

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTOS EN EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD EN DOCENTES DE LAMBAYEQUE - 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**Autor:**

**Bach. MENDOZA SALAZAR JUAN CARLOS**

**Chiclayo, 13 de febrero de 2018**

---

CONOCIMIENTOS EN EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD  
EN DOCENTES DE CHICLAYO - 2015

**POR:**

**Bachiller en Medicina Humana:**  
MENDOZA SALAZAR JUAN CARLOS

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para

optar el título profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADO POR:

---

Mgtr. Mónica Ciurliza Garnique  
Presidente de Jurado

---

Dra. Marilia Sibebe Cortez Vidal  
Secretaria de Jurado

---

Mgtr. Franco Ernesto León Jimenez  
Vocal de Jurado

Chiclayo, 13 de febrero de 2018

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar de mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en este proyecto, gracias a mi universidad por permitir convertirme en una persona profesional en lo que tanto me apasiona, agradezco a cada maestro que ha sido parte de mi formación integral como profesional.

Este es un momento muy especial que espero perdure en el tiempo, no solo en la mente de las personas que agradecí sino también a quienes invirtieron su tiempo para leer esta investigación e incluirla dentro de su formación profesional.

<b>INDICE</b>	<b>PÁG</b>
RESUMEN Y ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	10
2. BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS	12
III. MATERIALES Y MÉTODOS	16
1. Tipo y diseño de estudio	16
2. Población, muestra de estudio y muestreo	16
2.1. Área de estudio	16
2.2. Población (diana, accesible y elegible)	16
2.3. Muestra y muestreo	17
2.4. Variables – definición operacional	17
3. Instrumentos para la recolección de información	18
4. Definición de términos básicos	19
5. Plan de procesamiento y análisis de datos	20
6. Aspectos éticos	21
IV. RESULTADOS	22
V. DISCUSIÓN	26
VI. CONCLUSIONES	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
VIII. ANEXOS	39

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los conocimientos de los docentes de primaria de Lambayeque-Perú sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad durante el 2015. **Material y métodos:** Diseño descriptivo transversal con análisis exploratorio. Muestreo aleatorio estratificado. Se usó un cuestionario de 21 preguntas validado por expertos y piloto. Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado exploratorio usando el programa Stata versión 12. **Resultados:** Se entrevistaron 434 docentes: 51,4% de públicos y 48,6% de privados. La media de edad fue de 39 años. Las fuentes de información más referidas fueron: Internet: 45,9% y capacitaciones del colegio: 30,3%. El 42,1% afirmó que el “*tratamiento farmacológico es adictivo*”, 32,5% que “*puede ser causado por el azúcar y otros aditivos alimentarios*”, 29,6% que es causado por “*mala crianza y maltrato de los padres*” y 8,1% que “*es tan frecuente que puede ser una invención de los médicos*”. En el multivariado se halló que los docentes de colegios públicos opinaban que “*el TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento*” ( $p= 0,02$ ) y que “*el tratamiento farmacológico es adictivo*” ( $p= 0,026$ ). Los docentes de colegio público, en la mayoría de los ítems, tuvieron un mayor conocimiento que los de colegio privado. El grado académico y los años de experiencia no se asociaron a un mayor conocimiento. **Conclusiones:** Los conocimientos de los docentes de primaria de Chiclayo en relación al TDAH son superiores a los hallados en otros estudios pero insuficientes. Los docentes de colegio público, tuvieron un mayor conocimiento que los de colegio privado.

**Palabras clave:** Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, conocimientos, docente.

(Fuente: DeCS-BIREME)

---

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the knowledge of primary teachers in Lambayeque-Peru on attention deficit hyperactivity disorder during 2015. **Material and methods:** Descriptive cross-sectional design with exploratory analysis. Stratified random sampling. A 21-question questionnaire validated by experts and pilot was used. Univariate, bivariate and multivariate analysis were performed using the Stata version 12 program. **Results:** 434 teachers were interviewed: 51.4% of the public and 48.6% of the private. The mean age was 39 years. The most mentioned sources of information were: Internet: 45.9% and school trainings: 30.3%. 42.1% stated that "pharmacological treatment is addictive," 32.5% that "can be caused by sugar and other food additives," 29.6% that is caused by "poor parenting and maltreatment of parents" And 8.1% that "it is so frequent that it can be an invention of the doctors". In the multivariate, it was found that public school teachers felt that "ADHD would improve in some cases without treatment" ( $p = 0.02$ ) and that "pharmacological treatment is addictive" ( $p = 0.026$ ). Public school teachers, in the majority of the items, had a greater knowledge than the ones of private school. Academic grade and years of experience were not associated with greater knowledge. **Conclusions:** The knowledge of primary teachers of Chiclayo in relation to ADHD are superior to those found in other studies but insufficient. The teachers of public school, had a greater knowledge than the ones of private school.

