones incluidas en el 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.

Procedimiento

Se acudió con las autoridades escolares y se solicitó por escrito el permiso para invitar a los maestros a colaborar en la investigación respondiendo el cuestionario. Se especificó que el propósito del estudio era conocer la opinión de maestros de primaria sobre la forma en que evaluaban algunas conductas infantiles características del TDAH. El investigador se entrevistó con las autoridades escolares para explicarles verbalmente el motivo del estudio, señalarles el tiempo que tomaría aplicar el cuestionario, fijar una fecha conveniente para su aplicación y resolver cualquier duda. Una vez que las autoridades dieron permiso se acudió en el día y hora acordados a una junta de profesores y se procedió a solicitar verbalmente la colaboración voluntaria de los maestros de primaria. Se 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 los reiteró verbalmente a los maestros. Antes de entregar los cuestionarios 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 prometió regresar a presentar los resultados globales obtenidos.

Resultados

El propósito del estudio fue averiguar la influencia del sexo, edad y clase social de maestros de primaria, así como del grado escolar en el que enseñaban, el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela en la que trabajaban sobre su conocimiento sobre el TDAH, las conductas que esperan que un niño con dicha etiqueta emita dentro del salón de clases y qué harían para tratar a ese niño. Se encontró que de los 691 maestros participantes, 556 (80.5%) informaron saber en qué consiste el TDAH, mientras que el resto 19.5% no sabía.

Respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que el 19.4% de las mujeres y el 25% de los hombres reportó no saber en qué consiste el TDAH. El 20.1% de los jóvenes, el 19.7% de los adultos, 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. Para clasificar las respuestas de los maestros a las preguntas abiertas se empleó una técnica de análisis de contenido (Krippendorff, 1990), que consistió en formar

categorías incluyendo conductas que hacían referencia a un mismo aspecto. Dos jueces independientes acordaron en el 85% de las conductas incluidas en cada categoría. En la Figura 1 se muestran las categorías de respuestas que se formaron respecto a en qué consiste el TDAH de acuerdo con la opinión de los maestros que afirmaron saber en qué consiste. Se muestra el porcentaje de respuestas conforme el sexo, la edad y el nivel socioeconómico de los maestros. En la figura únicamente se incluyen las conductas que fueron mencionadas por un 5% o más de los maestros.

