

Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE TECNOLOGIA MÉDICA

CONOCIMIENTO DE PROFESORES DE PRIMARIA SOBRE LOS TRASTORNOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE
LENGUAJE**

AUTORA

Rojas Díaz, Jhoselin Lorena

ASESOR

Parra Reyes, Belkis David

JURADOS

Paredes Campos, Felipe Jesus

Quesada ponte, Elisa

Delgado Flores, Hilda

Lima - Perú

2020

**CONOCIMIENTO DE PROFESORES DE PRIMARIA SOBRE LOS
TRASTORNOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
I.E. 1168 “HÉROES DEL CENEPa” - 2018**

DEDICATORIA:

*Con mucho amor para mis padres,
esposo e hija que han estado en todo
momento durante mi formación y me han
apoyado incondicionalmente.....*

AGRADECIMIENTO:

Gracias a Dios y a la Santísima Virgen María por darme vida y salud para seguir cada día, gracias a mis amados padres Roberto y Nancy, esposo e hija por su amor infinito, su apoyo incondicional, su paciencia y su esfuerzo durante estos años, a mi hermanito Jesús que fue mi compañerito durante este tiempo y que fue testigo de muchos desvelos y momentos que pasé en la Universidad, a mis familiares que siempre están ahí para mí. A mis profesores de la Universidad Nacional Federico Villarreal, especial a la Lic. Ketty Sullòn por ser mi guía y seguir siendo mis referentes, a mi asesor el Dr. Belkis David Parra Reyes, por todo el apoyo y sus conocimientos brindados durante la elaboración de esta tesis; al director Hugo Jaime Bendezu Amado, por permitirme desarrollar mi tesis en el colegio que él dirige; y a todas las personas que han contribuido para poder culminar mi presente tesis, para todos ellos mis especial gratitud.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Descripción y formulación del problema.	9
1.2. Antecedentes.	13
1.3. Objetivos.	
1.3.1 General	21
1.3.2 Específicos	21
1.4. Justificación.	22
1.5. Hipótesis.	23
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.	24
2.1.1. Definición del TDAH.	24
2.1.2. Configuración histórica del TDAH.	27
2.1.3. Causas del TDAH.	30
2.1.4. Síntomas del TDAH.	34
2.1.5. Diagnóstico del TDAH .	35
2.1.6. Prevalencia del TDAH.	39
2.1.7. Mitos sobre el TDAH.	40

2.1.8. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la escuela.	42
2.1.9. Abordaje del TDAH en la escuela	49
2.2. Definición de términos relacionados al tema	51
III. MÉTODO	
3.1. Tipo de investigación	53
3.2. Ámbito temporal y espacial	53
3.3. Variables.	54
3.4. Población y muestra.	55
3.5. Instrumentos.	56
3.6. Procedimientos.	58
3.7. Análisis de datos.	58
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados referentes a las características de la muestra.	59
4.2. Resultados sobre el nivel de conocimientos profesores de primaria sobre TDAH	63
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	84
VI. CONCLUSIONES	86
VII. RECOMENDACIONES	87
VIII. REFERENCIAS	88
IX. ANEXOS	92
Anexo I - Consentimiento informado	92
Anexo II - Cuestionario sobre conocimientos frente al trastorno por Déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	93
Anexo III - Evidencia	95

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento de los profesores de primaria de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad durante el periodo Junio-Octubre 2018. **Método:** Estudio de tipo descriptivo, corte transversal y diseño no experimental; la muestra fue compuesta por 36 sujetos. Se aplicó una encuesta validada en una tesis anterior denominada “Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención (TDAH)” (López-Rodas y Alvarado, 2010). **Resultados:** De los sujetos evaluados un 41.7% desconoce el TDAH, conocen parcialmente sobre el TDAH un 52.8%, y sólo un 5.6 % conocen suficientemente sobre el TDAH. Mientras que, de las preguntas evaluadas, el 74 % reconoce que es un problema para el niño; el 66.7 % piensa que tienen riesgo más alto de ausentismo escolar y de escaparse de clase y el 75 % niega que los niños con TDAH tienen un alto riesgo de convertirse en delincuentes. De estos profesionales un 83.3 % perciben mayores dificultades conductuales y emocionales en relación a sus compañeros de clase; el 77.8 % más dificultades en relaciones con los miembros de su familia; y un 82% que el trastorno puede ser tratado con medicación adecuada. **Conclusión:** Los profesores de nivel primaria de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” presentan sólo un 5,6% conocimiento sobre el TDAH, mientras los que desconocen y lo conocen parcialmente suman un 94.4% del total de encuestados.

Palabras clave: *Conocimientos, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, profesores, educación primaria.*

ABSTRACT

Objective: Determine the knowledge of primary school teachers of the I.E. 1168 "Heroes of Cenepa" on attention deficit hyperactivity disorders during the period June-October 2018. **Method:** Descriptive type study, cross section and non-experimental design; the sample was composed of 36 subjects. A validated survey was applied in a previous thesis called "Knowledge and attitudes of parents about attention deficit disorder (ADHD)" (López-Rodas and Alvarado, 2010). **Results:** Of the subjects evaluated, 41.7% do not know ADHD, 52.8% partially know about ADHD, and only 5.6% know enough about ADHD. While, of the questions evaluated, 74% recognize that it is a problem for the child; 66.7% think they have a higher risk of school absenteeism and escape from class and 75% deny that children with ADHD have a high risk of becoming criminals. Of these professionals 83.3% perceive greater behavioral and emotional difficulties in relation to their classmates; 77.8% more difficulties in relations with their family members; and 82% that the disorder can be treated with appropriate medication. **Conclusion:** The primary level teachers of the I.E. 1168 "Heroes of Cenepa" have only 5.6% knowledge about ADHD, while those who do not know and partially know about 94.4% of the total respondents.

Key words: Knowledge, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, teachers, primary education.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es un diagnóstico muy común en la infancia. Este se caracteriza por comprender un conjunto de síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se estima que su prevalencia esta entre un 3 a 5% de la población.

También se discute la creciente utilización de psicofármacos en los niños, sin embargo estos no actúan como un control para el cuerpo del niño, sino que es una forma de tratamiento (BRZOZOWSKI & CAPONI, 2010).

El TDAH es un diagnóstico que se encamina al atendimento médico y psicológico por que se presentan comportamientos considerados inadecuados en la escuela, bajo rendimiento escolar y dificultades de aprendizaje (MEISTER, 2001). La importancia que se le da a los TDAH reside en el hecho de afectar el desempeño escolar, por eso también es que el papel de los profesores es crítico en defender, por el trastorno y por el tratamiento (PHILLIPS, 2006).

En función a la estrecha relación entre el TDAH, el salón de clase y los profesores son pocos los procesos de identificación y determinación del diagnóstico en sus alumnos. Para lidiar con los TDAH, los profesores deben proponer actividades extras en el aula. Siguiendo los consejos más frecuentes entre los profesionales. Tal recomendación va de encuentro al que Foucault (1994), ilustra la importancia dada a la localización espacial de cada individuo de acuerdo a sus características.

Cabe señalar la necesidad de un cuestionamiento entre la transferencia de los problemas escolares de niño con TDAH en una esfera médica.

Por ello esta investigación tiene como objetivo general determinar el conocimiento de los profesores de primaria sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad; como objetivos específicos, determinar el conocimiento de los

profesores y otros profesionales que actúan en el contexto escolar, sobre las causas de los alumnos con el trastorno; analizar cómo estos profesionales caracterizan el trastorno y determinar cómo estos profesionales perciben las consecuencias del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” del distrito del cercado de Lima durante el periodo Junio-October 2018.

Esta investigación consta de 7 capítulos, en el primer capítulo se presentan la introducción, antecedentes nacionales e internacionales y objetivos que justifican la necesidad de realizar el trabajo; el segundo capítulo contiene el desarrollo teórico que sustenta la investigación, el tercer capítulo se describe el proceso de investigación, procedimiento y material que se siguió para la búsqueda del conocimiento, en el cuarto capítulo tenemos los resultados obtenidos de dicha investigación, en el quinto capítulo encontramos la discusión y análisis de estos para determinar el conocimiento de los profesores de primaria sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad. En el sexto capítulo se presentan las conclusiones sobre la investigación. Finalizando con el séptimo capítulo donde se consignan las recomendaciones.

1.1. Descripción y formulación del problema.

La importancia de la discusión sobre el tema Trastorno del Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) es incuestionable y viene mostrándose como una preocupación recurrente en la sociedad actual. Los padres y profesores presentan numerosas quejas de niños que se presentan "desatentos", "agitados", "desorganizados", "perezosos", "impulsivos". Independientemente del nivel socioeconómico de la familia o del sistema de enseñanza en el cual el niño está inserto. Sin embargo, es necesario considerar que casos presentados con algunas de esas características no siempre se encuadran entre los portadores del trastorno, pero

a menudo ya se etiquetan como tal por la falta de información de algunos profesionales.

El trastorno del déficit de atención / Hiperactividad, o TDAH, es un trastorno de desarrollo del autocontrol que consiste en problemas con los períodos de atención, con control del impulso y con el nivel de actividad (BARKLEY, 2002: 35). Estos problemas se reflejan en perjuicios en la voluntad del niño o en su capacidad para controlar sus propios comportamientos durante cierto tiempo. No se trata sólo de un estado temporal que será superado, al contrario, constituye una condición normal de la infancia. No es causado por falta de disciplina o control parental. "El TDAH es un trastorno real, un problema real, y a menudo un obstáculo real" (BARKLEY, 2002: 35).

Una preocupación de padres y profesores es buscar solución a los problemas de comportamiento que un niño con trastorno de déficit de atención / hiperactividad revela en la escuela. Estos niños tienen dificultades de ajuste ante las demandas escolares. Barkley (2002, p.235) enfatiza que un tercio o más de todos los niños portadores de TDAH se quedarán atrás en la escuela, al menos una serie, durante su carrera escolar, y hasta el 35% nunca completará la enseñanza media. Las notas y los puntos académicos obtenidos estarán significativamente por debajo de las notas y puntos de sus compañeros de clase. Entre el 40% y el 50% de estos niños terminan recibiendo algún grado de servicios formales a través de programas de educación especial. Como salas de recursos, y hasta el 10% podrá pasar todo su día escolar en esos programas de refuerzo escolar.

Según las encuestas de Barkley, algunos profesores no saben cómo trabajar pedagógicamente con los niños que presentan comportamientos de TDAH. Este autor alerta, sin embargo, que mientras no estamos seguros sobre cuán

negativamente las relaciones profesor-niño afectan la adaptación del niño portadora de TDAH a largo plazo, las experiencias muestran que ciertamente pueden empeorar sus ya tan pobres conquistas sociales y académicas, reduciendo su motivación para aprender y practicar en la escuela y disminuyendo su autoestima. (BARKLEY, 2002, p. 235).

El tema TDAH ha sido foco de preocupación y de investigación de diferentes contextos, entre ellos el escolar. En el caso de la Universidad Federal de Río Grande del Sur, UFRGS, la Universidad de Campinas - Unicamp, realizó una encuesta en tesis y disertaciones, de conceptuadas instituciones de enseñanza superior, tales como la Universidad de São Paulo - USP, la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Identificamos algunos trabajos vinculados al tema de investigación de esta disertación, que destacaremos en la secuencia.

Estamos en el siglo XXI, momento conocido como la "Era del Conocimiento". Con él, avances, nuevas tecnologías, gran exposición de la ciencia, el conocimiento disponible a las clases desfavorecidas, así como incertidumbres, inseguridades, competitividad en el mercado laboral. Con ello, la necesidad de los profesionales de los más diversos programas, prepararse para las nuevas demandas de un mundo globalizado. En este escenario enfocamos al profesor, el cual se ubica intrínsecamente con el conocimiento en el proceso enseñanza-aprendizaje, por eso en él se exige la búsqueda incesante por el saber, la capacitación continua para esté preparado, de modo que pueda lidiar con los nuevos desafíos, vislumbrando en pleno el desarrollo del educando, en algunos casos destacando al niño con TDAH.

Este estudio surgió con base en la inquietud de la investigadora, puesto que al observar a varios alumnos con TDAH en edad escolar, no siendo detectados por ninguno de los profesores de la educación primaria ni tampoco por la profesora de

aula. Hecho que inquietó a este estudio, pues pensaba que la idea de que un niño con trastorno de déficit de atención sería diagnosticado al entrar en la escuela, o lo ideal antes de hacerlo.

Es de inquietud pensar que algunos profesores disponen de pocos conocimientos sobre el TDAH, teniendo en vista el creciente número de niños hiperactivos en el aula. El poco conocimiento del educador sobre el tema puede inhibir, de alguna forma, el proceso de desarrollo y aprendizaje del niño hiperactivo, ya que el mismo necesita de actividades diversificadas, capaces de sostener su atención.

En la actualidad, la ciencia viene aclarando algunas situaciones neurobiológicas, que han ayudado a los profesores a tener conciencia de las dificultades que afligen a algunos alumnos que presentan dificultades y trastornos de aprendizaje, lo hace ofreciendo diferentes técnicas y enfoques que pueden auxiliar al profesor y al profesional responsable de la atención específica en conjunto con el profesor a activar el cerebro del alumno para desarrollar nuevas rutas en la estructura del aprendizaje. Tales técnicas han producido una significativa mejora en la velocidad del procesamiento y raciocinio de los individuos, especialmente en el caso de los derivados de trastornos conductuales o relacionados con la capacidad intelectual.

1.1.1. Pregunta general

¿Cuál es el conocimiento de los profesores de primaria sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018?

1.1.2. Preguntas específicas.

- ¿Cuál es el conocimiento de los profesores y otros profesionales que actúan en el contexto escolar, sobre las causas del trastorno de atención e hiperactividad en los alumnos de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018?.
- ¿Cómo estos profesionales caracterizan el trastorno de atención e hiperactividad en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018?.
- ¿Cómo estos profesionales perciben las consecuencias del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la escuela en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018?

1.2. Antecedentes.

1.2.1. Antecedentes nacionales.

Gamarra O., y cols. en el 2017, en su estudio de investigación publicado en la Revista Mexicana de Pediatría Vol. 84, No. 4, titulado, Conocimientos en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en docentes de Chiclayo, Perú; tuvieron como objetivo: Describir los conocimientos de los docentes de primaria de Chiclayo sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) durante el año 2015. Material y métodos: Diseño descriptivo transversal. Muestreo por conglomerados monoetápico. Se aplicó un cuestionario de 21 preguntas validado por expertos y prueba piloto. Se realizó un análisis univariado y uno bivariado exploratorio con el programa Stata versión 12. Resultados: Se entrevistaron 434 docentes: 211 (48.6%) de colegios privados y 223 (51.4%) de públicos. La media de edad fue de 39 años. Setenta y cuatro punto uno por ciento de

docentes opinó que el TDAH es un problema importante para el niño, 42.1% que el tratamiento farmacológico es adictivo, 32.5% que puede ser causado por el azúcar y otros aditivos alimentarios, 29.6% que es ocasionado por mala crianza y maltrato de los padres y 8.1% que es tan frecuente que puede ser una invención de los médicos. Al comparar colegios públicos y privados, se encontró diferencia en la respuesta a los siguientes enunciados falsos: los estudiantes con TDAH deben tener menos tareas que los niños sin ese problema 39.8% versus 24.6% ($p = 0.001$), los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados sólo de forma oral 34.1% versus 18.8% ($p = 0.000$), el tratamiento farmacológico de TDAH es adictivo 49.3% versus 34.8% ($p = 0.002$). Los docentes con menos años de egresados tuvieron mayor frecuencia de respuestas acertadas. Conclusiones: Los conocimientos de los docentes de primaria de Chiclayo en relación con el TDAH son superiores a los hallados en otros estudios, pero aún insuficientes.

Para Díaz M., en el 2015, en su estudio publicado en la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, titulado, Conocimientos y actitudes de los maestros de primaria frente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en tres escuelas públicas del distrito de Santiago de Surco en Lima; refieren que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un desorden neurológico del desarrollo, que afecta social, emocional y académicamente a los niños. Las capacidades de los maestros para detectar y tratar a los niños con TDAH son importantes para lograr el óptimo aprendizaje de los alumnos. El objetivo de esta tesis es conocer el nivel de conocimientos y tipos de actitudes que tienen los

maestros de primaria frente al TDAH en tres escuelas públicas urbanas de Lima. La hipótesis central es que el porcentaje de maestros de primaria con conocimientos y actitudes adecuados frente al TDAH es significativamente bajo. Para lograr el objetivo de la tesis, se aplicó un instrumento cuantitativo y cualitativo, a una muestra de 57 maestros. Los resultados demuestran que solo 4% de los profesores encuestados tienen conocimientos suficientes, solo 5% tiene una actitud adecuada y ningún maestro tiene tantos conocimientos suficientes como una actitud adecuada frente a este trastorno. Los contenidos que menos se conocen son los referidos a la teoría y práctica para la detección y prevención de los efectos negativos del TDAH. En la evaluación de actitudes se encuentra que los peores resultados son los referidos a la prevención secundaria. Esta falta de conocimientos y actitudes podría afectar la relación entre el profesor y el alumno, lo que a su vez incidiría negativamente en la autoestima y el proceso de aprendizaje. Sin embargo, en el lado positivo, se encontró que los maestros están interesados en aprender sobre el TDAH, ya que puede ayudarlos a mejorar su desempeño en el aula. Por lo tanto, se recomienda evaluar la inclusión del TDAH en los programas de capacitación y de formación profesional de los docentes, como una política pública para proporcionar una mejor educación para todos.

1.2.2. Antecedentes internacionales.

Miranda A., y cols. en el año 2018, en su artículo publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría Vol. 47 N. 3, titulado, Conocimientos sobre TDAH de los docentes de primaria de colegios públicos de Sabaneta, Antioquia; tuvieron como propósito describir los conocimientos de los docentes de básica

primaria sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), mediante entrevistas sobre información general, síntomas/diagnóstico y tratamiento, además de la autoeficiencia percibida. Método: se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo poblacional, en el que participaron 62 docentes de colegios públicos del municipio de Sabaneta. Los maestros fueron evaluados mediante la adaptación española de la Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS), una escala de estimación compuesta por 36 ítems de 3 alternativas de respuesta (verdadero, falso y no sé). Resultados: Los docentes contestaron correctamente a poco menos de la mitad de todos los ítems del cuestionario (48,52%). En concreto, fue en la subescala de síntomas/diagnóstico en la que tuvieron más aciertos, con un 69,35%, seguida de la subescala de tratamiento (45,30%) y, finalmente, la de información general (38,60%). Conclusiones: Según los datos obtenidos, se ratifica la necesidad de realizar intervenciones en este tema, para que esto se vea reflejado en nuevas técnicas de enseñanza que faciliten el aprendizaje y el desarrollo de los niños que padecen el trastorno.

Para López A., y cols., en el 2018, en su artículo publicado en la Revista de Neurología 66 (Supl 1): S121-S126, por el Grupo de Trabajo TDAH de la Sociedad Española de Neuropediatría Zaragoza, titulado, Estudio de los conocimientos de los maestros de educación primaria sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, refieren que la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), con al menos un alumno por aula, supone un reto para todos los profesionales que están en contacto con ellos, en especial para los maestros. Objetivo. Examinar los conocimientos de los maestros de educación primaria sobre el TDAH en tres áreas (información

general, síntomas y diagnóstico, y tratamiento). Sujetos y métodos. Un total de 125 maestros de educación primaria de varias comunidades cumplimentaron la Knowledge of Attention Déficit Hyperactivity Disorder Scale (KADDS). Resultados. Los maestros contestaron de forma correcta a menos de la mitad de los ítems, y la subescala de síntomas y diagnóstico es donde más conocimientos demostraron. Los maestros que habían tenido niños con TDAH en clase mostraron más conocimientos en las áreas de información general y tratamiento, pero no en la subescala de síntomas y diagnóstico. Un 32,8% de los maestros describe sentirse poco o nada capaz de enseñar eficazmente a niños con TDAH y recomienda la educación especial como mejor estilo educativo. Los maestros con formación específica en TDAH obtuvieron mejores resultados en la KADDS en comparación con los maestros sin formación. Conclusión. Los maestros formados en TDAH demuestran un mayor grado de conocimiento y aumenta su confianza para llevar a cabo la labor educativa de los niños con TDAH.