**Keywords:** attention deficit disorder with hyperactivity, knowledge, school teachers.

(Source: MeSH Medline)

## I. INTRODUCCIÓN

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es una entidad clínica en la que el individuo presenta un patrón constante de falta de atención o hiperactividad e impulsividad que interfieren con su normal desempeño y desarrollo con una duración de al menos seis meses.<sup>1</sup>

Afecta a un número importante de niños en el periodo escolar y representa un problema complejo debido a que persiste a la largo de la vida si no es tratado a tiempo; cuanto antes se detecte aumentan las posibilidades de intervención y prevención de futuros problemas emocionales que de él se derivan.<sup>2</sup>

Según el IMLA (Instituto médico de lenguaje y aprendizaje) la prevalencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en población infantil peruana para el año 2012 fue 5%.<sup>3</sup>

Los niños con este trastorno frecuentemente son los “*más complicados de tratar en el salón de clases*” o como en muchas ocasiones los llaman: “*malcriados*” o “*deficientes*”; por ello, pueden ser castigados o reprimidos por su comportamiento. La familiaridad y conocimientos de los docentes sobre este trastorno, favorece una sospecha precoz y la derivación de estos niños al especialista. Asimismo, son fundamentales las actitudes que ellos toman frente a las circunstancias que se presentan con estos niños, debido a que son los que evalúan diariamente su conducta y desempeño.<sup>4,5</sup>

La mayor parte de los estudios se han realizado en Estados Unidos y Australia. En Latinoamérica, la información acerca de los conocimientos y actitudes de los docentes frente al TDAH es escasa y en nuestra localidad no existen registros de estudios sobre este tema.<sup>4</sup>

Por lo expuesto, la importancia de la participación de los profesionales de la educación en las distintas fases de evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento de los niños con TDAH hace necesario realizar un estudio que permita identificar los conocimientos en docentes de primaria en relación a este trastorno. El objetivo del estudio fue describir los conocimientos de los docentes de primaria frente al TDAH en Chiclayo durante el 2015.

## II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los estudios epidemiológicos han indicado que entre el 3% y el 7% de los niños en los Estados Unidos serán diagnosticados con TDAH. Es probable, que habrá un mínimo de un niño con TDAH en cada salón de clases en todas las escuelas.<sup>6,7</sup>

Un estudio realizado en Puerto Rico evaluó los conocimientos sobre el TDAH en 132 maestros de escuelas públicas y privadas, donde 35% reportó tener conocimientos previos respecto al TDAH y 72% mostró un nivel bajo de conocimientos. No existen estudios que contrasten poblaciones de maestros en el subcontinente latinoamericano.<sup>8</sup>

Al evaluar a 87 maestros turcos de escuelas primarias, se observó que sus conocimientos acerca del origen del TDAH fueron relativamente escasos: 32.2% señalaron que el TDAH se debe a vulnerabilidades biológicas y causas genéticas, y 65.5% contestaron que es consecuencia de una mala crianza. El 67.8% reconoció que los niños con TDAH experimentan disfunción social, además de la académica.<sup>9</sup>

En un estudio realizado en Sudáfrica sobre conocimientos y percepciones erróneas de maestros a nivel primario en relación al TDAH, aproximadamente el 66% de los participantes informaron enseñar a un niño que había sido diagnosticado con TDAH. Además, el 58% de los participante, en algún momento había solicitado una evaluación de un niño con sospecha de TDAH, el porcentaje de puntuación global de profesores con respuestas correctas fue del 42,6%, lo que indica el conocimiento, el 35,4% para los que no saben las respuestas, lo que indica una falta de conocimiento, y el 22% de las respuestas incorrectas, señalando

percepciones erróneas. Los resultados de este cuestionario sugieren que hay una falta sustancial de conocimientos sobre el TDAH entre los maestros de las escuelas primarias en esa localidad.<sup>10</sup>