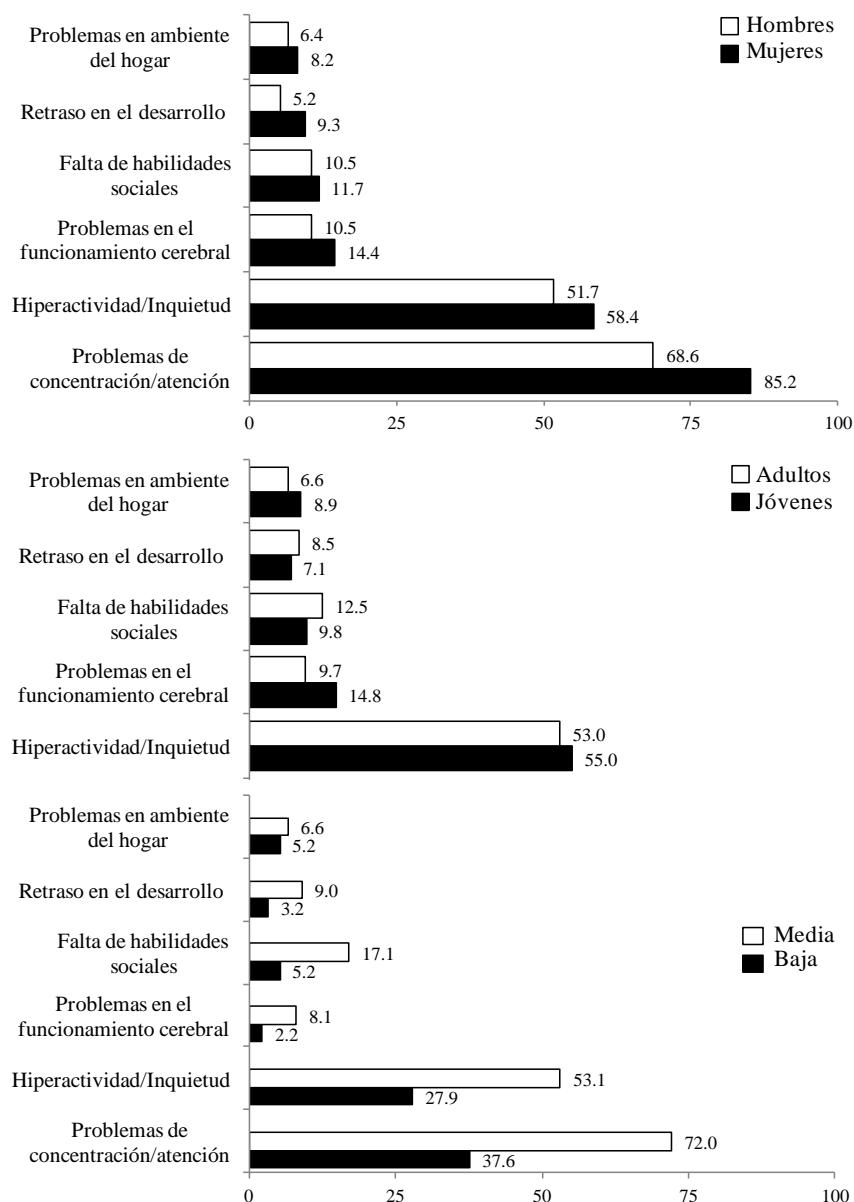


Figura 1. Porcentaje de respuestas agrupadas en categorías respecto a las opiniones de los maestros sobre en qué consiste el TDAH. Los porcentajes se muestran en función de las características sociodemográficas de los maestros.

Curiosamente, independientemente de sus características sociodemográficas, la mayoría de los maestros tendió a decir que el TDAH se refiere, como su nombre lo indica, a problemas de atención (e.g., cortos períodos 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 respuestas que se incluyeron en otras categorías 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).

Relativo al sexo, en todos los casos una mayor proporción de mujeres que de hombres mencionó que el TDAH se debe a problemas de funcionamiento cerebral, falta de habilidades sociales, retraso en el desarrollo y 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 de clase media, por su parte, consideraron en mayor grado que sus contrapartes que el TDAH se debe a un problema en el funcionamiento cerebral.

En la Tabla 2 se muestra el porcentaje de maestros considerando sus características sociodemográficas que mencionó diferentes conductas que creen que emitiría un niño etiquetado con TDAH. En negritas se muestran los porcentajes más altos. En la tabla las conductas mencionadas por los maestros están clasificadas en conductas de atención, hiperactividad, impulsividad y otras, observables y no observables. Seis jueces independientes clasificaron las conductas y en la tabla se muestran los datos del par de jueces cuyo acuerdo fue del 80%. En la tabla se muestran los datos del par de jueces cuyo grado de acuerdo fue el mayor. Los datos de la Tabla 2 muestran que las mujeres, los jóvenes y los de clase social media esperarían un peor comportamiento de los niños etiquetados con TDAH que sus contrapartes.

Respecto a cómo tratarían a un niño con TDAH, en la Figura 2 se muestran las categorías que fueron mencionadas por un 5% o más de los maestros divididos conforme sus características sociodemográficas. 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 categoría buscar información, siempre fue mayor el porcentaje de maestros de clase media que dio las diferentes respuestas comparados con los de clase baja.

Tabla 2

Porcentaje de maestros que mencionó conductas de inatención, hiperactividad, impulsividad y otras observables y no observables que en su opinión emitiría un niño etiquetado con TDAH

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

Nota: Los 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 fue mencionada más del 5% de las veces.