Para Soroa M., Gorostiaga A. y Balluerka N. en el 2016, en su artículo realizado en la Universidad del País Vasco y publicado en España en la Revista de Psicodidáctica, 21(2), titulado, Conocimiento de los docentes sobre el TDAH: relevancia de la formación y de las percepciones individuales, hacen referencia que el presente estudio analiza el conocimiento que los maestros presentan sobre el TDAH y su relación con diversas variables formativas y auto-perceptivas. La muestra estaba compuesta por 1278 docentes de 108 centros escolares. El conocimiento de los maestros sobre el TDAH osciló entre un nivel bajo y moderado. Además, se observó que dicho conocimiento estaba relacionado con variables tales como haber recibido educación formal, no formal

e informal en la materia, así como con el conocimiento auto-percibido sobre el TDAH y la auto-eficacia percibida para ser docente de niños con TDAH. Los resultados sugieren que es necesario incrementar el conocimiento que los maestros tienen sobre el TDAH. La mejora en la calidad y cantidad de la formación que reciben por distintas vías podría repercutir tanto en su conocimiento real como en el percibido y, en consecuencia, en la percepción de auto-eficacia que presentan para ser docentes de niños con TDAH.

Según Cerutti E., en el año 2014, en su estudio publicado en la Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay – Brasil, titulado, Análisis de la percepción y conocimiento de profesores en sala de clase de la enseñanza fundamental en escuelas municipales sobre el trastorno del déficit de atención e hiperactividad; fundamenta que el trastorno del déficit de atención y la hiperactividad (TDAH) ha sido evocado como justificación corriente para el fracaso escolar de un número expresivo de niños, siendo atribuida a ellas la responsabilidad por no aprender y eximiendo a los profesores, a la escuela ya la sociedad en la cual están insertado. La situación se vuelve más preocupante ya que la literatura revela dificultades en el diagnóstico y en su intervención. En este sentido, el objetivo general de esta investigación fue buscar saber cómo los profesores de la enseñanza fundamental en las escuelas públicas en la ciudad de Frederico Westphalen / RS identifican en el aula a niños con TDAH. El referencial teórico fue constituido por autores que más estudian el trastorno, desde médicos, educadores y psicopedagogos. Es necesario destacar que el espacio de aprendizaje ha sufrido constantes cambios y con ello es imperativo que sean observadas las actuales demandas de los alumnos y sus relaciones con el mundo exterior para que se pueda emplear técnicas que sujetan su atención y

los hagan aprovechar y desarrollar sus habilidades. La investigación fue desarrollada a través de un enfoque cualitativo de estudio de caso y análisis de los datos recolectados en entrevistas individuales con 18 profesores de diez escuelas públicas municipales de Frederico Westphalen / RS. Para comprender mejor este universo interactivo, necesario se hizo proceder a una caracterización de las interacciones de enseñanza del profesor que atiende a niños en clases que se proponen adoptar la práctica pedagógica inclusiva. A partir del desarrollo de la investigación fue posible concluir que los profesores tienen gran dificultad para evaluar, identificar y enseñar niños con TDAH, muchas veces debido al poco conocimiento sobre la identificación del trastorno. Esta disertación tiene la pretensión de viabilizar nuevas discusiones y, a través de las informaciones, contribuir al perfeccionamiento de la práctica docente junto a los niños portadores del trastorno y discutir cómo la utilización de herramientas de evaluación puede revertir y mejorar el desempeño del alumno, incluyendo de manera eficaz, en una escuela que permita igualdad y equidad entre todos los alumnos. En este contexto, destacamos el papel del profesor, como fundamental en el proceso de identificación e intervención del trastorno. El impacto del no reconocimiento y tratamiento del TDAH trae dificultades que decepcionan a la familia, la escuela y los niños, afectando su autoestima y su convivencia social.

Para Castro V., en el 2014, en Belo Horizonte (Brasil), en la escuela de Educación Física, Fisioterapia y Terapia Ocupacional /UFMG, realizó un trabajo de investigación titulado, Conocimiento de los profesores y estudiantes de educación física sobre el TDAH, menciona que el trastorno de déficit de atención y de hiperactividad (TDAH). El TDAH es una enfermedad caracterizada por desatención, hiperactividad e impulsividad y está presente en

el 5% de los niños del mundo y en el día a día de las escuelas y profesores. El objetivo de este estudio fue verificar el conocimiento de los profesores y estudiantes de Educación Física sobre el TDAH y los déficit motores encontrados. Para ello, se realizó un cuestionario que contenía 12 preguntas para verificar el nivel de conocimiento sobre el tema. Los resultados de la investigación mostraron que a pesar de que los profesionales del área ya han oído hablar sobre el TDAH, no poseen preparación suficiente para lidiar con los niños portadores de ese trastorno. Se concluye con el estudio que el conocimiento sobre el TDAH es insuficiente. Se recomienda una reformulación en la cuadrícula curricular de los cursos de Educación Física y también de una actualización o búsqueda de conocimiento constante después de la graduación por parte de los profesores de Educación Física.

Según Reyes, M. y Acuña L., en el 2012, en su artículo publicado en la revista *Acta de investigación psicológica* vol.2 no.3, Universidad Nacional Autónoma de México, titulado, Conocimiento de maestros de primaria sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, afirman que 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 5°- 6°, 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.

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General.

Determinar el conocimiento de los profesores de primaria de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad durante el periodo Junio-Octubre 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Determinar el conocimiento de los profesores y otros profesionales que actúan en el contexto escolar, sobre las causas de los alumnos con trastornos de atención e hiperactividad de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018.
- Analizar cómo estos profesionales caracterizan el trastorno de atención e hiperactividad en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018.
- Determinar cómo estos profesionales perciben las consecuencias del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la escuela en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018.
-

1.4. Justificación.

El presente estudio de investigación se fundamenta en la detección por parte de los profesores de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), así como su conocimiento de las características y demás detalles relacionados al trastorno, como que aquellos niños que lo presentan lo pueden controlar de modo que se pueda disminuir los efectos nocivos, siempre y cuando sean detectados a temprana edad. Los profesores de inicial y primaria, están muy implicados en el proceso del aprendizaje de estos alumnos, teniendo la predisposición de sacar el máximo provecho a los recursos que podrían disponer para su mejor desempeño. De este modo, proporcionar a los alumnos una educación personalizada e inclusiva. En nuestra actualidad hay una cierta tendencia al incremento, en los alumnos, de diferentes problemas conductuales y/o emocionales en la escuela y salón de clases, por lo que es tarea del profesor conocer y saber qué hacer ante esta problemática y, a la vez, encontrar estrategias pertinentes para evitar, de ese modo, el fracaso escolar de estos niños. En esa línea los profesores deben formarse y capacitarse en dichos trastornos, para tener una visión completa de sus características, causas, desarrollo y evolución.

En ese sentido, este trabajo tratará de realizar una colecta de información relevante respecto a este trastorno, con el objetivo de que sea útil tanto para profesores como para las familias, puesto que los profesores forman parte del equipo interdisciplinario, que conjuntamente con los padres, pueden y deben realizar el abordaje de estos comportamientos. Además, que por medio de la recolección de la información se puede ayudar a que tomen conciencia sobre las deficiencias con respecto a al tema, de modo que se motiven a que sigan con su

capacitación y toma de conciencia para el conocimiento y apoyo esencial para ayudar a sus alumnos. En lo particular, el profesor es el que pasa más tiempo con el alumnado y es, por lo tanto, un elemento fundamental para el correcto desarrollo emocional, académico y cognitivo de los alumnos con déficit de atención e hiperactividad y el que se ocupará de integrar de manera adecuada al alumnado concurrente a las aulas ordinarias.

1.5. Hipótesis.

El presente estudio no presenta hipótesis por ser de tipo descriptivo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Definición del TDAH

El trastorno de déficit de atención y de hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos que se producen en los niños. La hiperactividad, deficiencia neurobiológica de origen genético, es un descontrol motor acentuado, que hace que el niño tenga movimientos bruscos e inadecuados, cambios de humor e inestabilidad afectiva. (RODHE, MATTOS, 2003).

El TDAH es conocido por una disfunción en la función ejecutiva, que se refiere a los procesos cerebrales, involucrando el control, la conexión, el establecimiento de prioridades y la integración de otras funciones subordinadas. (2003, p. 221-222) muestran que, este sistema central de administración está relacionado con los circuitos pre-frontales, y son cruciales no sólo en la organización y planificación, sino también en la integración de los procesos cognitivos a lo largo del tiempo, teniendo un papel cada vez más importante cuando el niño madura y pasa tener actividades más independientes y participar en tareas más complejas.

Según Barkley (2002, p.239), el TDAH es un trastorno conductual real y, para comprobar que existe este trastorno, los científicos deben demostrar que las diferencias del comportamiento de los niños portadores de TDAH de las que no lo presentan ocurren en diferentes situaciones, pero no necesariamente en todas ellas.

El niño no responde con éxito a toda la actividad que se le solicite, tiene mayor probabilidad de presentar la patología con el crecimiento. Son innumerables causas que conducen a diagnosticar el TDAH y no sólo a

situaciones ambientales o sociales, así como factores biológicos (por ejemplo, genética, traumas, toxinas). (RODHE, MATTOS, 2003).

Las personas con TDAH no pueden mantener la atención en cosas durante mucho tiempo, especialmente en las actividades aburridas y repetitivas. Estos niños prefieren actividades en las que la recompensa sea inmediata. Consideran las actividades físicas más divertidas y estimulantes que actividades pasivas, por ser hiperactivas. (BARKLEY, 2002).

Los niños con TDAH tienen un nivel de alerta disminuido y, por lo tanto, necesitan más estímulo para mantener su cerebro funcionando en niveles normales cuando se comparan a otros niños no portadores de TDAH, lo que muestra que son menos sensibles a los refuerzos, ya que están en todo el momento en busca de nuevos estímulos. No existe una única forma de TDAH y, con el tiempo, se pueden sufrir cambios imprevisibles. Afecta al niño en la escuela, en casa y en la comunidad en general, muchas veces, perjudicando su relación con profesores, colegas y familiares. (BARKLEY, 2002).

Según Rohde y Benczik (1999), el trastorno presenta tres características básicas: la desatención, la agitación y la impulsividad. El niño con TDAH tiene dificultad en concentrarse y distraerse con facilidad, olvida sus compromisos, pierde u olvida objetos, tiene dificultad en seguir, organizarse, hablar excesivamente, interrumpir, no puede esperar su turno, respondiendo a preguntas antes incluso de ser formuladas. El TDAH, según Goldstein (2006), es caracterizado por hiperactividad, impulsividad y/o déficit de atención, llevando a repercusiones académicas y/o sociales.

La hiperactividad se denomina "desorden del déficit de atención" y se basa en los síntomas de desatención (persona muy distraída) e hiperactividad

(persona muy activa, agitada más allá de lo común). Para un diagnóstico de este trastorno, estos síntomas deben interferir significativamente en la vida del niño, en un comportamiento crónico, con una duración mínima de seis meses y las características deben estar presentes en más de un ambiente. (RODHE, MATTOS, 2003).

En general, al inicio del desarrollo del niño, los comportamientos con TDAH pasan desapercibidos por los padres, pero cuando ingresan a la escuela, incluso los casos más leves tienden a ser más evidentes. Esto porque, como los niños son de la misma edad, hay la posibilidad de compararlos, por ejemplo, cuando la realización de una actividad que exige más atención, o cuando el alumno con síntomas de TDAH se enfrenta a la necesidad de quedarse parado en un mismo lugar por más tiempo. (BARKLEY, 2002).

Para algunos científicos como Sam Goldstein y Michael Goldstein (1990), es posible que en los primeros años de vida se perciban cambios en el proceso del desarrollo neurológico y emocional, pudiendo ser detectada desde la vida intrauterina, pues, si existe el trastorno, éste el bebé se moverá mucho en ese período. Los niños se muestran más irritables, llorando mucho en los primeros meses de vida, moviéndose durante el sueño y despertando varias veces durante la noche (BENCZIK, 2002).

Durante los años preescolares (dos a cinco años), los niños que presentan comportamientos tales como: agitación e irritabilidad, desobediencia, pereza; las que son indisciplinadas, inconvenientes, generalmente superativas; los problemas de conducta, la agresividad, la dificultad de aprendizaje, las dificultades sociales, no poseen amigos, presentan poca coordinación motora, pasan más tiempo a solas, o con niños más jóvenes, pueden tener más

probabilidades de presentar TDAH con el crecimiento. Demuestran baja tolerancia a la frustración, baja autoestima no puede esperar su turno, ni gratificaciones a largo plazo. (BARKLEY, 2002).

2.1.2. Configuración histórica del TDAH

La nomenclatura de este trastorno viene sufriendo cambios continuos. En la década de 1940, surgió la denominación "lesión cerebral mínima", que, ya en 1962, fue modificada para "disfunción cerebral mínima", reconociendo que las alteraciones características del síndrome se relacionan más a disfunciones en vías nerviosas que propiamente a las lesiones en ellas.

Los sistemas clasificatorios modernos utilizados en psiquiatría, CID-10 y DSM-IV, presentan más similitudes que diferencias en las directrices diagnósticas para el trastorno, aunque utilizan diferentes nomenclaturas (trastorno de déficit de atención / Hiperactividad en el DSM-IV y trastornos hiperkinéticos en la CID -10).

La literatura registra que el médico Still, fue uno de los primeros profesionales en observar síntomas como la impaciencia, inquietud, cólicos infantiles, entre otros, y para indicar el opio como intervención medicamentosa (BENZICK, 2002). Este mismo médico, en 1902, describió un conjunto de alteraciones de comportamiento en niños, que, según él, no podrían ser explicadas solamente por fallas ambientales, pero que resultaron de algún proceso biológico desconocido hasta entonces. Después de algunos estudios, concluyó que estos comportamientos podrían ser el resultado de daños cerebrales, herencia, disfunción o problemas ambientales. Es decir, evidenciaba los múltiples factores de los cuales pueden ser derivados del déficit de atención y la hiperactividad.

Entonces, describió un problema en niños que él denominó como un defecto en la conducta moral. Se observó que este problema resulta en una incapacidad del niño para internalizar reglas y límites, como también en una manifestación de síntomas de inquietud, desatención e impaciencia. Entre los años 1917 y 1918, a partir de una erupción de encefalitis, los profesionales de salud observaron que había un grupo de niños físicamente recuperados de la encefalitis, pero que presentaban inquietud, desatención y, que eran impacientes e hiperactivos; los comportamientos que no se mostraban antes de la enfermedad. Según Bender (1942) y BENZIC (2002), este modelo de conducta fue descrito como un desorden post-encefáltico.

En 1937, Bradley trabajó en una clínica psiquiátrica con niños emocionalmente perturbados y administró una medicación con el nombre de benzedrina. Percibió que esos niños, por algún tiempo, se ponían más calmas, más positivas, menos opositores, parecían que aprendían mejor y demostraban estar más atentas. En la segunda guerra mundial, algunos investigadores observaron que ocurrieron daños cerebrales en algunos soldados, incluyendo traumas cerebrales, y percibieron que esto resulta en individuos con comportamientos de desatención, inquietud e impaciencia. Esta investigación apoyó la noción de que los niños con estos síntomas fueron víctimas, de alguna forma, de daño o disfunción cerebral. En esa misma época, Strauss y colaboradores (GOLDSTEIN, GOLDESTINE, 1994) formularon la hipótesis de que el principal problema de estos niños era la distracción. Strauss creía entonces que si la distracción se mantenía en un grado mínimo, esos niños podrían comportarse mejor (BENCZIK, 2002).

En este período, intentaron modificar las aulas, sin muchas decoraciones, hicieron mucho uso de medicamentos psicotrópicos y cambios en el currículo escolar con el fin de solucionar la distracción de esos niños. Estos cambios de comportamiento, principalmente en la década de 1940, se llamaron hiperactividad, con lesiones del sistema nervioso central. Este trastorno se definió como un trastorno neurológico, entonces llamado Lesión Cerebral Mínima. Se han realizado varias investigaciones sobre el tema y, debido a que el foco de la investigación es diferente, en lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento, aun estando vinculado a la lesión cerebral, hubo cierta dificultad de concepción por parte de los investigadores y, de esa forma, el trastorno recibió varios nombres como: Hiperactividad, Lesión Cerebral Mínima, Síndrome Hiperkinético, Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. (BENCZIK, 2002).

En 1962, no se confirmó la hipótesis de lesión cerebral en niños y, de esa forma, ese síndrome fue denominado Disfunción Cerebral Mínima (DCM). Lefèvre (1975) afirma que la falta de consenso en cuanto al concepto de DCM ocurre por haber una discordancia entre la caracterización pedagógica y psicológica de los niños con DCM y la imprecisión de los hallazgos neurológicos de éstos.

A partir de los años 60, surgió la necesidad de definir ese síndrome desde una perspectiva más funcional, dando énfasis a la caracterización de la hiperactividad como síndrome de conducta, considerándose la actividad motora excesiva como el síntoma primordial. En esta década, el DSM-II (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) utilizó el término Reacción Hiperkinética para describir el síndrome.

En la década de 1970, la Clasificación Internacional de las Enfermedades, el CID-9, mantuvo una denominación similar, "Síndrome Hiperkinético". En la década de los 80, el DSM-III alteró el término para el trastorno del déficit de atención, resaltando los aspectos cognitivos de la definición del síndrome, como el déficit de atención, falta de autocontrol o impulsividad. En 1987, el DSM-III fue revisado y enfatizó la hiperactividad, alterando el nombre del trastorno para el Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención. El CID-10, en 1993, continuó con la nomenclatura de Trastornos Hiperkinéticos. El DSM-IV, en 1994, denominó como Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad, utilizando como criterio dos grupos de síntomas del mismo peso para diagnóstico: a) desatención y b) hiperactividad / impulsividad.

2.1.3. Causas del TDAH

Muchos son los entendimientos sobre lo que realmente causa el TDAH. Existen múltiples causas. El conocimiento científico sobre las causas y sus influencias sobre el funcionamiento del cerebro y del comportamiento humano ha avanzado; pero, sin embargo, es incipiente el conocimiento sobre este tema. Hay más hipótesis que certidumbres sobre el asunto.

Knapp y otros (2002) relatan que la causa del TDAH es la vulnerabilidad genética (ciertos genes predisponen a la agitación, a la desatención ya la impulsividad cuando algo sucede en el ambiente donde los niños viven), sumada a los problemas ambientales (problemas médicos en el nacimiento y problemas familiar). La influencia de factores genéticos y ambientales en el desarrollo del niño es ampliamente aceptada en la literatura (TANNOCK 1998; ROHDE, MATTOS, 2003, p. 35). Según Rohde y Mattos (2003, p. 35), mencionan que aunque la

contribución genética es sustancial, es improbable que exista "el gen del TDAH", causante de ese fenotipo y fundamental en todos los casos de la enfermedad. Al contrario, como ocurre en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, se cree que varios genes de pequeño efecto son responsables de una vulnerabilidad (o susceptibilidad), genética al trastorno, a la que se suman diferentes agentes ambientales. En esta forma el surgimiento y la evolución del TDAH en un individuo parecen depender de qué genes de susceptibilidad están actuando y de cuánto cada uno contribuye a la enfermedad, es decir, cuál es el tamaño del efecto de cada uno, y de la interacción de estos genes entre sí y con el medio ambiente.