En un estudio en el 2013, sobre conocimientos y creencias sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos realizado en México, República Dominicana y Bolivia. Evaluaron 311 profesores de escuelas públicas y privadas. De ellos el 87,3% de los maestros, dijo saber qué era el TDAH, opinando de la siguiente manera: 79.3% (N=237) respondió que era una enfermedad, 17.7% (N=53) respondió que era un problema de crianza y 1% respondió que era un mito, una moda o un invento de la industria farmacéutica. El 42.1% (N=130) utilizaba medidas de manejo conductual dentro del salón de clases al detectar alumnos con problemas de conducta o de rendimiento escolar.<sup>4</sup>

En un estudio de conocimientos y actitudes de maestros de una escuela primaria frente al TDAH en Irán, participaron 196 maestros de escuelas primarias. Los cuales llenaron un cuestionario de forma anónima sobre el TDAH. Los resultados demuestran que los conocimientos fueron relativamente bajos, 46,9% de los encuestados estuvo de acuerdo que el TDAH se debe a causas biológicas y genéticas; 53.1% considera que el TDAH es el resultado del despojo de los padres.<sup>11</sup>

Estos estudios revisados demuestran que el sistema educativo no presta suficiente atención a los alumnos con TDAH y que los maestros no han sido adecuadamente preparados para hacer frente a estos casos.

## 2. BASE TEORICO – CIENTIFICAS

Según el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)* de la Asociación Americana de Psiquiatría, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es de tipo neurobiológico, el cual provoca la desatención de destrezas importantes para el desarrollo académico, social, emocional y físico. Siendo su principal característica un déficit persistente de atención y un alto nivel de hiperactividad.<sup>1</sup>

Se caracteriza fundamentalmente por presentar alguna de las siguientes características: dificultades para mantener la ATENCIÓN y CONCENTRARSE, se presenta cuando el alumno o alumna se aburre con frecuencia y se distrae con facilidad; IMPULSIVIDAD y/o HIPERACTIVIDAD, los escolares con TDAH se muestran impacientes, interrumpen en ocasiones en las que no es adecuado, les cuesta pararse y pensar en las consecuencias de sus acciones, y no tienden a planificar sus actos futuros. Estas dificultades pueden presentarse desde la primera infancia y en los diferentes ambientes. Puede acompañarse de baja tolerancia a la frustración, inconsistencia en las relaciones con otros, alteraciones de la conducta o disminución acusada de la autoestima.<sup>12</sup>

Los escolares con este trastorno parecen ser incansables y nunca están quietos. Les cuesta mucho estar sentados, y cuando lo consiguen no dejan de moverse o tocar todo lo que este a su alcance y ello provoca malestar en aquellos que lo rodean, y en especial en aquellos adultos que consideran de forma errónea de que solo se trata de una manifestación de una mala educación por parte de los padres.<sup>13</sup>

Se les considera flojos, irresponsables y culpables de conductas que no están bajo su control. Son niños que obtienen calificaciones bajas, reprobaban más y sufren más problemas de

aprendizaje que sus compañeros de inteligencia similar, sobre todo cuando no reciben el apoyo oportuno. Y esto se complica cuando por su hiperactividad o impulsividad trastornan el ambiente del salón de clases, lo cual irrita a los maestros y compañeros y todo esto posteriormente puede generar suspensiones, expulsiones, deserción escolar; y como consecuencia una baja autoestima en el niño.<sup>13</sup>

El TDAH se manifiesta desde la infancia y se mantiene más o menos constante a lo largo del desarrollo, aunque a medida que los niños maduran, los síntomas tienden a ser menos conspicuos y se atenúan conforme se alcanza la adolescencia y la madurez. Los síntomas del TDAH no son causados por factores sociales, económicos, educativos o de ambiente familiar, aunque estos tienen un ambiente modulador en su expresión.<sup>14</sup>

Durante gran parte del siglo pasado erróneamente el TDAH se consideraba como un trastorno exclusivo de la infancia. Sin embargo a lo largo de las últimas décadas se ha reconocido que no solo es una patología neurobiológica más frecuente en la infancia, sino que además es un trastorno crónico del neurodesarrollo, de modo que 30% de los niños diagnosticados continúan presentando el síndrome completo en la edad adulta.<sup>15, 16</sup>