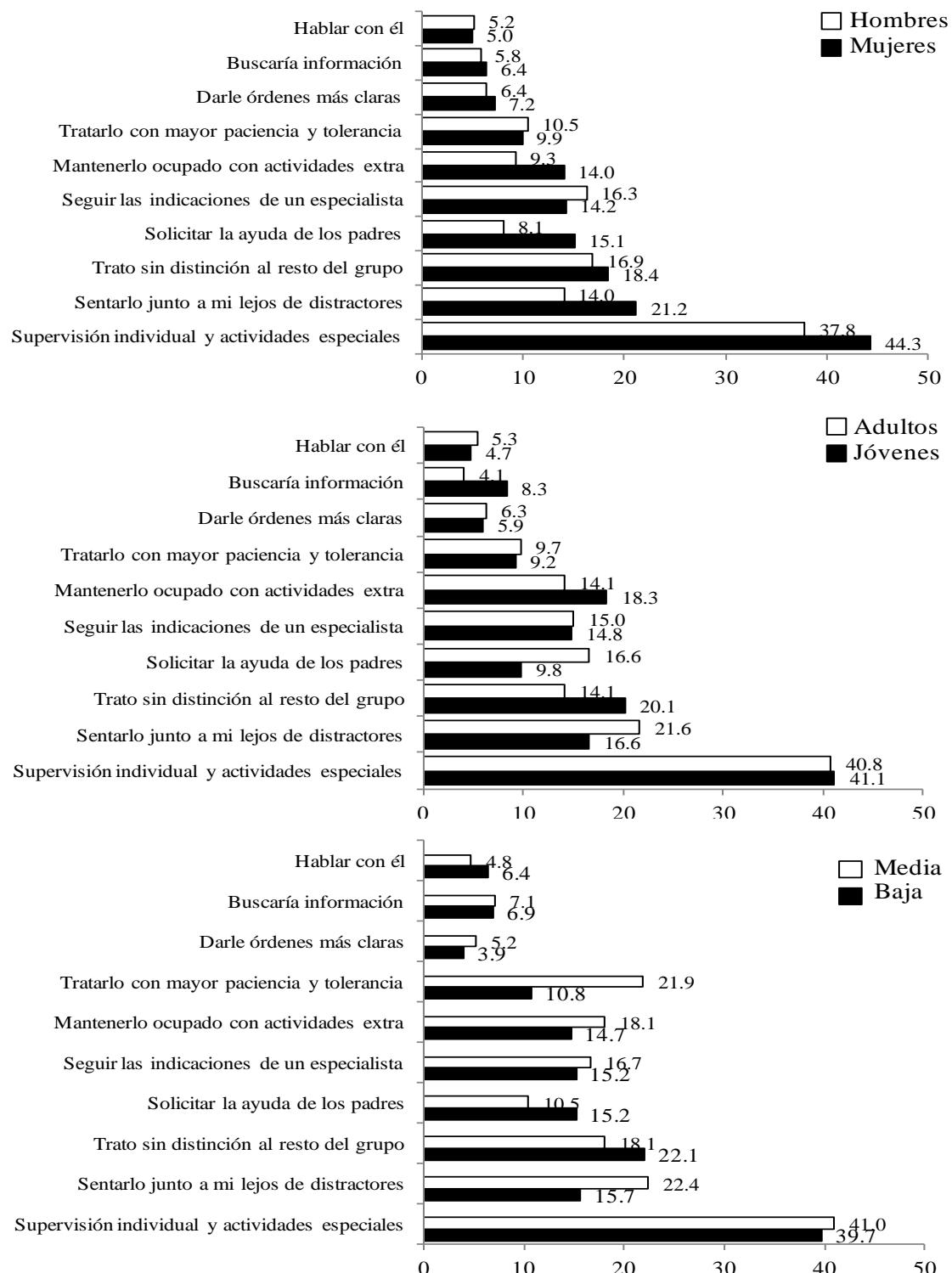


Figura 2. Porcentaje de respuestas agrupadas en categorías dadas por los maestros respecto a cómo tratarían a un niño etiquetado con TDAH. Se muestran los datos en función de las características sociodemográficas de los maestros.