Algunas investigaciones sugieren predisposición genética para el TDAH.

Otros tipos de estudios genéticos, además de los estudios de familias (que dan la prevalencia de parientes afectados), fueron fundamentales para estar seguros de la participación de genes, son estudios con gemelos y adoptados. Con individuos adoptados, se comparan padres biológicos y padres adoptivos de niños afectados, verificando si hay diferencia en el riesgo o en la presencia del mismo trastorno (TDAH) entre los dos grupos de padres.

Estos estudios mostraron que los padres biológicos tienen tres veces más TDAH que los padres adoptivos. Se sabe que los gemelos univitelinos tienen un 100% de similitud genética, diferente de los fraternos (50% de similitud genética), pues si los univitelinos se parecen más en aquellas características que los fraternos, se evidencian componentes genéticos. Cuanto más parecidos, mayor es la influencia genética para el trastorno. Los univitelinos llegan a tener un 70% de concordancia, lo que evidencia una importante participación de genes en el origen del TDAH.

En el TDAH, como en la mayoría de los trastornos de comportamiento multifactoriales, no se debe hablar de determinación genética, sino en predisposición, influencia. Lo que sucede en estos trastornos es que la predisposición genética involucra varios genes y no un solo gen (como es la regla para varias de nuestras características físicas). Esto es fácil de entender si se considera la complejidad del TDAH (diferentes tipos, con otros problemas asociados o no, diferentes tratamientos).

Al menos dos genes el D4RD y el DAT1 confirman la presencia del TDAH. El primer presentado es conocido como buscador de novedades y nuevas sensaciones, de correr riesgos, de impulsividad y de inquietud. El segundo, llamado DAT1, está más relacionado con la regulación de la dopamina en el cerebro, influenciando la rapidez que se quita de la sinapsis, pequeña conexión entre las neuronas.

Barkley (2002) describe que otra posible causa del TDAH es una menor cantidad de flujo sanguíneo en el área frontal, particularmente en el núcleo caudado, estructura importante en la conexión de las regiones frontales del cerebro y estructuras medianas conocidas como sistema límbico. El núcleo caudado está constituido por innumerables haces de fibras nerviosas, región conocida como cuerpo estriado. Esta región es importante en la inhibición del comportamiento y en el mantenimiento de la atención. Esta región descrita anteriormente permite inhibir y controlar las emociones y la motivación; también ayuda en el uso del lenguaje para controlar nuestro comportamiento y planificar el futuro.

Para Barkley (2002, p. 85), sugiere que esas áreas son las más ricas en dopamina, lo que puede significar que no se está produciendo suficientemente

en esas áreas en los portadores de TDAH. La dopamina es una sustancia química conocida por estar involucrada en la inhibición de la actividad de otras células cerebrales. Según el autor, estos descubrimientos científicos son bastante consistentes, mostrando un problema de inhibición o autocontrol que marca el TDAH, así como presenta factores que generan el nivel reducido de actividad en esas regiones descritas arriba y responsables por esas habilidades humanas.

Los niños con TDAH poseen la región frontal derecha y diversas estructuras en el ganglio basal (el estriado y globo pálido), y ciertas regiones en el lado derecho del cerebelo en proporciones mucho menores, comparadas con niños sin el TDAH. El cerebro debe ser visto como un órgano en el que las partes presentan alto grado de interconexión.

Por lo tanto, otras áreas que tienen conexión con la región frontal pueden no estar funcionando adecuadamente, llevando a los síntomas de TDAH.

La región fronto-orbital, según estudios, es responsable de la inhibición del comportamiento, el mantenimiento de la atención, el autocontrol y la planificación para el futuro, es una región del cerebro más desarrollada en el ser humano, si se compara con los animales. Por medio del electroencefalograma (EEG) en niños portadores de TDAH, se observó que la actividad eléctrica del cerebro de estos niños es menor, principalmente sobre el área frontal. Según Rohde (2003, p.183), autores que estudian los procesos psicopatológicos, la neurobiología y la neuropsicología del trastorno de déficit de atención / hiperactividad, sugieren que una disfunción en la corteza prefrontal y sus conexiones con el circuito y con la corteza parietal pueda ser responsable por el cuadro clínico del TDAH. Estos cambios serían responsables de un déficit del comportamiento inhibitorio y de las funciones llamadas ejecutivas, incluyendo

memoria de trabajo, planificación, autorregulación de motivación y del umbral para acción dirigida a la meta definida e internalización del habla.

Algunos estudios hacen referencia a las sustancias consumidas durante el embarazo, como la nicotina de cigarrillos y bebidas alcohólicas, que se mostraron como causas significativas de anormalidades de desarrollo en el núcleo caudado y en regiones frontales del cerebro de niños. Las experiencias con animales muestran que la nicotina y el alcohol causan un desarrollo anormal de ciertas regiones cerebrales, llevando a la hiperactividad, al comportamiento impulsivo ya la desatención. Tal vez puedan estar asociados estos factores con la hiperactividad, principalmente si la madre es hiperactiva. (BARKLEY, 2002).

La exposición al plomo, ocurrida entre los 12 y 36 meses de edad, es otra supuesta causa de que los niños presenten el TDAH, pues existen algunas evidencias que altos niveles de plomo en el organismo pueden reflejar en comportamiento hiperactivo y desatención, lesionando el tejido cerebral. La exposición al plomo funciona como un irritante en el cerebro (BENCZIK, 2002).

Supuestamente, el sufrimiento fetal puede ser otra causa del TDAH, aunque no existe una relación de causa que sea clara. Algunos estudios revelan que algunas madres no saben que son portadoras de TDAH, teniendo así problemas en el embarazo y en el parto. Otros posibles factores causales son los problemas familiares como el alto grado de discordia conyugal, baja instrucción de la madre, familia con apenas uno de los padres, ambiente familiar tumultuoso y familias con nivel socioeconómico más bajo (BENCZIK, 2002).

2.1.4. Síntomas del TDAH

La hiperactividad es presentada por medio de algunos comportamientos como: agitar las manos o los pies, moverse en la silla, abandonar su silla en el

aula o otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado, correr en un momento inoportuno, hablar demasiado y hablar a la hora inadecuada, dificultad para jugar o quedarse en silencio en actividad de ocio, parecer estar a mil por hora.

Los síntomas de impulsividad que, en general, se observan junto con la hiperactividad, son: dificultad en esperar su turno (por ejemplo, en fila), hablar antes de que la otra persona haya terminado de hablar, interrumpir la conversación de los demás. Síntomas de desatención: dificultad para prestar atención en detalles, cometer errores por descuido en actividades escolares, no conseguir acompañar instrucciones largas, no conseguir organizar sus tareas, perder con facilidad las cosas, distraerse con facilidad. Estas características se describen en el Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV). Según Barkley (2002, p.35), el trastorno de déficit/hiperactividad, o TDAH, es un trastorno de desarrollo del autocontrol que consiste en problemas con períodos de atención, con el control de impulso y con el control de impulso nivel de actividad.

2.1.5. Diagnóstico del TDAH

De acuerdo con Benzick (2002, p.25), la característica esencial en el trastorno de déficit de atención / Hiperactividad es un patrón persistente de desatención y / o hiperactividad, más frecuente y severo que el que normalmente se observa en niños de la misma edad que están en el nivel equivalente de desarrollo.

Según Antoniuk (2002), menciona que actualmente el TDAH es definido por características comportamentales observables que incluyen una corta duración de la atención, distracción fácil, impulsividad e hiperactividad.

El diagnóstico debe tener en cuenta el nivel de intensidad de los síntomas y el grado asociado de compromiso funcional. Ocurre en todos los lugares y el compromiso más importante se refiere al rendimiento académico y conductual. Comienza en la infancia y, aunque los síntomas observados cambian en cantidad y calidad a lo largo del desarrollo, la mayoría de los individuos con TDAH continúan presentando algún síntoma en la edad adulta.

Para obtener un diagnóstico clínico del TDAH, es necesario evaluar los criterios del DSM-IV a la CID-10 (Organización Mundial de Salud, 1993). El Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, el DSM-IV, en 1994, denominó el Trastorno del Déficit de Atención / Hiperactividad, utilizando como criterios dos grupos de síntomas del mismo peso para diagnóstico: a) desatención y b) hiperactividad / impulsividad. (BARKLEY, 2002).

El diagnóstico del TDAH es un proceso de múltiples facetas, pues pide una evaluación amplia. No se puede dejar de considerar y evaluar otras causas para el problema, así que hay que estar atento a la presencia de otros síntomas. (RODHE, MATTOS, 2003).

Una de las dificultades diagnosticadas está en no saber, con certeza, qué es un comportamiento normal para cada una de las edades. Entre 2 y 4 años, se necesita mucha precaución para diferenciar a un niño hiperactivo de un niño normalmente activo. En estos casos, se debe hacer una evaluación longitudinal, es decir, un acompañamiento del niño por algún tiempo para precisar mejor la característica de sus manifestaciones. Es muy importante identificar los factores que llevaron a la familia a buscar una evaluación psiquiátrica y si ella ya había buscado algún recurso para el tratamiento. (RODHE, MATTOS, 2003).

El objetivo de la evaluación diagnóstica es examinar el desarrollo del niño o del adolescente para que, en la existencia del trastorno, se evalúe la extensión del problema y se busque un tratamiento. El aspecto más importante del proceso es un cuidadoso historial clínico y de desarrollo. La hiperactividad infantil exige un enfoque interdisciplinario para ser diagnosticado. (STONER, DUPAUL, 2007).

El profesional más indicado para hacer el diagnóstico debe ser alguien que conozca el desarrollo normal del niño o del adolescente. Normalmente, quien posee este conocimiento es un psiquiatra, neurólogo, pediatra, psicólogo o profesor entrenado y orientado sobre las características de la hiperactividad infantil. (STONER, DUPAUL, 2007).

Inicialmente, la evaluación diagnóstica ocurre por medio de una entrevista con el niño o adolescente, padres / responsables y profesores, para que se pueda recoger el máximo de datos, analizando cuidadosamente las informaciones y buscando los síntomas del TDAH.

En la entrevista con los padres, el profesional puede preguntar sobre antecedentes genéticos, eventos del embarazo y del nacimiento, acontecimientos importantes en la vida del niño, como los padres imponen disciplina y límites, cuáles son las expectativas y tolerancia de los padres en relación al comportamiento de los hijos, la actitud de los padres, si son más flexibles o más rígidos, como el niño interactúa con la familia, historias de desatención, impulsividad y/o comportamiento.

Barkley(2002) cuando iniciaba su entrevista con los padres, preguntaba sobre el desarrollo del niño en relación a la salud física, a las habilidades sensoriales y motoras, al lenguaje, al pensamiento, al intelecto, las conquistas

académicas, a la capacidad de autoayuda como vestirse y tomar el baño, al comportamiento social, a los problemas emocionales ya las relaciones familiares.

Si el trastorno es presentado por un adolescente, es posible hacer preguntas relacionadas con su percepción sobre su comportamiento, si es consciente de sus dificultades en casa y en la escuela, qué piensa sobre los padres, la escuela, los amigos, y lo que está haciendo para tratar con sus problemas. Un examen clínico debe realizarse para descartar cualquier posibilidad de problemas, visuales o auditivos, o algún otro problema que también puede ser neurológico, así como otros síntomas relacionados con el TDAH.

Actualmente, no existen exámenes de laboratorio o medidas de valor diagnóstico para el TDAH; En el caso de los niños con TDAH (BARKLEY, 2002), los exámenes de sangre, análisis de orina, estudio de cromosomas, EEGs (electroencefalograma), media de respuestas evocadas, resonancia magnética y tomografía computarizada (TC) no deben ser usados como rutina en la evaluación de niños con TDAH (BARKLEY, 2002).

Se confirma el diagnóstico por criterios del DSM-IV, con pruebas, (WISC, Cambraia, Toulouse), observación directa, buscando un diagnóstico global que incluye habilidades cognitivas generales, así como raciocinio verbal, abstracto, visual, memoria, atención. "La ausencia de síntomas en el consultorio médico o psicológico no excluye el diagnóstico" (BENCZIK, 2002, p. 60).

Un diagnóstico de TDAH se basará, al menos en parte, en los criterios del DSM-IV, pero diagnosticar trastornos psiquiátricos en niños no es una ciencia exacta. La ausencia de métodos totalmente objetivos de evaluación, y la

confianza en las observaciones y opiniones de padres y otros introducen cierta incertidumbre en el proceso de diagnóstico (BARKLEY, 2002). Durante la evaluación el profesional también formulará posibles recomendaciones de tratamiento, que serán presentadas junto al diagnóstico.

2.1.6. Prevalencia del TDAH

El trastorno del déficit de atención / Hiperactividad, de acuerdo con DSM-IV, ocurre en varias culturas, y el porcentaje de la prevalencia varía según la forma en que se realiza el diagnóstico. La prevalencia reportada para este trastorno depende de numerosos factores, incluyendo la población estudiada, los métodos de evaluación utilizados, los criterios de diagnóstico empleados y la fuente de información utilizada.

Según el DSM-IV, es muy difícil hacer un diagnóstico en niños menores de 4 o 5 años, pues, normalmente, para estos niños, no se requieren situaciones en que ellos necesiten quedarse por mucho tiempo con la atención prolongada.

La prevalencia se estima en el 3% al 5% entre los niños en edad escolar. Hay pocos datos sobre la prevalencia en la adolescencia y la edad adulta. El trastorno es mucho más frecuente en el sexo masculino, pudiendo tener prevalencia de 4 a 9 niños para una niña (DSM-IV, 1994, p. 80-81).

La explicación de una incidencia mayor en niños que niñas es en virtud de que los niños son más encaminados para el tratamiento que las niñas, por presentar más problemas de conducta, pues las niñas presentan más falta de atención que la hiperactividad propiamente dicha. "Se observa que el tipo con predominio de síntomas de desatención es más frecuente en el sexo femenino y parece presentar conjuntamente con el tipo combinado, una tasa más elevada de compromiso académico".

Los autores citados, Rodhe y Mattos (2003), dejan claro que, normalmente, los padres no tienen conocimiento sobre el trastorno y subestiman la prevalencia, mientras que los profesores tienden a sobreestimarla. Como prueba de ello, los educadores, generalmente, cifra el número de niños con TDAH en la edad escolar en torno al 15% al 20%, independientemente del sistema escolar y del nivel socioeconómico de que provengan, tasa compatible con otros estudios hechos con niños alemanes (17.8%) y con niños americanos (11.4%).

Guardiola (1994) hizo algunos estudios en el Brasil con base en criterios neuropsicológicos, encontrando una prevalencia de 3.5% a 3.9%, en una muestra representativa con niños de 1er. grado.

Rohde (1997), por medio de los criterios del DSM-IV, también en la ciudad de Porto Alegre, con adolescentes de 12 a 14 años, encontró la prevalencia de 5.8%. Barbosa (1995) hizo sus estudios en Brasil, en Paraíba, a través de la escala de Conners (1997), versión para padres y profesores, y encontró una prevalencia del 3,3%.

2.1.7. Mitos sobre el TDAH

De acuerdo con la Asociación Brasileña de Déficit de Atención, se plantearon varias cuestiones sobre el TDAH, y muchas de ellas no fueron confirmadas. Se creía que colorantes, conservantes y exceso de azúcar propiciaban niños con TDAH; pero ningún estudio comprobó que había un vínculo con el trastorno.

Feingold (en Barkley, 2002, p. 94) relató que la mitad de todos los niños hiperactivos están relacionados con el hecho de comer alimentos que contienen aditivos y defensivos químicos. Esta teoría no fue comprobada Barkley (2002).

Harold Levinson (en Barkley, 2002, p. 94) defendía su teoría de que el TDAH era consecuente de un problema en el sistema vestibular y sus funciones del cerebro, afectando el equilibrio, el sentido de la gravedad y la posición de la cabeza. Samuel Goldstein y Bárbara Ingersoll concluyeron, seguramente, que la teoría no es consistente con lo que se sabe sobre el TDAH (BARKLEY 2002, p.94).

Barkley (2002) relata que William Crook, pediatra y alergista, fue defensor de la teoría de los hongos. Creía, así, como Feingold, que los aditivos y otros productos químicos de alimentos podrían contribuir a los problemas de los hongos y, en consecuencia, al TDAH; pero su teoría no fue comprobada. Benzick (2002, p. 33) relata que a principios de la década del 70, un investigador pensó en la posibilidad de que la radiación proveniente de las lámparas fluorescentes pudiera tener alguna influencia en el comportamiento de los niños en el aula. Los estudios bien hechos mostraron que esa idea no tenía sentido. En la actualidad, las investigaciones cubren un amplio e interesante campo que va desde aspectos bioquímicos hasta neurológicos y neuropsicológicos.

Cabral (2002) en su artículo sobre mitos en el sitio relata que el conocimiento sobre el TDAH ha sido rodeado de ideas falsas, desprovistas de basamento científico. La ciencia, en la búsqueda del conocimiento de la naturaleza, hace exigencia de algunos criterios y usa de rigor para asegurar que un determinado acontecimiento es una verdad científica. Ni por eso se puede pensar que las afirmaciones científicas son definitivas. Ellas son provisionales, pues evolucionan a medida que los instrumentos y métodos de observación también se desarrollan y que los fenómenos observados también se transforman. Es importante recordar que, ante un hecho aislado observado, no se debe

acertadamente inferir que el hecho antecedente generó el hecho posterior hasta que varias repeticiones del fenómeno en circunstancias idénticas se hayan reiterado, y que se pueda establecer un vínculo lógico entre los acontecimientos en juego. Otra exigencia de la Ciencia es que, siempre que sea posible, el fenómeno pueda ser repetido en laboratorio.

Debe quedar claro para padres y profesores que el simple hecho de identificar un comportamiento hiperactivo en un niño no es suficiente para diagnosticar el trastorno del déficit de atención con la hiperactividad (TDAH) y, mucho menos, para recomendar un tratamiento con medicamentos.

2.1.8. EL papel del profesor en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la escuela.

En el contexto del aula, la presencia de un alumno con TDAH es frecuentemente acompañada de perturbación e incomodidad, pudiendo llevar al profesor a adoptar actitudes autoritarias y punitivas que tienden a hacer el trabajo pedagógico desagradable y penoso (CYPEL, 2003).

Conforme a Perrenoud (2001), el profesor se identifica y presenta un interés especial por los alumnos que respetan reglas, trabajan y participan de las tareas, pero trata con restricciones a los que no siguen las instrucciones. Por eso, en el ambiente escolar, el niño con TDAH puede ser etiquetado de lenta, relajada, incompetente, desinteresada, desordenada, problemática, que puede comprometer su aprendizaje.

Sam Goldstein (1994) relatan que, en la edad escolar, niños con TDAH presentan bajo rendimiento académico, dificultades emocionales y de relación social. Los síntomas del TDAH hacen a los niños más vulnerables al fracaso en

las dos áreas más importantes para un buen desarrollo en la escuela y en la relación con los colegas.

Bromberg (2002) relata que, al tomar conocimiento de las dificultades que ocurren en una familia con miembros portadores de TDAH, es probable que los profesores empiecen a entender la actitud de los padres, al igual que los padres pueden sensibilizarse con la situación de los profesores si saben de las dificultades reales que sus hijos encuentran en la escuela. El objetivo de la situación del otro es hacer que ambos, padres y profesores, comprendan que deben ser socios en este trabajo. No se debe culpar al comportamiento del alumno, pues el objetivo de todos es garantizar un futuro de calidad para esos niños y jóvenes y mantener una buena relación entre la familia y la escuela.