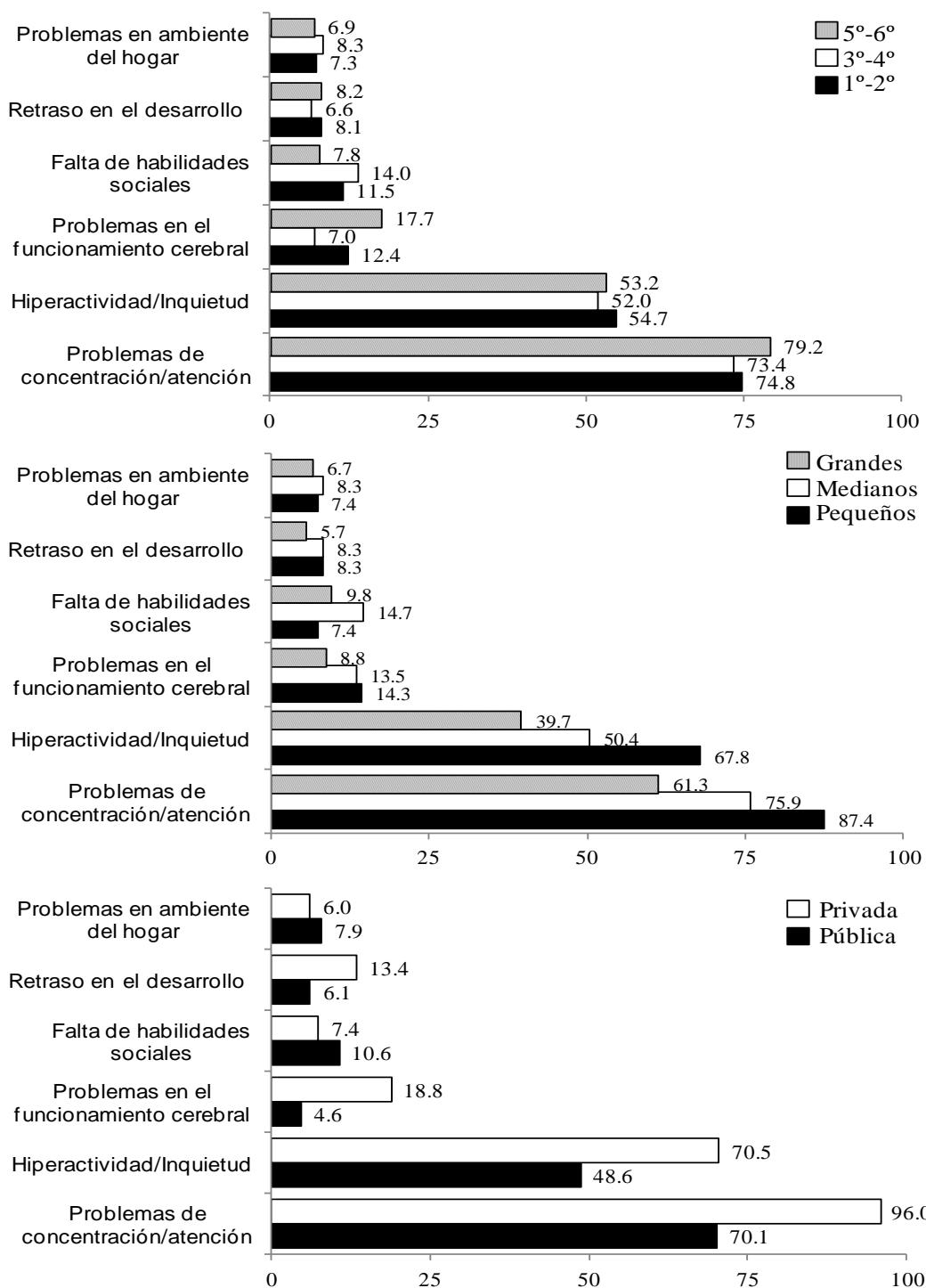


Figura 3. Porcentaje de respuestas agrupadas en categorías respecto a las opiniones de los maestros sobre en qué consiste el TDAH. Los porcentajes se muestran en función de las características sociodemográficas de los maestros.

Tabla 3

Porcentaje de maestros que mencionó diferentes conductas que en su opinión emitiría un niño etiquetado con TDAH. Los porcentajes se muestran en función del grado escolar, el tamaño del grupo y el tipo de escuela en que trabajaban los maestros

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

Nota: Los 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.