El éxito del estudiante en la escuela depende de la capacidad de concentrarse durante largos períodos de tiempo, permanecer quieto en un mismo lugar, hacer lecciones escritas. Es importante que padres y profesores entiendan el sistema educativo y los motivos que llevan a ese alumno a no corresponder a lo que se espera de él. La escuela tiene como finalidad educar y preparar al niño con sus particularidades a desarrollar su potencial singular y único para, así, sentirse importantes, capaz y útil en el medio social. (STONER, DUPAUL, 2007).

Bromberg (2002) enfatiza que, a la hora de elegir una escuela para niños con TDAH, es necesario que ésta proporcione la misma importancia de los valores familiares y que esté preparada para recibirla. De acuerdo con Bromberg (2002, p. 13), en su artículo para el *Jornal Paranaense de Pediatría*, la comunicación frecuente entre escuela y familia es un factor importante a garantizar, para que tanto profesores como padres puedan intercambiar

experiencias relevantes para las horas difíciles. El confiar en el otro realmente establece una asociación y es importante tener el conocimiento de cómo el niño o el adolescente se comporta en el otro ambiente. En este sentido, es muy útil un instrumento de comunicación escrita que se utilice diariamente. Es necesario cuidar, sin embargo, para que tal instrumento sea usado con sentido común, en el sentido de la cooperación, no del cobro y de la rivalidad.

Los profesores son aquellos que perciben cuando un alumno presenta problemas de atención, aprendizaje, comportamiento o emocionales / afectivos y sociales. La primera actitud a tomar en el intento de solucionar los problemas es verificar lo que realmente está sucediendo. Esta primera evaluación debe ser hecha por un grupo de la escuela, teniendo en cuenta el comportamiento del alumno en varias actividades y situaciones. Después, en encuentro con los padres, la escuela transmite sus preocupaciones y muestra las opciones para un diagnóstico correcto, que va a pedir una evaluación de profesionales de otras áreas (Salud, Psicología). Una vez determinado el problema, se vuelve al trabajo multidisciplinario - padres, profesores y terapeutas hacen una planificación en cuanto a las estrategias e intervenciones a ser implementadas (modificación del ambiente, adaptación del currículo, flexibilidad en la realización y presentación de tareas, adecuación del tiempo de trabajo actividad, administración y seguimiento de medicación) (BROMBERG, 2002).

Bromberg (2002) describe que varios son los factores que afectan positivamente el desempeño de un alumno con TDAH, la estructuración, en el aula y durante el tiempo de estudio en casa. Una clase estructurada no significa un ambiente rígido, tradicional, al contrario, puede ser creativa, colorida, activa y estimulante. La estructura se establece por la comunicación clara y precisa,

reglas bien definidas, expectativas bien explicadas, recompensas y consecuencias coherentes y un seguimiento constante. La rutina de actividades debe ser programada (con períodos de descanso definidos) y los alumnos deben ser supervisados y ayudados en la organización del lugar de trabajo, del material, de las elecciones y del tiempo.

Una de las grandes dificultades enfrentadas por el alumno con TDAH y su familia es la realización del deber de casa. Al pasar una lección de casa, los profesores deben recordar el tiempo que un estudiante con TDAH lleva a hacer esta lección, tres a cuatro veces más que sus colegas. Tener siempre presente que la lección de casa tiene el objetivo de revisar y practicar lo aprendido en el aula, el padre no debe hacer el papel de profesores, el deber de casa no debe ser un castigo o consecuencia de mal comportamiento en la escuela. En casa, es necesario establecer una rutina bien definida, proporcionar un lugar adecuado para el estudio y auxiliar en la organización del trabajo, pues la desorganización y la falta de conciencia del tiempo son características típicas del TDAH (BROMBERG, 2002).

Los profesores de niños con TDAH sienten tanta frustración como sus padres e incluso como los propios alumnos; esto conduce a una cuestión de ajuste de todos. Es necesario persistir en un trabajo conjunto para que algún resultado positivo aparezca. Esta es la manera más segura de garantizar la posibilidad del niño para desarrollar su potencial y caminar por la vida de manera adecuada y gratificante. Elegir la escuela y el método de enseñanza más adecuados para el alumno, especialmente el alumno con TDAH. El éxito escolar de portadores de TDAH exige una combinación de intervenciones terapéuticas, cognitivas y de acompañamiento (BROMBERG, 2002).

Según Bromberg (2002), los alumnos con TDAH deben aprender a manejar reglas y límites dentro de una estructura escolar organizada. Cada vez más, el desarrollo del alumno en la escuela depende de su capacidad para concentrarse durante largos períodos, permanecer quieto en el mismo lugar, hacer lecciones escritas. La escuela / profesor debe mantener contacto constante con los padres del niño, no sólo para presentar problemas, pero también resaltar el lado positivo del niño. Dialogar constantemente con el niño, buscando su necesidad, para una mejor interacción de aprendizaje, pues son intuitivas y pueden dar consejos útiles.

Sam Goldstein y Goldstein (1994) explican que el profesor debe orientar al alumno previamente sobre lo que es esperado de él en términos de comportamiento. Entender las necesidades y las dificultades temperamentales y educacionales del niño como, por ejemplo: recordar constantemente de sus actividades, de repeticiones, de directrices, de límites y de organización. En el aprendizaje, del tiempo de ejecución de tareas, de los plazos preestablecidos, de revisar el currículo y la didáctica. Generalmente, necesita ser flexible con el niño con TDAH para hacer una serie de recursos y estrategias de enseñanza hasta descubrir el estilo de aprendizaje del niño, realizando cambios hasta que el niño pueda ajustarse en el proceso educativo. En el caso de las matemáticas, el arte, la gimnasia, la hora de la lonchera, verificando si se ha aprendido a cada etapa. Presentar tareas en pequeña cantidad para no asustar y desanimar al niño, pues una gran cantidad de tareas hace que el alumno sienta que no podrá dar cuenta de terminarlas y, con ello, se desiste, antes incluso de comenzarlas.

Dándose, constantemente, retorno inmediato, se ayuda al alumno a tener una noción de cómo se va y desarrollar la auto-observación. Se debe informar de

forma positiva y constructiva. Incentivar y recompensar todo el buen comportamiento y el desempeño de sus actividades por medio de elogios, aliento, para sentirse "enturbiado" y motivado. Desarrollar alternativas, proporcionando consejos sobre cómo el niño puede lidiar con sus dificultades: por ejemplo, enseñarle a hacer resúmenes, usar rimas, códigos para facilitar la memorización de contenidos (BROMBERG, 2002).

Se deben utilizar recursos especiales como grabadores, retroproyector, diapositivas, pues estos recursos ayudan en el mantenimiento de la atención y, consecuentemente, en el proceso de aprendizaje. Este niño aprende mejor visualmente, de esa manera ella puede poner las ideas en el lugar y estructurarse. Alternar actividades de alto y bajo interés durante la clase, alternando las actividades más interesantes con tareas menos brillantes (BROMBERG, 2002).

De acuerdo con Benczik (2002), se debe mantener el aula organizada y bien estructurada, reducir estímulos que puedan distraer al alumno, para organizarse internamente y, de esa forma, corresponder mejor en el proceso de aprendizaje. Aproximar al alumno del profesor (colocándolo sentado cerca de su mesa) y de alumnos con buen comportamiento, para que él adquiriera buenos modelos.

Es necesario enfatizar el aspecto emocional del aprendizaje. Lidiando con las emociones y descubrir el placer en el aula y en el proceso de aprendizaje son elementos necesarios para tener un buen desempeño escolar. Estar atento en el talento del niño, en la creatividad, en la alegría, en la espontaneidad y en el buen humor que ella manifiesta. Preparar al alumno para cualquier cambio que rompa la rutina escolar (excursiones, pruebas, fiestas,). Los cambios sin previo aviso son muy difíciles para este niño, porque pierden la noción de las cosas.

Debe tenerse un cuidado especial para avisarla y prepararla con la mayor antelación posible sobre los cambios. Avisar lo que va a suceder y repetir las advertencias a medida que la hora se acerca (BENCZIK, 2002).

Proporcionar instrucciones directas, orientaciones cortas y claras, para que el niño pueda comprender y corresponder, simplificando las instrucciones, las opciones, las programaciones, dándole la máxima atención, mirando directamente a los ojos de ella para "traerla de vuelta"; que ayuda a sacarla de su devaneo y darle libertad para hacer preguntas o simplemente para darle seguridad silenciosamente y, cuando sea necesario, ayudarla ante sus dificultades (BENCZIK, 2002, p. 87-90).

En realidad, muchos de estos niños se esfuerzan mucho para modificar el comportamiento, pero su esfuerzo nunca es suficiente para modificar la impresión que se tiene de ellas. Para los niños con TDAH, la vida es una experiencia frustrante. No sería inverta decir que se sienten tan frustradas como sus profesores (OBRIEN, 2000).

La escuela y los profesores que se enfrentan a este desafío de tratar con los niños con TDAH deben adaptarse a sus peculiaridades, modificando la estructura del aula y sus lecciones para que el ambiente pueda estar más tranquilo. El profesor necesita, por encima de todo, percibir que tiene en manos un niño muy especial. Es muy posible que ese alumno con TDAH sea creativo, inteligente, multitalentoso y que desee muy agradar a los adultos que lo rodean. Él está acostumbrado al fracaso escolar ya ser mal entendido por los demás. Lo que realmente necesita es comprensión, aceptación y amor. Si se alienta y recibe la oportunidad, este niño tendrá un gran potencial para el éxito escolar y social. (Benczik, 2002).

Benczik (2002) explica que uno de los puntos más marcados que el niño con TDAH presenta en el aula es la falla en el funcionamiento productivo de las tareas, o sea, el niño casi nunca puede terminar las tareas escritas. Y eso no tiene nada que ver con la inteligencia del niño. El comentario más frecuente de los profesores es que perciben que el niño es inteligente e inteligente, pero no puede rendir de acuerdo con su real capacidad.

Para Benczik (2002), a medida que la escuela va familiarizándose con su realidad y la del alumno que la frecuenta, respetando las particularidades y necesidades, tendrá mayor posibilidad de proyectar al futuro ciudadano en la construcción de su medio social, generando oportunidades a cada uno individual y único, una forma de asegurar una convivencia social próspero, garantizando la ciudadanía a todos.

2.1.9. Abordaje del TDAH en la escuela.

El abordaje de niños con TDAH exige un esfuerzo coordinado entre los profesionales de las áreas médicas, salud mental, psicopedagogía, psicología, en conjunto con los padres. Esta combinación de tratamientos ofrecidos por diversas fuentes se denomina intervención multidisciplinaria. Es posible citar algunas acciones de intervención, tales como:

a) el seguimiento y la aclaración a los padres y al adolescente en cuanto a la naturaleza del TDAH y el desarrollo de estrategias y formas de controlar el comportamiento, con un programa pedagógico adecuado para cada individuo;

b) Acompañamiento en la escuela;

c) Asesoramiento individual y familiar cuando sea necesario, para evitar el aumento de conflictos en la familia;

d) Uso de medicación cuando sea necesario.

La interacción entre padres, responsables, la escuela / profesor es fundamental para el tratamiento de TDAH, respetando las diferencias del niño, reforzando sus puntos fuertes y superando sus puntos débiles. Es necesario estar a disposición ante las necesidades del niño.

El inicio del tratamiento debería ser precoz. La mayoría de los familiares protegen mucho el trato por prejuicio y por razones culturales, o por pura ignorancia. De todos modos, los pacientes acaban buscando un médico, generalmente un neurólogo, cuando la profesora reclama del rendimiento escolar del niño. Por lo tanto, en general, el tratamiento comienza en la edad escolar. La cuestión más importante en el tratamiento es el reconocimiento y la aceptación de la familia en cuanto a esa necesidad; no sólo para el buen desarrollo del niño, sino también para el mayor confort de los padres y para la socialización adecuada del paciente. (STONER, DU PAUL, 2007).

De acuerdo con la Asociación Brasileira de Déficit de Atención, "El abordaje del TDAH involucra algunos aspectos complementarios entre sí." La evaluación del TDAH puede ser hecha por un médico (en general, psiquiatra, neurólogo o pediatra), o psicólogo, desde que se ha convertido en una de las más importantes de la historia de la ciencia y de la ciencia, la genética.

En el marco del referencial cognitivo-conductual para el tratamiento del TDAH, los principales elementos técnicos utilizados hacen una distinción entre abordajes cognitivos y comportamentales apenas para facilitar el entendimiento de las estrategias descritas. Es importante subrayar que en la mayoría de los programas actuales se fundamenta estrategias y técnicas cognitivas y comportamentales en enfoques mixtos para el tratamiento de las patologías en el área de la salud mental de niños y adolescentes. (STONER, DU PAU

2.2. Definición de términos relacionados al tema.

- **Agresividad:** Hace referencia a un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expresiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación.
- **Conocimiento:** Suele entenderse como hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.
- **Déficit de atención:** Carencia de la capacidad de mantenerse concentrado en una sola actividad y, en ocasiones, se inquieta bajo cualquier circunstancia.
- **Hiperactividad:** La hiperactividad significa tener mayor movimiento, acciones impulsivas, un período de atención más corto y distraerse fácilmente.
- **Impulsividad:** Es la predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos.
- **Profesores:** docente o enseñante, es quien se dedica profesionalmente a la enseñanza, bien con carácter general, bien especializado en una determinada área de conocimiento, asignatura, disciplina académica, ciencia o arte.
- **TDAH:** Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad.

- **Trastorno:** Cambio o alteración que se produce en la esencia o las características permanentes que conforman una cosa o en el desarrollo normal de un proceso.

III: MÉTODO

3.1. Tipo de investigación.

El presente estudio fue de naturaleza cuantitativa de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental. Descriptivo porque se describió los hechos y fenómenos tal cual se presentan y se buscaron las características de las variables; prospectivo porque la investigación se realizó con los datos que representan a la toma de muestras; de corte transversal porque estudió las variables en un determinado espacio de tiempo; de diseño no experimental porque es un estudio observacional que describió lo que existe en la realidad.

Este estudio fue de tipo descriptivo, la cual permitió saber el conocimiento que tienen los profesores de primaria con respecto a los trastornos de déficit de atención e hiperactividad de la I.E. 1168 Héroes del Cenepa durante el periodo Junio-Octubre 2018

Así también el método que se empleó en este estudio fue inductivo, con un tratamiento de los datos y un enfoque cuantitativo.

El presente estudio correspondió a los diseños no experimental por que no se manipulan las variables, más aún, se realizó una observación directa de la variable de cómo estas se presentan en la realidad problemática.

Así también fue de corte transversal porque se realizó la recolección de los datos en un determinado momento de la realidad problemática, mediante la ficha de recolección de datos.

3.2. Ámbito temporal y espacial.

La presente investigación se realizó en la I.E. No. 1168 “Héroes del Cenepa”, del Cercado de Lima, durante el periodo de Junio a Octubre del año 2018 para la obtención del título de licenciado en tecnólogo médico en la especialidad de Terapia de Lenguaje.

3.3. Variables.

3.3.1 Tabla 1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO/ESCALA
Conocimiento de los de los trastornos de déficit de atención e hiperactividad	- Causas	-origen hereditario -crianza de los padres -factores alimenticios	- Escala de Likert, que corresponde a 20 preguntas de conocimiento cuantitativo (dicotómicas), formuladas en términos de afirmaciones.
	- Características	-independencia -curiosidad -nivel de inteligencia	
	- Consecuencias	-afectación sobre el niño -asistencia a clases -problemas de conducta	
	- Pronóstico y perspectivas futuras	-mejora espontánea -persistencia -relaciones familiares -rendimiento escolar -conductuales y emocionales	

3.3.2. Tabla 2. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	Variables y dimensiones	METODOLOGÍA
<p>General ¿Cuál es la comprensión de los profesores de primaria sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018?</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el conocimiento de los profesores y otros profesionales que actúan en el contexto escolar, sobre las causas en los alumnos con trastornos de atención e hiperactividad de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018? - ¿Cómo estos profesionales caracterizan el trastorno de atención e hiperactividad en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018? - ¿Cómo estos profesionales manejan las consecuencias en la escuela en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo 	<p>General Determinar el conocimiento de los profesores de primaria sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el conocimiento de los profesores y otros profesionales que actúan en el contexto escolar, sobre las causas en los alumnos con trastornos de atención e hiperactividad de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018. - Analizar cómo estos profesionales caracterizan el trastorno de atención e hiperactividad en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018. - Determinar cómo estos profesionales 	<p>Variables</p> <p>V1. CONOCIMIENTO DE LOS DE LOS TRASTORNOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Usted conoce el TDAH? - ¿Qué sabe del TDAH? - ¿Con qué recursos ha tomado conocimiento del TDAH? - ¿Ha identificado algún caso de este trastorno en su aula? - ¿Cuáles son las manifestaciones del alumno con TDAH que llamó su atención? 	<p>TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO :</p> <p>La investigación será de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental.</p> <p>El método que se aplicó es el deductivo y un enfoque cuantitativo.</p> <p>Población</p> <p>La población está constituida por 36 sujetos que laboran la I.E. 1168 Héroes del Cenepa durante el periodo Junio-Octubre 2018.</p> <p>Muestra</p>

<p>Junio-Octubre 2018?.</p>	<p>manejan las consecuencias en la escuela en niños de la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018.</p>	<p>Cite algunos. ¿Qué recomendaciones o referencias se dio al caso?</p>	<p>La muestra será el total de la población por ser una población pequeña siendo constituida por 24 profesores de primaria y otros 12 profesionales, entre ellos, el director, el subdirector 6 coordinadores y dos psicólogas que actúan en la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre.</p>
-----------------------------	--	---	---

3.4. Población y muestra.

3.4.1. Población.

La población está constituida por 36 sujetos que laboran la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018.

3.4.2. Muestra.

La muestra será el total de la población por ser una población pequeña siendo constituida por 36 profesores en el nivel primario, entre ellos, el director, el subdirector y dos psicólogas que actúan en la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre.

3.4.3. Unidades de análisis.

La unidad de análisis es un sujeto que labora en la I.E. 1168 “Héroes del Cenepa” durante el periodo Junio-Octubre 2018.

3.4.4. Criterios de selección.

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizará un muestreo no probabilístico según evaluación.

- Criterios de Inclusión.

- Profesores de educación primaria que laboran en el colegio “Héroes del Cenepa”.
- Otros profesionales entre director, subdirector, coordinadores y psicólogos que laboran en el colegio “Héroes del Cenepa”.
- Profesionales que hayan aceptado participar del estudio mediante la firma del consentimiento informado. Niños sin problemas neurológicos evidentes que interfieran en la producción del habla.

- **Criterios de Exclusión.**

- Profesores de educación secundaria que laboran en el colegio “Héroes del Cenepa”.
- Otros profesionales que no formen parte de los criterios de inclusión y laboran en el colegio “Héroes del Cenepa”.
- Profesionales del colegio “Héroes del Cenepa” que no hayan aceptado participar del estudio.

3.5. Instrumentos.

Los primeros hallazgos fueron estudios internacionales, de evaluación de conocimientos y actitudes sobre el TDAH, realizadas todas en la década actual. Uno de los pioneros en temas de investigación con respecto al TDAH fue A. Ghanizadeh en el año 2006, realizado en Irán, posteriormente en Australia, China, España, Inglaterra, Canadá y Estados Unidos. En éste último, se considerará el instrumento denominado “The Knowledge of Attention Déficit Disorder Scale - KADDS” (Alkahtani, 2013).