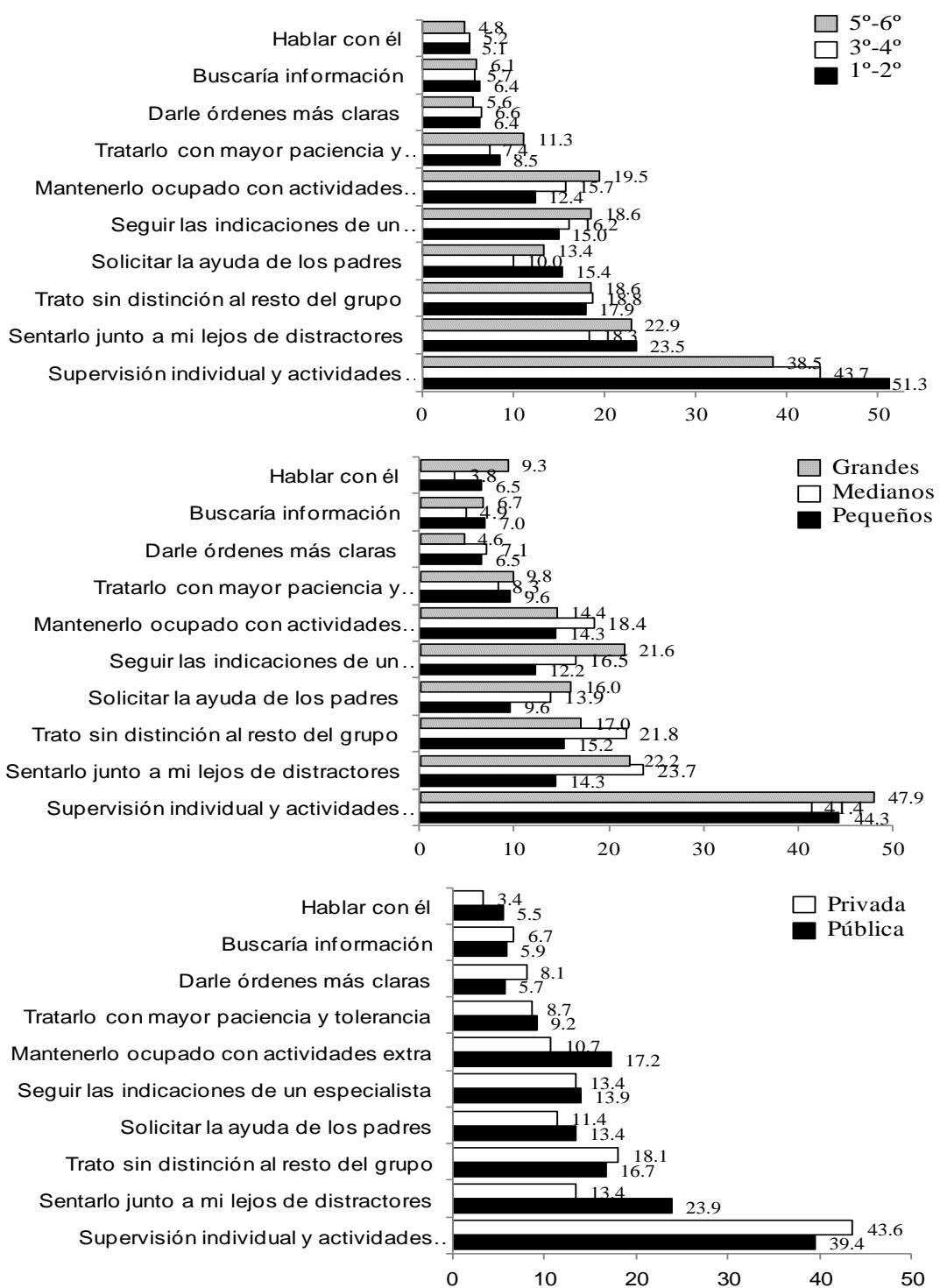


Figura 4. Porcentaje de respuestas agrupadas en categorías respecto a cómo tratarían los maestros a un niño etiquetado con TDAH. Los porcentajes se muestran en función del grado escolar, el tamaño del grupo y el tipo de escuela en que laboraban los maestros.

Respecto a las variables situacionales, el 21.4% de los maestros de 1º-2º, el 24% de los de 3º-4º y el 16% de los de 5º-6º dijeron 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 mencionaron 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 3 se muestra el porcentaje de maestros cuyas respuestas se agruparon en diferentes categorías respecto a en qué consiste el TDAH. Se muestran los porcentajes en función del grado escolar en el que enseñaban, el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela en la que laboraban los maestros. Al igual que sucedió cuando se consideraron las características sociodemográficas, se encontró que la mayoría de los maestros señaló que el TDAH consiste en problemas de atención e hiperactividad y no mencionó la impulsividad. Una mayor proporción de maestros de 5º-6º, de grupos pequeños y de escuelas privadas, comparados con sus contrapartes, mencionó que el TDAH consiste en un problema del funcionamiento cerebral.

En la Tabla 3 se muestra el porcentaje de maestros conforme el grado en que enseñaban, el tamaño del grupo que atendían y el tipo de escuela en el que trabajaban cuyas respuestas se agruparon en diferentes categorías relativas a las conductas que esperarían de un niño etiquetado con TDAH. 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.

Relativo a la forma de tratar a un niño etiquetado con TDAH, como se muestra en la Figura 4, al igual que sucedió con las variables sociodemográficas, los maestros dijeron que implementarían acciones que los involucran. Los maestros de 5º-6º y los de grupos grandes mencionaron que seguirían las instrucciones de un especialista en mayor grado que sus contrapartes. Los maestros de 1º-2º, de grupos grandes y de escuelas públicas buscarían en mayor grado que sus contrapartes la ayuda de los padres.

Discusión

El propósito del estudio fue averiguar la influencia de variables sociodemográficas (sexo, edad y clase social) y de variables situacionales (grado escolar, tamaño del grupo y tipo de escuela) sobre el conocimiento de maestros de primaria sobre el TDAH, las conductas que en su opinión emitiría un niño con dicha etiqueta y lo cómo tratarían. Los resultados mostraron que la inmensa mayoría (más del 80%) de los maestros dijeron saber qué 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 que muchos maestros pueden haber afirmado conocer en qué consiste el TDAH por pura deseabilidad social. Dado 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 que conocían de qué se trataba. Esta suposición parece cierta si se toma en consideración que al señalar en qué

consiste el TDAH los maestros se olvidaron por completo de mencionar la impulsividad, que no está incluida en el nombre del trastorno.