En la realidad peruana, la única investigación sobre conocimientos y actitudes realizada en Perú hasta la fecha, que cuenta con un instrumento encuesta validado es la de “Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención (TDAH)” realizada en un colegio del distrito urbano de Independencia, Lima, Perú”, realizada en el 2010 por José López-Rodas, Bruno Alvarado, para la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH); esta fue publicada en la Revista de Neuropsiquiatría de dicha casa de estudios. Los investigadores, validaron la encuesta Iraní de conocimientos y actitudes (la tradujeron al español, hicieron pruebas piloto y grupos focales). Si bien, dicho estudio estuvo dirigido a padres, las preguntas y sus contenidos

guardan relación con el conocimiento y actitud básicos sobre el TDAH, y por tanto, se ajustaba bien para aplicarla a los maestros.

Adicionalmente, la encuesta de la UPCH fue complementada con diez preguntas Likert referidas a actitudes, que fueron validadas por el juicio de tres expertos.

La encuesta será diseñada con respuestas para marcar cerradas, para que se pueda hacer un tratamiento estadístico de costo y tiempo más reducido. Su estructura fue de 20 preguntas de conocimiento cuantitativas (dicotómicas), formuladas en términos de afirmaciones.

Las respuestas de la encuesta de cada maestro se codificaron para su registro informático en Excel una por una. Estas se agruparon y analizaron por escalas, tipo de pregunta, categorías de análisis.

Para mayor detalle del instrumento empleado, se describe a continuación las tres secciones de su estructura. A saber:

a. La primera sección consta de siete ítems relacionados con datos generales de los maestros participantes. Estos son la edad, sexo, nivel-grado o título profesional, tipo de estatus laboral con la escuela, experiencia o número de años en el ejercicio de la docencia, y experiencia o número de años de trabajo en el nivel de primaria. Esto permite obtener el perfil o características de los maestros participantes.

b. La segunda sección corresponde al recojo de información sobre la variable de conocimientos. Aquí figuran 20 preguntas a modo de enunciados u oraciones afirmativas. Es un cuestionario cerrado, de respuestas dicotómicas de “falso” o “verdadero”.

Es importante resaltar que los profesores y (o) profesionales entrevistados serán informados sobre la investigación realizada y recibirán un Consentimiento Informado, acordando participar del trabajo.

La encuesta que se realice con estos profesores y (o) profesionales será transcrita, para garantizar la legitimidad de los datos que serán sujetos de evaluación.

3.6. Procedimientos.

Después de la formalización de la solicitud y la autorización correspondiente de las autoridades de la institución educativa, se realizará la recolección de datos mediante el cuestionario.

Se solicitará a la persona encargada de la institución educativa que nos facilite un ambiente libre de ruidos para poder tomar el cuestionario correspondiente a cada uno de los sujetos de estudio, aclarándoles algún punto de difícil comprensión de las preguntas. Se le dará un tiempo de 30 minutos como máximo para el desarrollo del total del cuestionario.

El procedimiento utilizado para el análisis de los datos será el análisis de contenido de las respuestas de los sujetos participantes. Según Chizzoti (1991), el análisis de contenido posibilita un entendimiento profundo, en que las entrelíneas son analizadas y exigen del investigador mucha atención y dedicación para no inferir en la recepción de los mensajes.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de los datos, los mismos fueron insertados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel. A continuación, se sometieron al análisis estadístico utilizando el programa SPSS 20.0.

IV: RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan y describen los resultados obtenidos tras el tratamiento estadístico de los datos recogidos.

4.1. Resultados referentes a las características de la muestra.

4.1.1. Resultados referentes a las características de la muestra según edad

Tabla 03: Características de la muestra según edad.

Edad (años)	Sujetos evaluados	
	No.	%
De 21 a 30	2	5.6
De 31 a 40	10	27.7
De 41 a 50	18	50
Más de 51	6	16.7

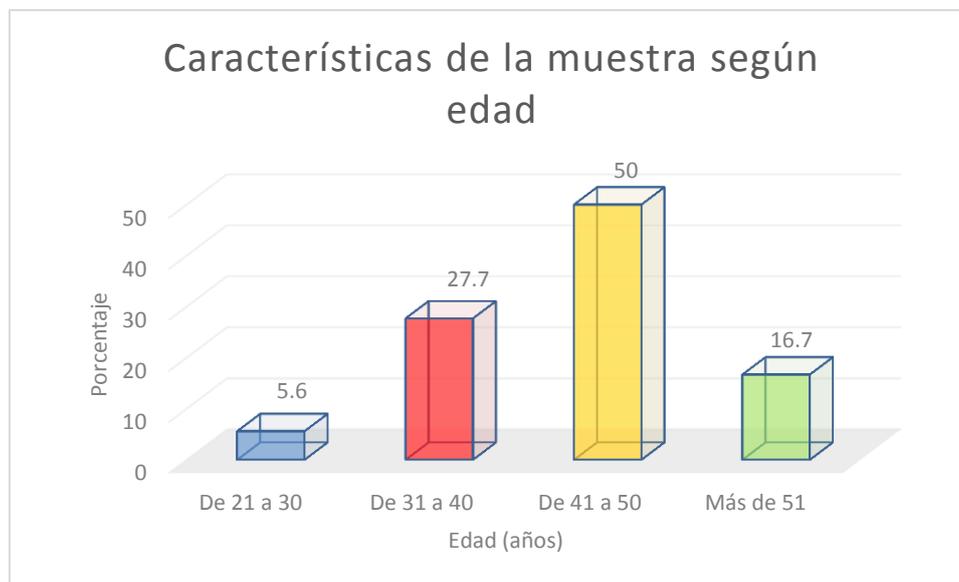


Figura 01: Distribución de las características de la muestra según edad

Interpretación: En la tabla 03 y en la figura 01 se observa que la mayoría de sujetos de la muestra presentan un 50%, una edad promedio de 41 a 50 años, seguido por un 27.7%, con edades de 31 a 40 años, siendo los más jóvenes en edad de 21 a 30 años con un 5.6%.

4.1.2. Resultados referentes a las características de la muestra según profesión.

Tabla 04: Características de la muestra según profesión.

Profesión	Sujetos evaluados	
	No.	%
Licenciados en educación	32	88.8
Bachilleres	2	5.6
Licenciados en psicología	2	5.6

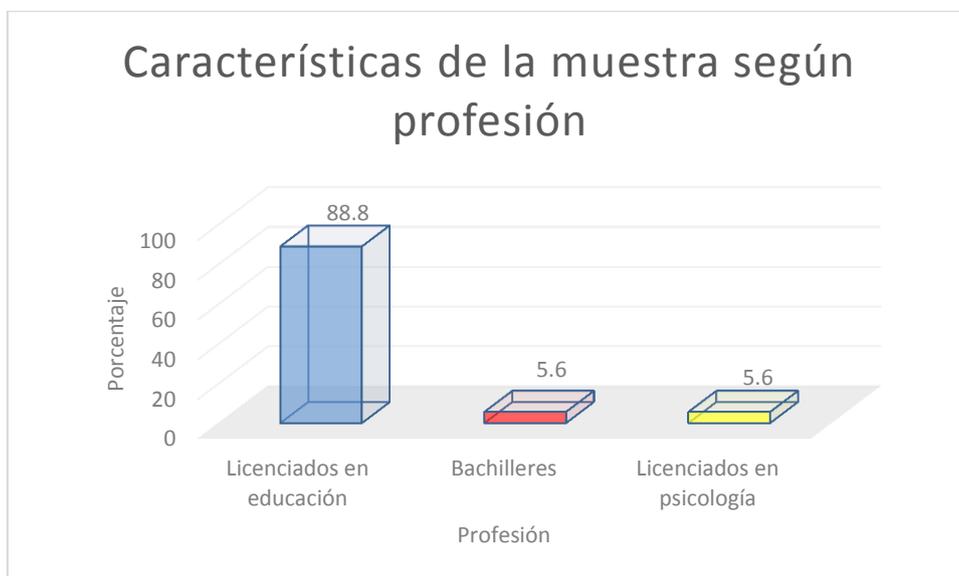


Figura 02: Distribución de las características de la muestra según profesión

Interpretación: En la tabla 04 y en la figura 02 se observa que en los sujetos de la muestra presentan en su mayoría con un 88.8% la profesión de licenciatura en educación, mientras que un 5.6% de la muestra presentaban la profesión de licenciados en psicología y bachilleres, respectivamente.

4.1.3. Resultados referentes a las características de la muestra según grado académico.

Tabla 05: Características de la muestra según grado académico.

Grado académico	Sujetos evaluados	
	No.	%
Bachiller	26	72.2
Maestría	9	25
Doctorado	1	2.8

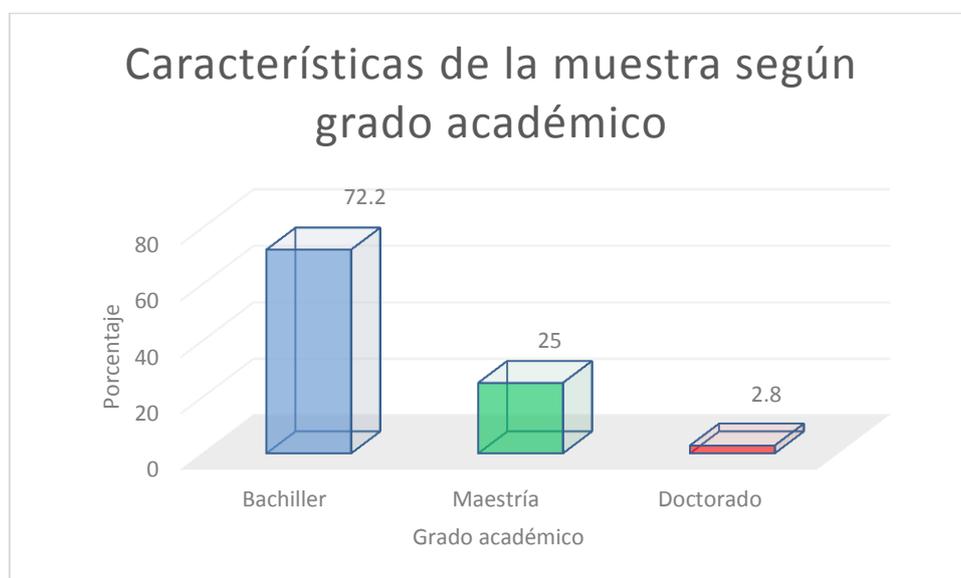


Figura 03: Distribución de las características de la muestra según grado académico

Interpretación: En la tabla 05 y en la figura 03 se observa que la mayoría de sujetos evaluados con un 72.2% presentan el grado de bachiller, mientras que un 25% de la muestra presentaban grado académico de maestría, por consiguiente, sólo un 2.8% presentan el grado de doctor.

4.1.3. Resultados referentes a las características de la muestra según años de experiencia laboral como profesor.

Tabla 06: Características de la muestra según años de experiencia como profesor.

Experiencia (años)	Sujetos evaluados	
	No.	%
Menos de 5 años	2	5.6
entre 5 a 10	3	8.3
entre 11 a 15	3	8.3
entre 16 a 20	11	30.6
entre 21 a 25	7	19.4
entre 26 a 30	7	19.4
más de 31 años	3	8.3

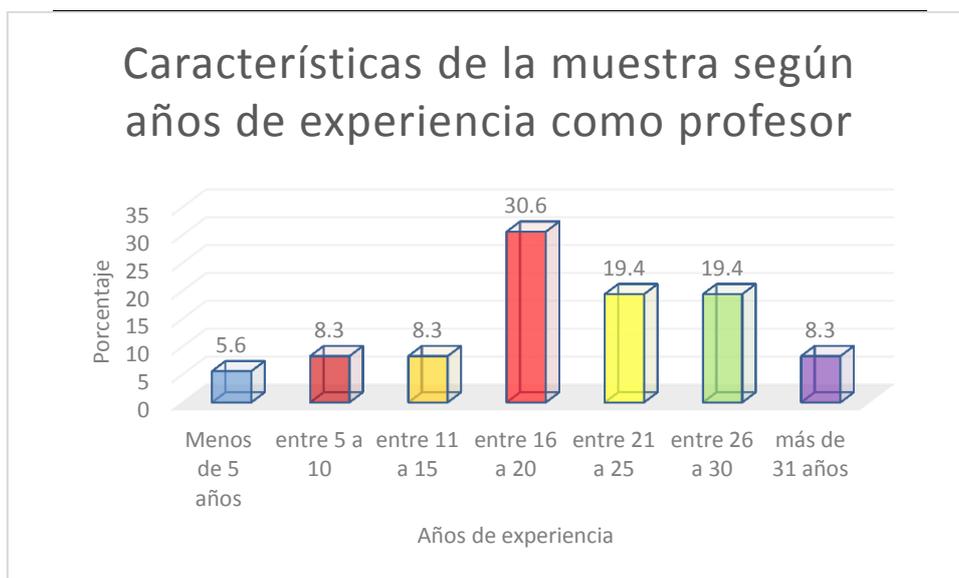


Figura 04: Distribución de las características de la muestra según grado académico

Interpretación: En la tabla 06 y en la figura 04 se observa que la mayoría de sujetos evaluados presentan una experiencia entre 16 a 20 años como profesor con un 30.6%, seguido de un 19.4% con una experiencia como profesor de entre 21 a 30 años, mientras que sólo un 5.6% presentaron una experiencia como profesor de menos 5 años.

4.2. Resultados sobre el nivel de conocimientos profesores de primaria sobre TDAH.

4.2.1. Resultados de los rangos de conocimiento.

Debido a que el cuestionario presenta respuestas dicotómicas, a cada respuesta acertada se la valoró con 1 punto. De ese modo se tiene que:

Tabla 07: Rangos de medición del nivel de conocimientos sobre el TDAH

Nivel de conocimiento esperado	Rango de puntaje establecido
Conocimiento suficiente	20-16
Conocimiento parcial	15-12
Desconocimiento	11-0

Tabla 08: Nivel de conocimiento de los profesores sobre el TDAH

Nivel de conocimiento	Sujetos evaluados	
	No.	%
Conocimiento suficiente	2	5.6
Conocimiento parcial	19	52.8
Desconocimiento	15	41.7

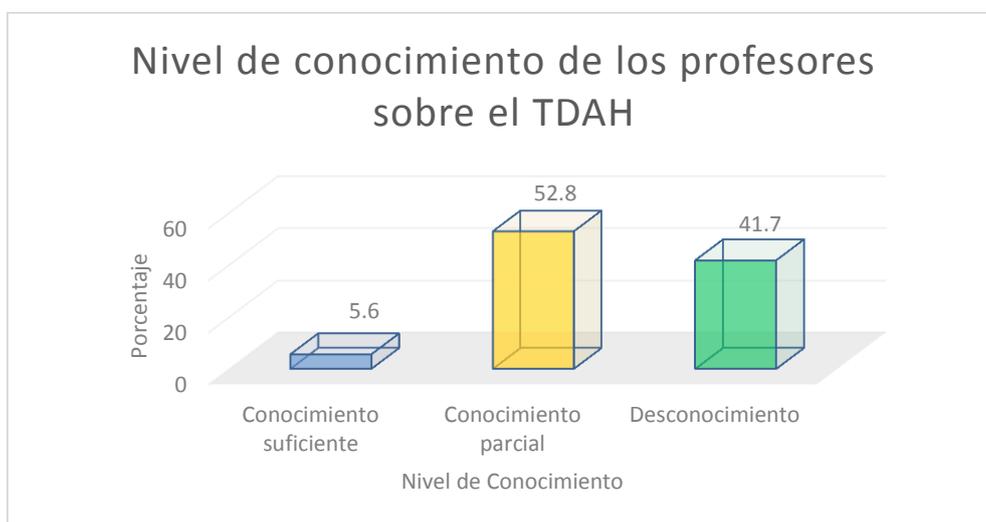


Figura 08: Distribución del nivel de conocimiento de los profesores sobre el TDAH

Interpretación: Según la tabla 08 y en la figura 08 se observa que la mayoría de encuestados presentan un conocimiento parcial sobre el TDAH con un 52.8%, seguido de un 41.7% que desconocen sobre el TDAH, y sólo un 5.6 % presentan un conocimiento suficiente sobre el TDAH.

4.2.2. Resultados de los rangos de conocimiento según las preguntas realizadas.

Tabla 09: Pregunta 1: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se debe a una causa hereditaria

Pregunta 1	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	14	38.9
Falso	21	61.1

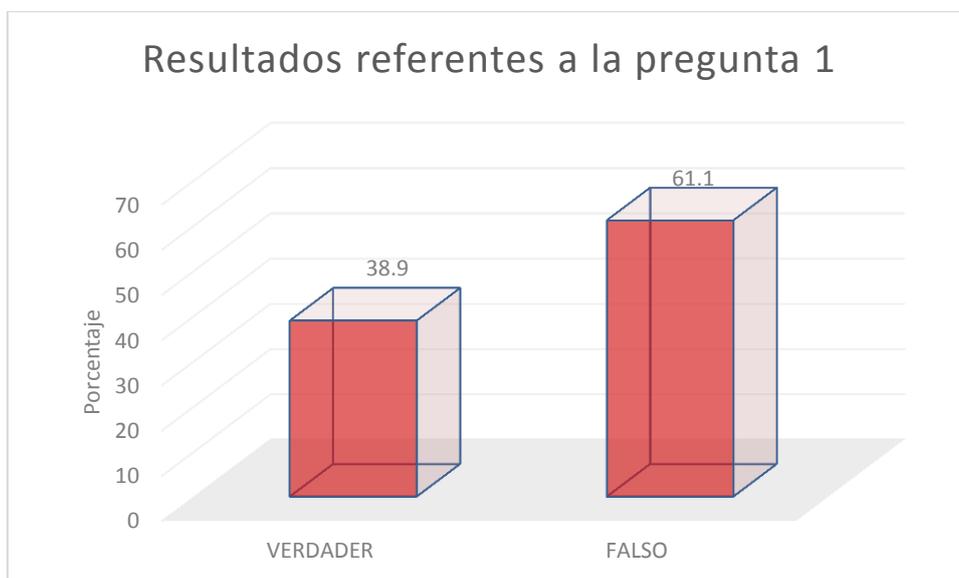


Figura 09: Resultados de la pregunta 1: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se debe a una causa hereditaria.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 09 y en la figura 09 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como falso con un 61.1%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como verdadero representan un porcentaje de 38.9%.

Tabla 10: Pregunta 2: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser independiente.

Pregunta 2	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	16	44.4
Falso	20	55.6

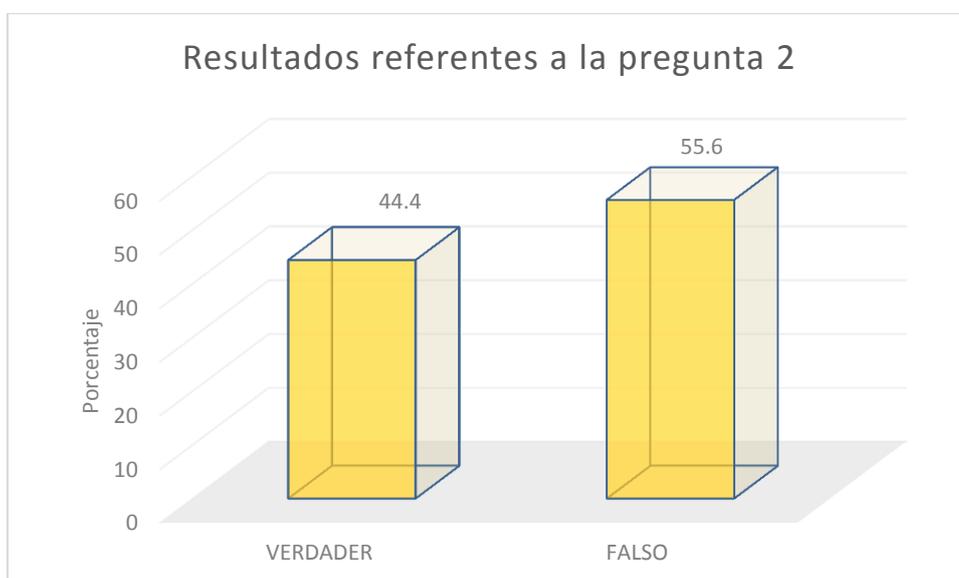


Figura 10: Resultados de la Pregunta 2: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser independiente.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 10 y en la figura 10 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como falso con un 55.6%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como verdadero representan un porcentaje de 44.4%.