La proporción de maestros que reportó no saber en qué consiste el TDAH (alrededor del 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. Los resultados del presente estudio también mostraron que, independientemente de sus características sociodemográficas o situacionales, los maestros señalaron que el TDAH consiste en un problema del funcionamiento cerebral. Esto sugiere que los maestros que dieron esa respuesta efectivamente conocen la definición psiquiátrica del TDAH. Este hallazgo es similar al reportado en estudios anteriores (e.g., Ghanizadeh et al., 2006; Jarque & Tárraga, 2009; Perold et al., 2010) en los que se encontró que los maestros que afirman saber en qué consiste el TDAH tienden a atribuirlo principalmente a una causa biológica o genética. Este hallazgo no es sorprendente dado que en estudios previos se ha encontrado que la gente tiende a definir el TDAH en adherencia a los criterios establecidos en el DSM-IV (McLeod et al., 2007, Perold et al., 2010, Sciutto, Terjensen & Bender, 2000).

Los resultados del estudio mostraron que un mayor porcentaje de mujeres, de adultos (i.e., mayores de 43 años), de maestros de clase media, de quienes enseñaban en quinto y sexto de primaria, que atendían grupos pequeños y de escuelas privadas informó saber en qué consiste el TDAH. Los miembros de los subgrupos mencionados también consideraron en mayor grado que sus contrapartes que el TDAH se debe a un problema del funcionamiento cerebral. En algunos estudios anteriores no hubo diferencias en el grado de conocimiento sobre el TDAH que reportaron tener maestros hombres y mujeres (Ghanizaheh et al., 2006, Jerome, Gordon & Hustler, 1994) mientras que en otras investigaciones se encontró que las mujeres reportaron en mayor grado que los hombres saber en qué consiste el TDAH, a describirlo en adherencia con los criterios del DSM-IV y a tener actitudes más favorables hacia los tratamientos farmacológicos (e.g., McLeod et al., 2006). En México, Palacios-Cruz et al. (2011) encontraron que las madres reportaron saber en qué consiste el TDAH en mayor grado que los padres y lo describieron como una enfermedad real. Relativo a la edad, en el presente estudio se encontró que curiosamente a pesar de que los maestros de mayor edad señalaron saber en qué consiste el TDAH en mayor grado que los jóvenes, también resultaron ser más tolerantes a la emisión de conductas infantiles "inapropiadas". Este hallazgo muestra que el conocimiento del TDAH per se no determina la adherencia al punto de vista psiquiátrico sobre la enfermedad mental. Estos resultados son similares a los de estudios anteriores en los que se encontró que los maestros adultos y con mayor experiencia docente reportaron tener un mayor conocimiento sobre el TDAH que los jóvenes, pero al mismo tiempo fueron más tolerantes a la emisión de las conductas infantiles y emplearon estrategias de enseñanza positivas en mayor grado que los maestros jóvenes.

(Glass, 2001; Kos, Richdale, & Jackson, 2004). Tolor y Lane (1967) sugirieron que la tolerancia de los maestros hacia la conducta infantil está relacionada con el tiempo en que están en contacto con los niños, siendo que aquellos que tienen mucha experiencia docente tienen un conocimiento real de las conductas que emiten los niños frecuente y cotidianamente en el salón de clases y tienden a considerarlas normales. Respecto a la clase social, los resultados encontrados coinciden con los de estudios previos en los que se encontró que las personas con mayores ingresos económicos tienen un mayor conocimiento sobre en qué consiste el TDAH, se adhieren en mayor grado a los criterios psiquiátricos y tienen una actitud positiva hacia los tratamientos farmacológicos (McLeod, et al., 2007; Schnittker, Pescosolido & Croghan, 2005).

Relativo a las variables situacionales, existen muy pocos estudios anteriores en los que se haya averiguado el conocimiento de los maestros sobre el TDAH y las causas a las que los atribuyen. El único estudio existente es el de Glass (2001) quien, contrario a lo encontrado en el presente trabajo, reportó que una mayor cantidad de maestros de escuelas públicas que de privadas reportaron tener conocimientos sobre el TDAH. Estos hallazgos contradictorios sugieren la necesidad de realizar mayor investigación para averiguar la influencia de distintas variables situacionales sobre el conocimiento que tienen los maestros sobre el TDAH y el grado en que se adhieren al punto de vista psiquiátrico sobre este supuesto trastorno.

Respecto al comportamiento que los maestros esperarían que los niños etiquetados con TDAH emitían en el salón de clases, los resultados mostraron que las mujeres, los maestros jóvenes, los de clase media, los de 5 y 6 grado, los que atendían grupos pequeños y los de escuelas privadas mencionaron con mayor frecuencia que sus contrapartes que los niños emitirían conductas muy semejantes a las listadas en los criterios del DSM-IV. Es decir, esos maestros fueron menos tolerantes a la emisión de las conductas características del TDAH que los demás. Este hallazgo sugiere que los hombres, los jóvenes, los maestros de clase social baja, de primero y segundo grado, que atienden grupos grandes y de escuelas públicas tenderán en menor grado que los demás a considerar que la conducta de sus alumnos es anormal y a asignarles la etiqueta de TDAH. Además de las conductas incluidas en el DSM-IV, los maestros también señalaron que ser agresivo, no mostrar interés y molestar a los compañeros son conductas que emitirían los niños con TDAH. Este resultado es similar al reportado por Dryer et al. (2006) dado que los maestros estadounidenses que participaron en el estudio consideraron que ser agresivo, irritable o romper objetos eran conductas típicas de niños con TDAH.

Relativo al tratamiento que darían a un niño etiquetado con TDAH, se encontró que, independientemente de las características sociodemográficas y de las variables situacionales, la mayoría de los maestros mencionó que implementaría estrategias didácticas que los involucraban como dar al niño supervisión individual o sentarlo cerca de ellos para que no se distrajera. Este hallazgo sugiere que algunos maestros consideran acertadamente que cambios en el medio ambiente del niño repercutirán en un cambio en su conducta. Así, aunque algunos resultados del estudio sugieren que algunos maestros

efectivamente creen que el TDAH es una enfermedad, otros de los resultados sugieren que no están del todo seguros de que dicha "enfermedad" sea inherente al niño, dado que están dispuestos a modificar la situación del niño 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 estos maestros no se han adherido al punto de vista psiquiátrico sobre que el TDAH tiene una causa orgánica y que debe tratarse mediante fármacos. Los resultados del presente estudio apoyan la definición de conducta anormal desde un punto de vista psicológico, ya que mostraron que el considerar una conducta como normal o anormal depende de quién la juzgue como tal (cf. Ullman & Krasner, 1975).

Existen pocos estudios anteriores en los que 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 de acuerdo con el tipo de escuela en la que trabaja un maestro. No existe ningún estudio en el que se haya comparado las variables mencionadas considerando el grado escolar que enseña un maestro o el tamaño del grupo que atiende. En consecuencia, una contribución del presente estudio fue documentar diferencias en función de estas variables. Si bien no hay un estudio con el que se pueda comparar directamente la forma de tratar a un niño con TDAH entre maestros de escuelas públicas y privadas, Pisecco, Huzinec y Curtis (2001) compararon la forma de tratar a un niño con TDAH entre maestros de escuelas urbanas y rurales. Encontraron que los maestros de escuelas rurales prefieren en mayor grado que los de las urbanas el uso de estrategias de modificación conductual por su efectividad que el uso de medicamentos. Resultados similares se reportaron en un estudio de Palacios-Cruz et al. (2001) con padres mexicanos. En ese estudio se encontró que más de la mitad de los padres mencionó que las estrategias conductuales son el tratamiento más eficaz para los niños con TDAH, siendo que muy pocos de los padres (6.6%) recurriría al uso de tratamientos farmacológicos.

Los resultados del presente estudio mostraron que el conocimiento sobre el TDAH, sus conductas características y la forma de tratar a los niños con este etiquetamiento varían de acuerdo con las características de los maestros y con ciertas variables situacionales. Estos resultados son congruentes con los reportados por Reyes y Acuña (2012) relativos a que las maestras, los jóvenes y los maestros de clase media consideraron en mayor grado que sus contrapartes como anormal la emisión en el salón de clases de las conductas características del 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).

Globalmente los resultados del presente estudio mostraron que las mujeres, los maestros mayores de 43 años, de clase social media, que enseñaban en 5º y 6º, que atendían grupos pequeños y que laboraban en escuelas privadas tenían un mayor conocimiento sobre el TDAH, lo consideraron una enfermedad orgánica, se adhirieron en mayor grado a los criterios del DSM-IV

y estarán más inclinados que su contrapartes a etiquetar a un niño con TDAH. Este resultado es congruente con los de estudios anteriores en los que se ha encontrado que los miembros de distintas culturas e incluso los individuos de una misma cultura juzgan una misma conducta infantil como normal o anormal dependiendo del criterio del propio observador (Antrop, Roeyers, Oosterlaan, & Van Oost, 2002; McIntyre, 1988; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006). Los resultados del presente estudio no son sorprendentes si se considera que como mencionó Watters (2010), las llamadas enfermedades mentales no son universales, ni entre países ni entre épocas, siendo que algunas de éstas han aparecido y desaparecido en el transcurso de una sola generación y que algunas han aparecido únicamente en ciertas culturas. Watters también mostró evidencia de que existe una relación entre el reconocimiento oficial de una “enfermedad mental” y el aumento de personas que la padecen.