Tabla 11: Pregunta 3: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser más curioso.

Pregunta 3	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	27	75
Falso	9	25

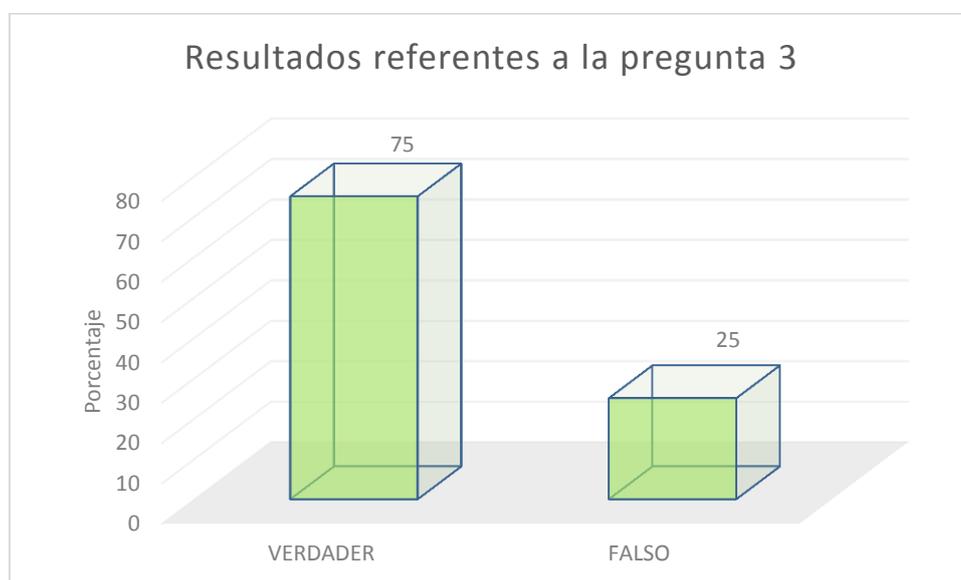


Figura 11: Resultados de la Pregunta 3: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser más curioso.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 11 y en la figura 11 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 75%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 25%.

Tabla 12: Pregunta 4: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser más inteligente.

Pregunta 4	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	19	52.8
Falso	17	47.2

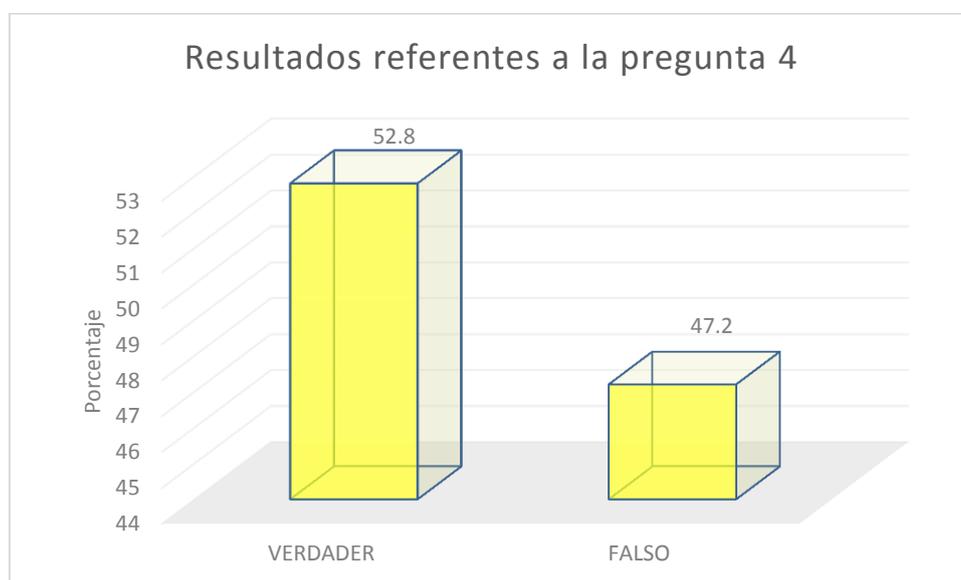


Figura 12: Resultados de la Pregunta 4: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser más inteligente.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 12 y en la figura 12 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 52.8%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 47.2%.

Tabla 13: Pregunta 5: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un problema importante para el niño.

Pregunta 5	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	24	66.7
Falso	12	33.3

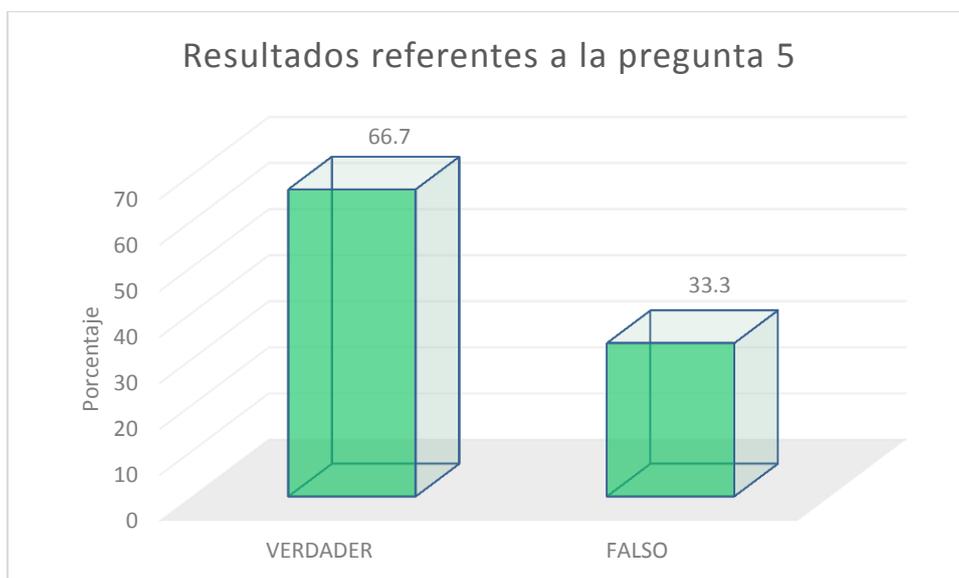


Figura 13: Resultados de la pregunta 5: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un problema importante para el niño.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 13 y en la figura 13 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 66.7%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 33.3%.

Tabla 14: Pregunta 6: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad mejorará espontáneamente sólo en algunos casos.

Pregunta 6	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	13	36.1
Falso	23	63.9

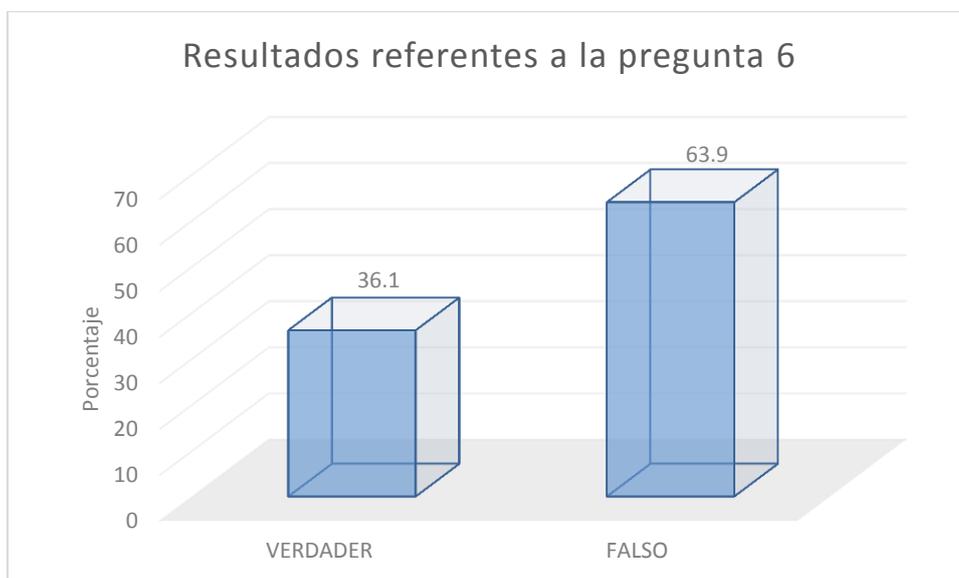


Figura 14: Resultados de la pregunta 6: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad mejorará espontáneamente sólo en algunos casos.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 14 y en la figura 14 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como falso con un 63.9%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como verdadero representan un porcentaje de 36.1%.

Tabla 15: Pregunta 7: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser causado por la mala práctica de crianza y maltrato de los padres.

Pregunta 7	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	20	55.6
Falso	16	44.4

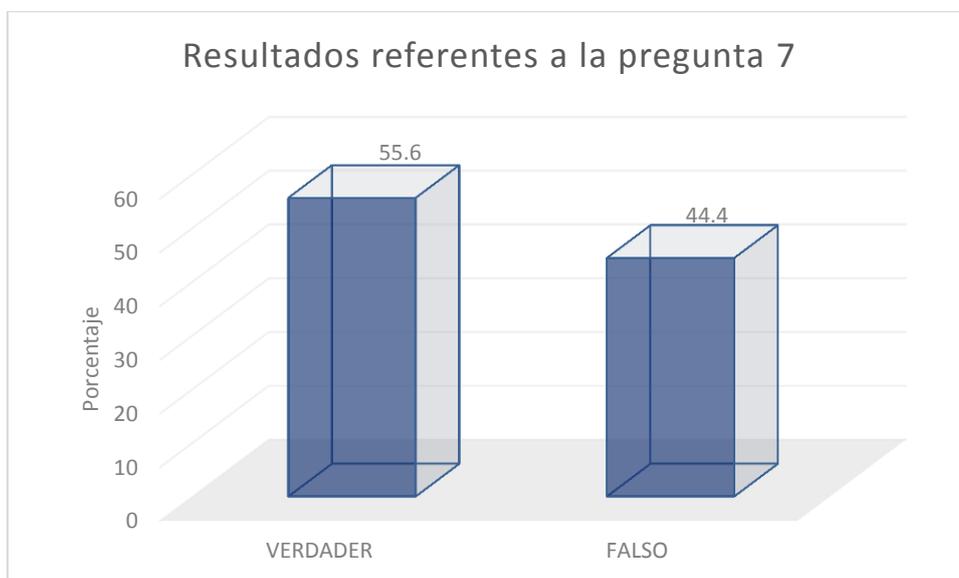


Figura 15: Resultados de la pregunta 7: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser causado por la mala práctica de crianza y maltrato de los padres.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 15 y en la figura 15 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 55.6%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 44.4%.

Tabla 16: Pregunta 8: Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad están en un riesgo más alto de ausentismo escolar y escaparse de la clase.

Pregunta 8	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	28	77.8
Falso	8	22.2

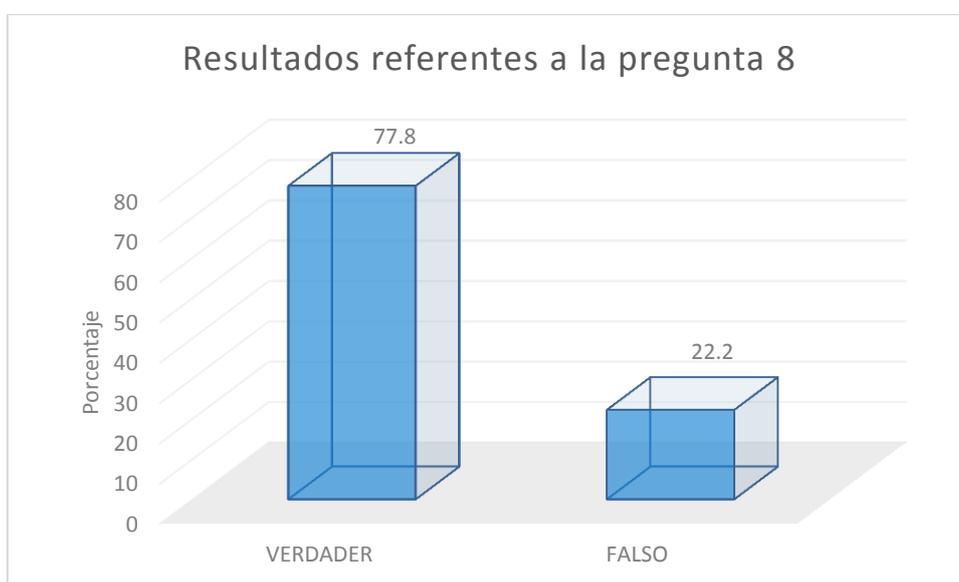


Figura 16: Resultados de la pregunta 8: Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad están en un riesgo más alto de ausentismo escolar y escaparse de la clase.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 16 y en la figura 16 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 77.8%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 22.2%.

Tabla 17: Pregunta 9: Las dificultades relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad persisten para toda la vida en la mayoría de los casos.

Pregunta 9	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	19	52.8
Falso	17	47.2

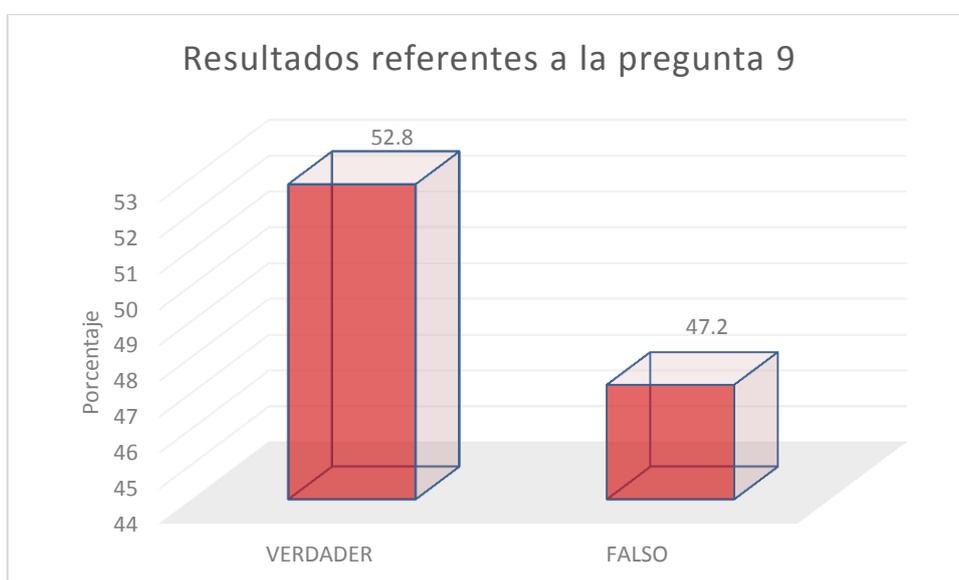


Figura 17: Resultados de la pregunta 9: Las dificultades relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad persisten para toda la vida en la mayoría de los casos.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 17 y en la figura 17 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 52.8%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 47.2%.

Tabla 18: Pregunta 10: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir educación especial, lo cual sería más favorable.

Pregunta 10	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	13	36.1
Falso	23	63.9

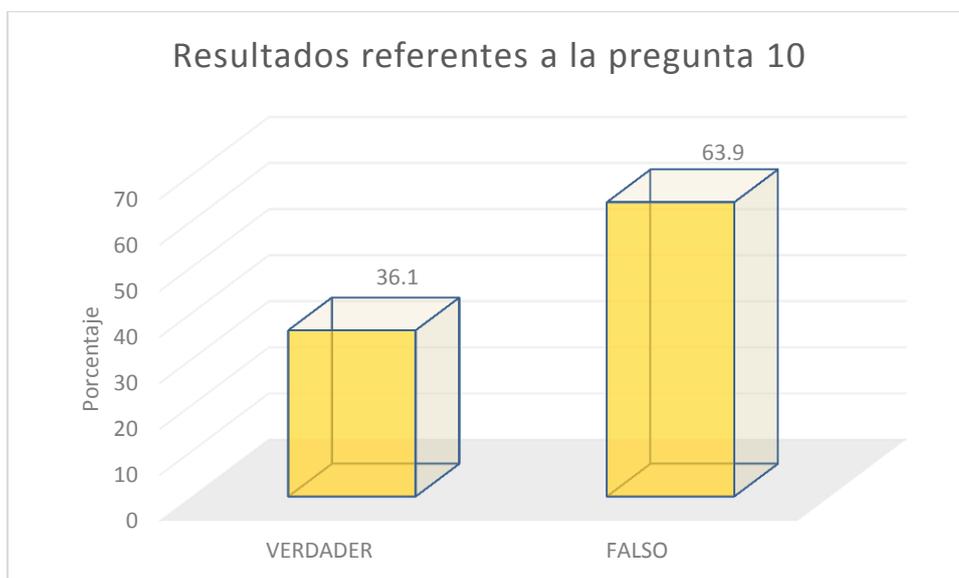


Figura 18: Resultados de la pregunta 10: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir educación especial, lo cual sería más favorable.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 18 y en la figura 18 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como falso con un 63.9%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como verdadero representan un porcentaje de 36.1%.

Tabla 19: Pregunta 11: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un alto riesgo en convertirse en delincuentes al ser adolescentes.

Pregunta 11	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	27	75
Falso	9	25

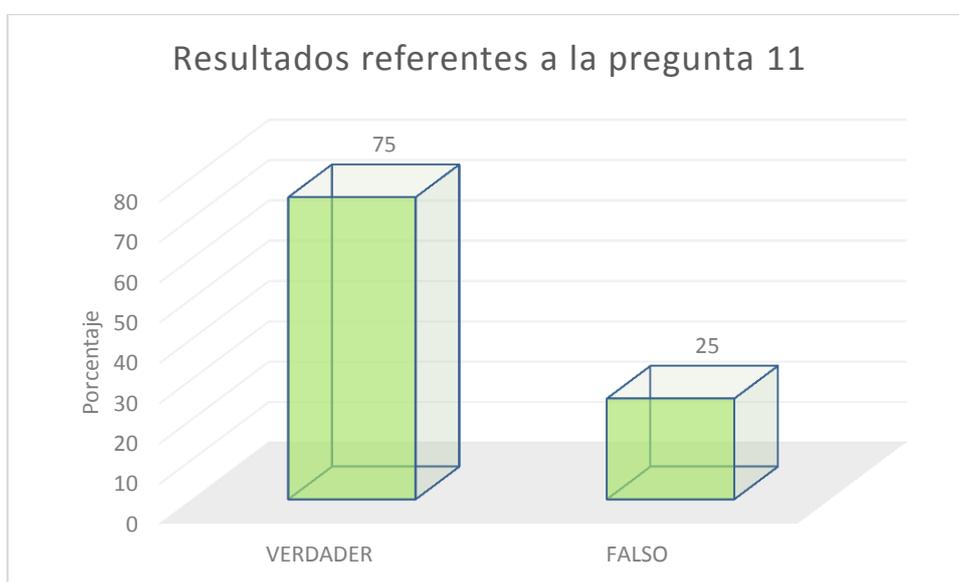


Figura 19: Resultados de la pregunta 11: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un alto riesgo en convertirse en delincuentes al ser adolescentes.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 19 y en la figura 19 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 75%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 25%.

Tabla 20: Pregunta 12: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen inteligencia más alta que los niños sin TDAH.

Pregunta 12	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	22	61.1
Falso	14	38.9

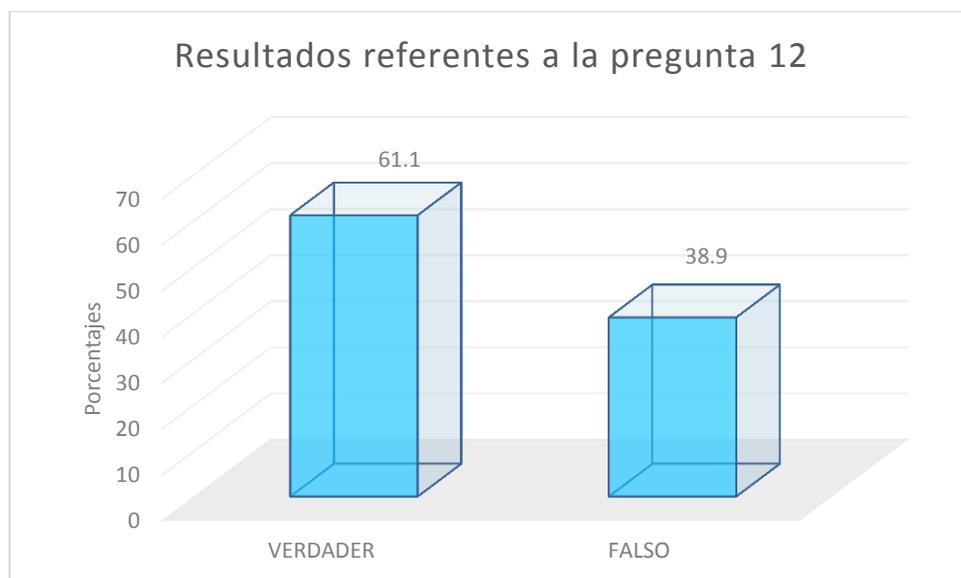


Figura 20: Resultados de la pregunta 12: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen inteligencia más alta que los niños sin TDAH.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 20 y en la figura 20 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 61.1%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 38.9%.

Tabla 21: Pregunta 13: Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como a los niños que no lo tienen.

Pregunta 13	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	23	63.9
Falso	13	36.1

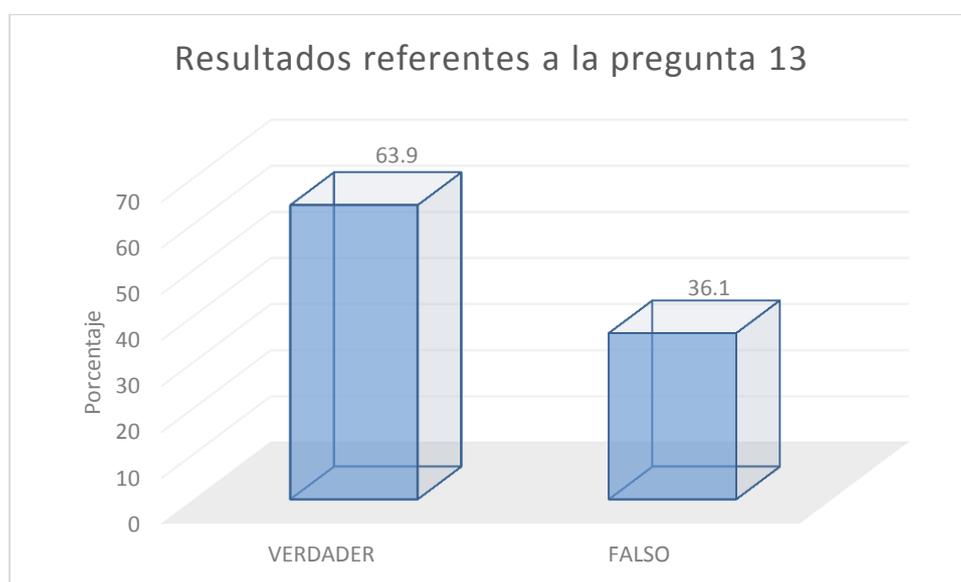


Figura 21: Resultados de la pregunta 13: Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como a los niños que no lo tienen.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 21 y en la figura 21 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 63.9%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 36.1%.

Tabla 22: Pregunta 14: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación a sus compañeros de clase.

Pregunta 14	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	30	83.3
Falso	6	16.7

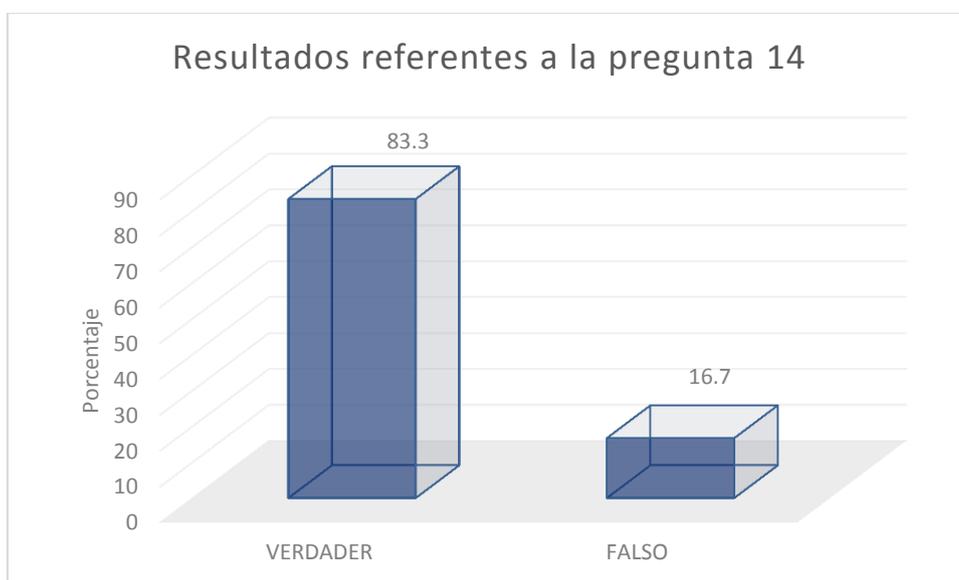


Figura 22: Resultados de la pregunta 14: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación a sus compañeros de clase.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 22 y en la figura 22 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 83.3%; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 16.7%.

Tabla 23: Pregunta 15: El rendimiento escolar de Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es menor que el de sus compañeros sin TDAH.

Pregunta 15	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	12	33.3
Falso	24	66.7

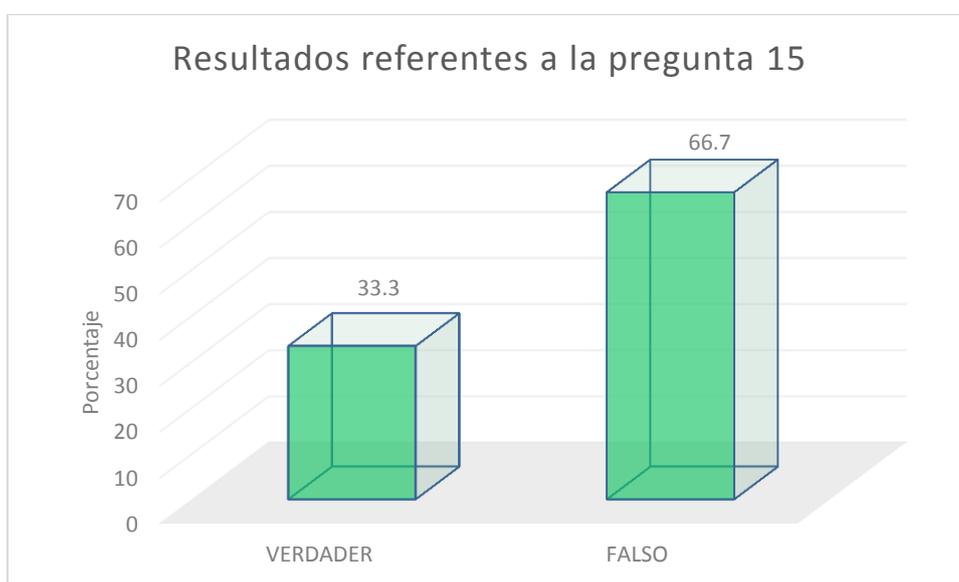


Figura 23: Resultados de la pregunta 15: El rendimiento escolar de Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es menor que el de sus compañeros sin TDAH.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 23 y en la figura 23 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como falso con un 66.7 %; mientras que los que responden a la pregunta realizada como verdadero representan un porcentaje de 33.3%.

Tabla 24: Pregunta 16: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia.

Pregunta 16	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	28	77.8
Falso	8	22.2

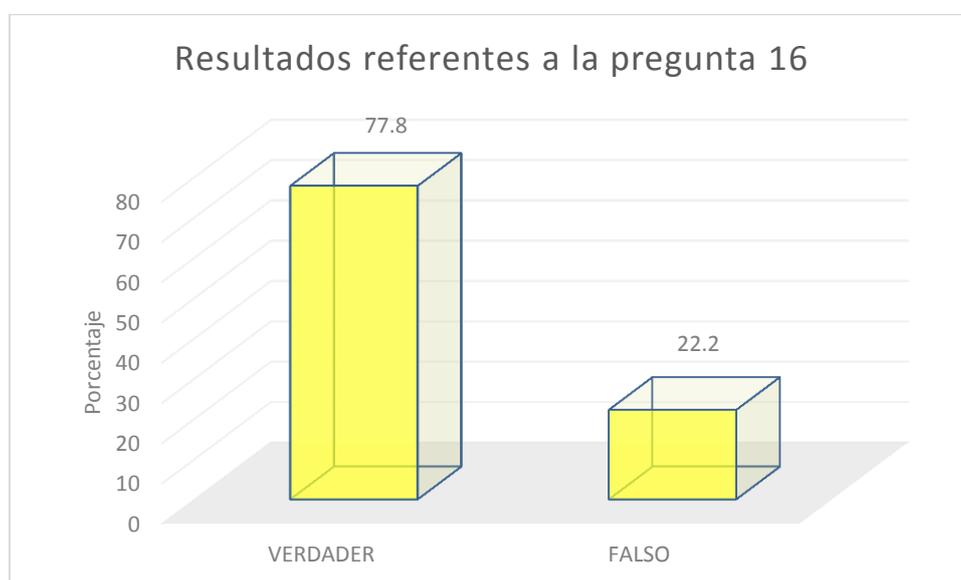


Figura 24: Resultados de la pregunta 16: Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 24 y en la figura 24 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 77.8 %; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 22.2%.

Tabla 25: Pregunta 17: Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema.

Pregunta 17	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	22	61.1
Falso	14	38.9

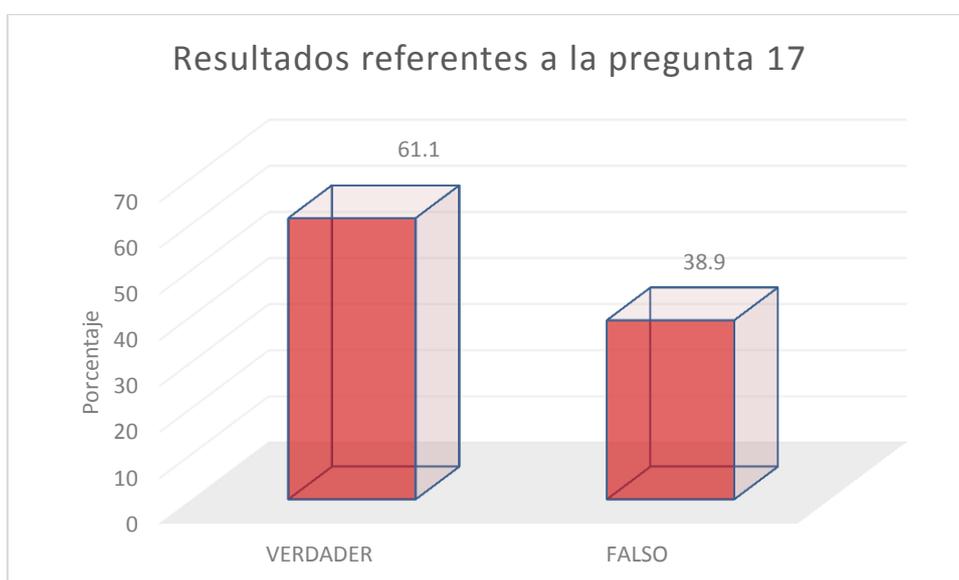


Figura 25: Resultados de la pregunta 17: Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 25 y en la figura 25 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 61.1 %; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 38.9%.

Tabla 26: Pregunta 18: Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben ser evaluados en forma oral.

Pregunta 18	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	11	30.6
Falso	25	69.4

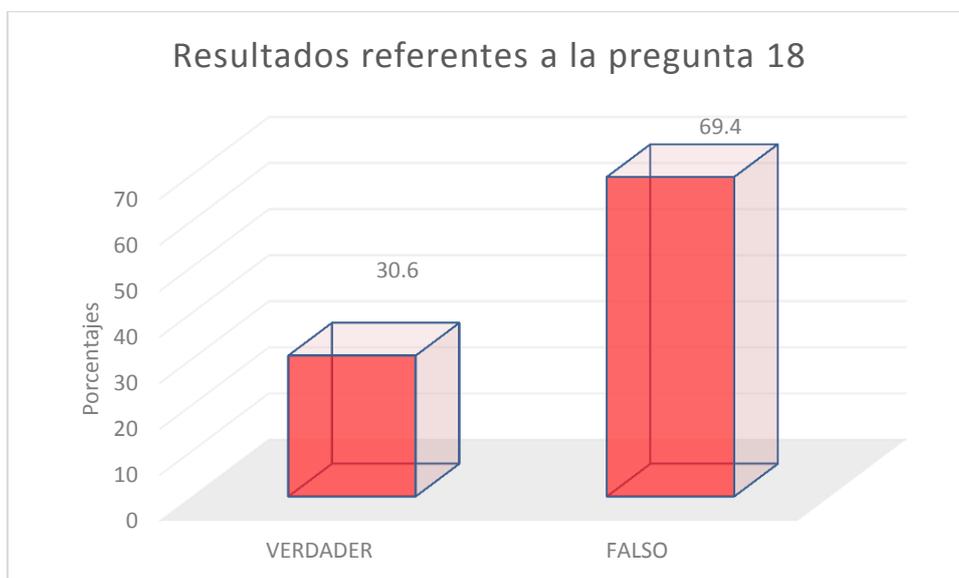


Figura 26: Resultados de la pregunta 18: Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben ser evaluados en forma oral.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 26 y en la figura 26 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como falso con un 69.4 %; mientras que los que responden a la pregunta realizada como verdadero representan un porcentaje de 30.6%.

Tabla 27: Pregunta 19: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser tratado con medicación adecuada.

Pregunta 1	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	29	80.6
Falso	7	19.4

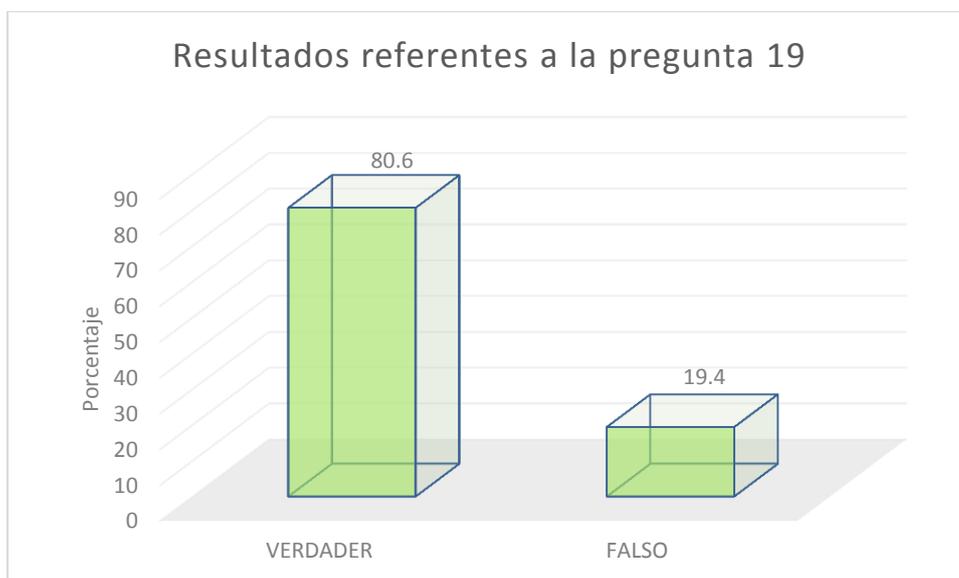


Figura 27: Resultados de la pregunta 19: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser tratado con medicación adecuada.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 27 y en la figura 27 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 80.6 %; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 19.4%.

Tabla 28: Pregunta 20: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a menudo puede ser causado por el azúcar y otros aditivos alimentarios.

Pregunta 1	Sujetos evaluados	
	No.	%
Verdadero	19	52.8
Falso	17	47.2

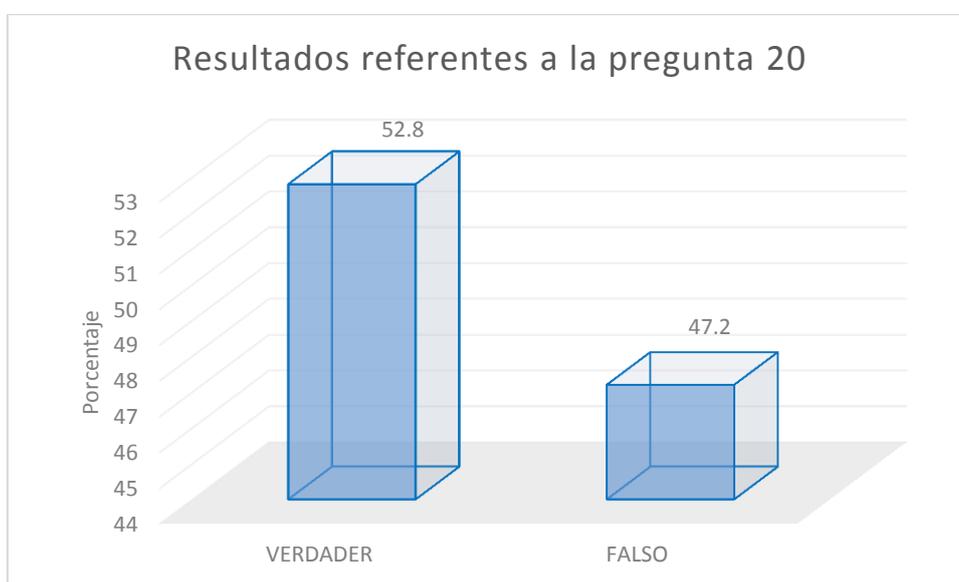


Figura 28: Resultados de la pregunta 20: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a menudo puede ser causado por el azúcar y otros aditivos alimentarios.

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 28 y en la figura 28 se observa que la mayoría de encuestados responden a la pregunta como verdadero con un 52.8 %; mientras que los que responden a la pregunta realizada como falso representan un porcentaje de 47.2%.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según lo encontrado en las referencias y plasmado en la parte del marco teórico de la presente tesis, los niveles de conocimientos suelen caracterizarse mediante: las causas, las características y las consecuencias, cada una de estas categorías tuvieron su respectivo indicador y pregunta en el cuestionario.