Recibir una etiqueta de TDAH tiene serias implicaciones para un niño, que van desde ser rechazado por sus compañeros de clases y por sus maestros, hasta ser medicado para aumentar sus períodos de atención y disminuir su actividad e impulsividad (e.g., Lee & Neuharth-Pritchett, 2008). Sobra decir que los medicamentos tienen consecuencias secundarias negativas, que podrían evitarse si tan sólo un psicólogo modificara la conducta del niño para que otros la juzguen como normal. El DSM-IV establece que para ser etiquetado con TDAH es necesario que se emitan “a menudo” al menos seis de las 18 conductas criterio. Esta lista incluye tanto conductas que podrían observarse directamente (e.g., permanece sentado en su asiento), como no observables (e.g., se distrae fácilmente). Ciertamente se esperaría que un manual para etiquetar un “problema mental” fuera muy preciso respecto a qué conductas hay que observar para asignar una etiqueta específica. Sobra decir que la falta de precisión conlleva el problema de que cada observador tendrá su propia definición de por ejemplo a qué se refiere el distraerse fácilmente y consecuentemente, aún cuando alguien desee adherirse a los criterios psiquiátricos, tendrá serias dificultades para decidir si un niño cumple o no con los criterios del DSM-IV. Los resultados del presente estudio mostraron que efectivamente cada maestro tiene su propia definición de qué es el TDAH, de qué conductas emite un niño con dicho etiquetamiento y sobre cómo deberían tratarlo. Ciertamente, la asignación de una etiqueta no debería depender de criterios tan subjetivos como los incluidos en el DSM-IV. Sería recomendable realizar futuros estudios en los 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. Dicho estudio podría servir de base para listar las conductas directamente observables frecuentemente emitidas por los niños en el salón de clases y posteriormente pedirle a un grupo grande de maestros que señale si cada una es considerada por él o ella como normal o anormal.

Una limitación del presente estudio fue que la muestra de maestros se obtuvo por conveniencia y únicamente incluyó a maestros de primaria de la ciudad de México, lo cual limita la generalidad de los resultados. En estudios posteriores se podría averiguar si los juicios respecto al conocimiento sobre el

TDAH, las conductas que lo definen y el trato que los maestros darían a un niño con esta etiqueta son consistentes con los resultados aquí presentados.

Referencias

- Alban-Metcalfe, 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-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.
- 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.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., & Doyle, A. (1993). Diagnoses of attention deficit hyperactivity disorder from parent reports predict diagnoses based on teacher reports. *Journal of the American of Child and Adolescence Psychiatry*, 32, 315-317.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ekblad, S. (1986). Social determinants of aggression in a sample of Chinese primary school children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 515-523.
- 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. (2001). Factors influencing teaching strategies used with children who display attention deficit hyperactivity disorder characteristics. *Education*, 123, 70-79.
- Hutchinson, E., Pearson, D., Fitzgerald, C., Bateman, B., Gant, C., Grundy, J., ... Rowlandson, P. (2001). *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.
- Klippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica*. Ed. Paidós. Barcelona.: España.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.) (pp. 64-98), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (2da. Edición), Cambridge University Press.
- Mann, E. M., Ikeda, Y., Mueller, C. W., Takahashi, A., Tao, K. T., Humris, E., ... Chin, D. (1992). Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1539-1542.
- 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.
- 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.
- Ortiz-Luna, J. A., y 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., y 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.
- Perold, M., Louw, C., & Kleynhans, S. (2010). Primary school teacher's knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 30, 457-473.

- Pisecco, S., Huzinec, C., & Curtis, D. (2001). The effect of child characteristics on teacher's acceptability of classroom-based behavioral strategies and psychostimulant medication for the treatment of ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 413-421.
- Reyes, A. M., y Acuña, L. (2012). Juicios de maestros sobre las conductas características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44, 65-82.
- 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). Teacher's knowledge and misperceptions of attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the schools*, 37, 115-122.
- Sounuga-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: Summit Books.
- 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: Prentice-Hall.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American Psyche*. New York.: 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., 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.