De acuerdo a los resultados expresados en categorías a manera de preguntas, la que obtuvo mejor puntaje fue la de consecuencias. Les siguen las preguntas referidas a las características. La teoría presentada en el marco teórico de la presente tesis, son semejantes según el estudio de Orjales (2010) y Castro (2014) donde señala que el maestro ve y reconoce las características y consecuencias de las conductas del niño, pero no las relaciona con un posible TDAH porque no conoce el tema. Y es justificadamente esa capacidad del maestro para reconocer las características de sus alumnos la que serviría muy bien a los propósitos de detectar y prevenir oportuna y eficazmente el TDAH en el ámbito escolar, de este modo él, podrá derivar o sugerir a los padres responsables de aquellos niños, a una oportuna intervención por parte de los profesionales que lidian con este problema, entre ellos el terapeuta de lenguaje y de aprendizaje. Sin embargo, lo que ocurre es que, al no conocer el tema, podría atribuir el comportamiento de los profesores a otras razones o causas equivocadas, como, por ejemplo, problemas de conducta, problemas de aprendizaje, problemas familiares, etc. Esto, a su vez, podría conducir a estrategias de enseñanza y aprendizaje poco efectivas, una posible desorientación para los padres de familia y un falso autoconcepto para el niño.

Un dato adicional se denota que los docentes con menos años de egresados tuvieron mayor frecuencia de respuestas acertadas, cuyo resultado coincide con Gamarra, y cols. (2017), esto es debido a la globalidad de la información y la enseñanza por parte de los docentes universitarios, los cuales ya experimentaron o tienen referencias de la importancia de conocer el TDAH a profundidad, y como este trastorno se ve con frecuencia en el aula, les es más fácil identificarlos y saben qué hacer con ellos.

Se determina después del estudio que sólo con un 36.1 % sabe que el TDAH mejorará espontáneamente solo en algunos casos. De acuerdo a la teoría de Parellada et al. (2009) señalan que entre el 30 % y el 40 % de los niños con este trastorno, no continúa ajustándose a los criterios del TDAH en el largo plazo, y es por ello tan

necesaria la prevención a fin de “facilitar” esa trayectoria hacia la normalidad absoluta (p. 283).

Se deduce también que un 36.1 % considera que es falso que un niño con TDAH debe recibir educación especial. En tal sentido, coincide con la afirmación de León Trahtemberg expuesta en el marco teórico, quien sostiene que los niños con TDAH “tienen el derecho (y la capacidad) de estar en el aula común” (citado por Duda et al, 2010). En efecto, no estamos frente a niños con necesidades especiales. Cuando se piensa lo contrario, estos niños pueden generar rechazo o, como dice la teoría, cierta “incomodidad” en el profesor de aula, lo que es muy desfavorable para el proceso de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes.

Otro resultado interesante es el que piensa que es falso que el rendimiento escolar de los niños con TDAH sea menor que el de sus compañeros sin TDAH con un 33.3 %. Estos profesores acertaron, pues como dice Orjales (2010), un bajo rendimiento no es un indicador fiable que permita identificar el trastorno. Dicho de otra forma, hay alumnos que presentan bajo rendimiento el cual puede estar relacionado con un problema específico de aprendizaje paralelo a su TDAH, como también puede deberse a otros problemas y no a este trastorno.

Tal como se expuso anteriormente, los profesores evaluados tienen mejor respuesta en cuanto a las consecuencias y características del TDAH, tal es el caso que un 30.6 % considera que un alumno con TDAH puede ser evaluado en forma oral. Evidentemente, las evaluaciones orales podrían reducir los riesgos de distracción, olvido, de saltarse alguna pregunta o leerla de manera incompleta, que son características entre quienes tienen este trastorno. En cambio, la evaluación escrita aumenta la posibilidad de fracaso para un alumno con esta condición. Más aún si tiene el mismo tiempo para desarrollarla que sus demás compañeros sin este trastorno. Del mismo modo, un 38.9 % reconoce que el estudiante con TDAH debe recibir menos tareas que los niños sin este problema. De manera similar a la evaluación, es mejor organizar y dosificar las tareas de los niños con este trastorno, porque así se podrían lograr mejores resultados, en lugar de indicarles muchas tareas que día tras día podría traerlas incompletas, e incluso olvidarlas completamente.

Consecuentemente después de analizar los resultados, se determina que tener un conocimiento sobre el TDAH permite reconocer las causas, características y consecuencias del trastorno, para diseñar, decidir y actuar de manera favorable en el entorno educativo del niño con esta condición

VI. CONCLUSIONES

Después de realizar el presente estudio, se concluye, que una gran minoría de los profesores encuestados tiene un conocimiento suficiente frente al TDAH. Ya que el 41.7% desconoce el TDAH, los que presentan un conocimiento parcial sobre el TDAH un 52.8%, seguido de sólo un 5.6 % presentan un conocimiento suficiente sobre el TDAH.

Mientras que, en las preguntas evaluadas, fueron contestadas acertadamente entre el 74% y el 84% de los encuestados, y concluyen que:

- El 74 % reconoce que es un problema para el niño.
- El 66.7 % piensa que tienen un riesgo más alto de ausentismo escolar y de escaparse de la clase.
- El 75 % estima que es falso que los niños con TDAH tienen un alto riesgo de convertirse en delincuentes.

El 83.3 % considera que experimentan mayores dificultades conductuales y emocionales en relación con sus compañeros de clase.

- El 77.8 % reconoce que experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia.
- El 82 % piensa que el trastorno puede ser tratado con medicación adecuada.

En conclusión, a pesar que en el marco teórico de esta investigación se sostiene que el TDAH es una realidad presente entre los alumnos de 6 a 12 años que asisten al nivel de primaria, este es un trastorno desconocido para el 41.7% de los profesores de la muestra estudiada.

VII. RECOMENDACIONES

Después de realizar el presente estudio, se recomienda, que:

- Con la finalidad de confirmar los resultados de este estudio, se sugiere ampliar esta tesis a nivel de Lima, distritos, Ugeles y por qué no a nivel nacional; además en otras escuelas privadas o estatales y parroquiales).
- Asimismo, también se podría incorporar en estos estudios a los docentes formadores de los futuros profesores, porque ellos son capaces de institucionalizar y aplicar criterios referidos al manejo del TDAH en sus clases universitarias.
- Se hace necesario ampliar los estudios y conocimientos sobre este tema de referencia en el futuro por parte de los colegas terapeutas de lenguaje.
- Es necesario que el tema del TDAH sea uno de los temas relevantes dentro en los planes de estudio o curricula de los futuros profesores y en los programas de capacitación docente por parte de la institución universitaria y del Ministerio de Educación respectivamente.
- Sería interesante que también se evalué a los padres de familia y otros profesionales de aquellos niños que se supone presentan este problema para poder saber si estos, están familiarizados con el TDAH y si fuera cierto, verificar si lo aceptan como un problema que atañe a su menor hijo dentro del aula, así como también fuera de ella.
- Es de suma importancia que el profesor tenga materiales y estrategias de atención diferenciada acordes a las características del alumno. Y realizar círculos de estudios entre los profesionales para analizar los casos, revisar marcos teóricos en relación con temas vinculados al desarrollo y aprendizaje de las niñas y niños, así como acciones de acompañamiento a las familias de los niños con TDAH.

VIII. REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. (1995) DSM-IV – Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ANTONIUK, S. A. (2002) Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad – Conceptos y dilemas. *Jornal Paranaense de Pediatria*, v. 3, n. 1, Curitiba, Paraná.
- ASSOCIACIÓN BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN – ABDA. 2003. Disponible en: <<http://www.tdah.org.br/>>. Acceso en: 8 Junio 2018.
- BALLONE, G. J. (2003) Disturbio de Déficit de Atención en Adultos. Disponible en: <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/dda_adulto.htm>. Acceso en: 7 Julio 2018.
- BARKLEY, R. A. (2002) Trastorno de Déficit de Atención/Hiperatividade – TDAH – Guía Completo para país e professores e profissionais da saúde, Porto Alegre: Artmed.
- BASTOS, F. L.; BUENO, M. C. Diabinhos: Tudo sobre o Trastorno de Déficit de Atención/Hiperatividade (ADD). Disponible en: <<http://neurociencias.nu/pesquisa/>>. Acceso en: 15 Julio 2018.
- BENCZIK, E. B. (2000) Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad: Una Guía de Orientación para Profesionales, São Paulo: Casa del Psicólogo.
- BENCZIK, E. B. (2002) Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad: actualización diagnóstica y terapéutica, São Paulo: Casa del Psicólogo.
- BRAGA, R. (1998) O Comportamento Hiperativo na Infância. *Universalista, Revista Aprender Virtual*. Disponible en: <[www.aprendervirtual.com.br/Saúde e Educação/ Hiperatividade - Mitos e Verdades](http://www.aprendervirtual.com.br/Saúde_e_Educação/Hiperatividade-Mitos_e_Verdades)>. Acceso en: 4 mayo 2018.
- BROMBERG, M. C. (2002) Aspectos Relevantes del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperatividade. *Jornal Paranaense de Pediatria*, v.3, n.1, Curitiba, Paraná.

- CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A (1996) Metodología científica. 4 ed. São Paulo: Makron Books.
- CHIZZOTTI, A. (1991) Investigación en ciencias humanas y sociales. São Paulo: Cortez Editores.
- DUPAUL, G. J.; STONER, G. (2007) TDAH en las escuelas: Estratégias de Evaluación e intervención. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.
- EMÍLIO, S. A. (2004) O cotidiano escolar pelo avesso: sobre laços, amarras e nós no processo de inclusão. (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo, São Paulo.
- GARCIA, J. (1999) Indisciplina en la escuela: una reflexión sobre la dimensión preventiva. Revista Paranaense de Desarrollo, Curitiba, n. 95, p. 101-108.
- GASPARIN, J. L. (2002) Una didáctica para la pedagogía histórico-crítica. Campinas, SP: Autores Asociados Editora.
- GOLDSTEIN, S. E.; GOLDSTEIN, M. (1994) Hiperactividad: Como Desarrollar la Capacidad de Atención del Niño. Trad. Maria Celeste Marcondes. Campinas, SP: Editora Papyrus.
- GUARDIOLA, A. (1994) Disturbio de Hiperactividad con Déficit de Atención: Un Estudio de Prevalencia y Factores Asociados en Escolares de 1er grado. Porto Alegre: UFRGS.
- KELLY, D. P.; AYLWARD, G. (1992) Déficits de atención en niños y adolescentes. En: Desarrollo y comportamiento: niños y adolescentes. Clínicas Pediátricas del América do Norte. v. 3. Rio de Janeiro: Interlivros.
- KNAPP, P; ROHDE, L. A.; LYSZKOVSKI; L.; JOHANNPETER, J. (2002) Terapia Cognitivo-comportamental en el Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad. Artes Médicas.
- LAKATOS, I. (1993) La metodología de los programas de investigación científica. 2a ed. Alianza Editorial. Madrid.

- LA TAILLE, Y. (2002) Cognição, afeto e moralidade. In: OLIVEIRA, M. K.; SOUZA, D.T.R.; REGO, M.C. (Eds.). Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea. São Paulo: Moderna.
- LEFRÈVE, A. (1975) Disfunção cerebral mínima: estudo multidisciplinar, São Paulo: Sarvier.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. (1986) Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU.
- LURIA, A. (1979). Curso de Psicologia General Atención y Memoria. v. 3, Rio de Janeiro: Ed. Civ. Bras.
- LURIA, A. (1984) Fundamentos de Neuropsicologia. São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo.
- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICA DE TRASTORNOS MENTALES - DSM- IV. (1995) Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MATTOS, P. (1998) Diagnóstico de Déficit de Atención: Forma residual. Anales del I Congreso Brasileiro de Tecnologia y Rehabilitación Cognitiva. São Paulo.
- MIRANDA NETO, M. (2004) Transtorno de déficit de atención e hiperatividade. Arq. Apadec, 8(1): 5-13.
- NOVAES, M. (1970) Psicologia escolar. Rio de Janeiro: Vozes.
- ROHDE, L. A.; BENCZIK, E. B. (1999) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- ROHDE, L. A.; MATTOS, P. (2003) Princípios e Práticas em TDHA – Transtorno de déficit de Atención/Hiperatividade, Porto Alegre: Ed. Artmed.
- ROHDE, L. et al. (1998) Transtorno de Déficit de Atención/Hiperatividade: revisando conhecimentos - Revista ABP – APAL, v. 20, fasc. 4, p. 166-178.
- ROHDE, L. (1999) Transtorno de Déficit de Atención Hiperatividade – O que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas.

- SCHWARTZMAN, J. S. (2001) Trastorno de Déficit de Atención. São Paulo: Memnon Ediciones Científicas e Editora Mackenzie.
- SILVA, A. B. (2006) DDA ou TDAH em crianças e adolescentes. Mentis Inquietas. Rio de Janeiro: Editora Gente, 2006.
- SZYMANSKI, M.L.S. et al. (2002) Um olhar psicanalítico sobre a indisciplina escolar. II Jornada Científica da UNIOESTE. Anais Toledo (PR).
- TIBA, I. (2002) Quien ama educa. 6. ed. São Paulo: Gente.
- TORRES, P. L. (1995) Atención y Aprendizaje. 1995. Presentación (Maestría en Pedagogía) – Sector en Educación, Universidad Católica de Paraná.
- VASCONCELOS, M. (2003) Arquivos de neuropsiquiatria, v. 61. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2003000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acceso en: 25 Mayo 2018.

IX. ANEXOS

ANEXO I - Consentimiento informado

Yo,

_____.

estoy plenamente enterado (a) del presente estudio en el que estaré incluido (a), cuyo objetivo es el de determinar el conocimiento de los profesores de primaria de la I.E 1168 “Héroes del Cenepa” sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad, a su vez comprendí la explicación que se me fue brindada acerca de la investigación que se pretende realizar.

Me he informado que la participación es voluntaria y con la posibilidad de se pueda retirarme del estudio en cualquier momento, sin ningún problema o consecuencia.

Por lo tanto, declaro haber aceptado voluntariamente de mi integración en este estudio, así como el uso de la información recogida en el ámbito de este trabajo de investigación.

_____, ____ de _____ del 2018

(Firma del participante)

(Firma de la Investigadora)

ANEXO II:**Cuestionario sobre conocimientos frente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*****The Knowledge of Attention Deficit Disorder Scale - KADDS*** (Alkahtani, 2013)**Traducido y adaptado por Rossel M.A. (2015)****1. Por favor, marque en el casillero según le corresponda a usted**

1.1 Su rango de edad es:

- Menos de 20 años
 Entre 21 - 30 años
 Entre 31 – 40 años
 Entre 41 – 50 años
 Más de 51 años

1.2 Su género es: masculino femenino1.3 Su Profesión es de: Licenciado en educación otro título: (escriba su profesión)1.4 Presenta el grado académico de: Bachiller Magister Doctor

1.5 ¿Cuántos años de experiencia tiene en el nivel de primaria?

- Menos de 5 años
 Entre 5 - 10 años
 Entre 11 - 15 años
 Entre 16 – 20 años
 Entre 21 – 25 años
 Entre 26 – 30 años
 Más de 31 años

2. Por favor, lea con atención las siguientes afirmaciones, y marque si es “VERDADERA” o “FALSA” en el recuadro

2.1 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se debe a una causa hereditaria.

 Verdadero Falso

2.2 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser independiente.

 Verdadero Falso

2.3 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser más curioso.

 Verdadero Falso

2.4 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser más inteligente.

 Verdadero Falso

2.5 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un problema importante para el niño.

 Verdadero Falso

2.6 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad mejorará espontáneamente sólo en algunos casos.

 Verdadero Falso

- 2.7 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser causado por la mala práctica de crianza y maltrato de los padres.
 Verdadero **Falso**
- 2.8 Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad están en un riesgo más alto de ausentismo escolar y escaparse de la clase.
 Verdadero **Falso**
- 2.9 Las dificultades relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad persisten para toda la vida en la mayoría de los casos.
 Verdadero **Falso**
- 2.10 Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir educación especial, lo cual sería más favorable.
 Verdadero **Falso**
- 2.11 Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un alto riesgo en convertirse en delincuentes al ser adolescentes.
 Verdadero **Falso**
- 2.12 Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen inteligencia más alta que los niños sin TDAH.
 Verdadero **Falso**
- 2.13 Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como a los niños que no lo tienen.
 Verdadero **Falso**
- 2.14 Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación a sus compañeros de clase.
 Verdadero **Falso**
- 2.15 El rendimiento escolar de Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es menor que el de sus compañeros sin TDAH.
 Verdadero **Falso**
- 2.16 Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia.
 Verdadero **Falso**
- 2.17 Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema.
 Verdadero **Falso**
- 3.18 Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben ser evaluados en forma oral.
 Verdadero **Falso**
- 3.19 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser tratado con medicación adecuada.
 Verdadero **Falso**
- 3.20 El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a menudo puede ser causado por el azúcar y otros aditivos alimentarios.
 Verdadero **Falso**

¡Le agradecemos por su tiempo y apreciamos muchísimo sus valiosos aportes!

ANEXO III:



Figura. 1

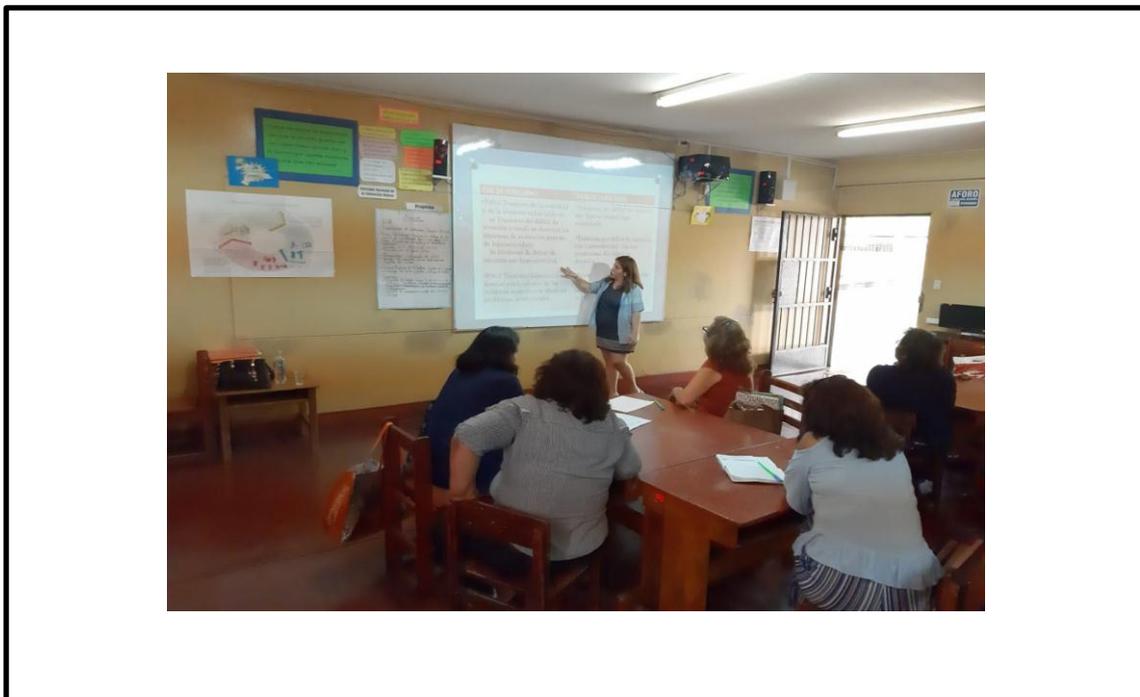


Figura. 2



Figura. 3



Figura. 4



Figura. 7



Figura. 8