Se ha encontrado evidencia que refleja que el déficit de atención e hiperactividad es debido a causas biológicas. La evidencia sostiene que, se relaciona más con factores de riesgos neurobiológicos que con factores psicosociales. Aunque se plantea que los factores neurobiológicos y psicosociales están en continua interacción, sin embargo no existe una relación clara entre la experiencia que vive el niño en el hogar y su medio ambiente con el déficit de atención e hiperactividad. Por lo tanto, no todos los niños que provienen de hogares disfuncionales o inestables presentan las características del TDAH.<sup>17, 18</sup>

Según García Castaño<sup>19</sup> los principales hallazgos sobre la naturaleza de este trastorno se encuentran en estudios neurológicos y genéticos que se pueden resumir en los aspectos relevantes que se mencionan a continuación:

1. Se ha encontrado que el flujo sanguíneo en la región pre-frontal del cerebro y en el núcleo caudado se encuentra disminuido.
2. El metabolismo de la glucosa en la misma región pre-frontal es bajo. Es un dato obtenido por medio de la técnica TEP (Tomografía de Emisión de Positrones).
3. Los estudios hechos con Resonancia Magnética han mostrado que el tamaño del lado izquierdo del núcleo caudado es inferior a lo común. Además que el cuerpo calloso, que une a los dos hemisferios del cerebro, tiene un volumen inferior al promedio.
4. Se ha encontrado que un 32% aproximadamente, de los hermanos de niños que también tienen TDAH, pueden presentarlo también. Si es uno de los padres quien lo sufre, el riesgo de que sus hijos lo manifiesten es de un 57%.
5. Se ha encontrado que neurotransmisores, como la dopamina y norepinefrina, operan de una forma deficiente en las personas que padecen del trastorno del TDAH.<sup>19</sup>

El profesor es la persona privilegiada para detectar los problemas de TDAH de los niños, ya que los síntomas de esta enfermedad se manifiestan de forma muy clara en la vida escolar. Es por eso, que el docente además de dar una respuesta educativa, debe implicar a que los padres conozcan la dificultad que presentan sus hijos y tomen las medidas adecuadas para su manejo. Los padres reciben muchas veces la información de que sus hijos tienen características propias que dificultan su aprendizaje de una manera más tranquila cuando ésta información viene del colegio, que cuando viene de un médico o psicólogo por primera vez.<sup>20</sup>

Si la información proviene del docente o del colegio evita la estigmatización que muchos padres sienten de inicio cuando se les habla de un trastorno mental en su hijo. Además, aumenta la confianza de los padres en que el colegio está atento a los problemas de los niños, y no establecen conclusiones erróneas respecto a la capacidad educativa de los padres sin estudiar adecuadamente la situación. En conclusión, los profesores son las personas idóneas para:

- Identificar posibles casos de TDAH.
- Poner en marcha las medidas ordinarias de manejo de estos niños en clase.
- Derivar a los niños a valoración por parte de los equipos psicopedagógicos del propio centro o de la zona.
- Informar a los padres de la detección de un posible problema y de donde obtener ayuda específica: escuelas de padres, pediatra y Centro de Salud Mental.
- Coordinarse con los padres en todas aquellas medidas necesarias para mejorar el rendimiento del niño, su metodología de aprendizaje y su motivación hacia el estudio.<sup>20</sup>

Según la guía sobre TDAH para profesores, los docentes pueden intervenir en la detección de niños con TDAH, modificar los estilos educativos, y el entorno educativo con el fin de adaptar el entorno a las dificultades específicas de estos niños para mejorar su desempeño.<sup>20</sup>

### III. MATERIALES Y METODOS

#### 1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de tipo descriptivo transversal con análisis exploratorio.

#### 2. POBLACION, MUESTRA DE ESTUDIO Y MUESTREO

##### 2.1 AREA DE ESTUDIO:

Colegios públicos y privados del distrito de Chiclayo, en el departamento de Lambayeque al norte del Perú durante el año 2015.

##### 2.2 POBLACION:

- a. **POBLACIÓN DIANA:** Docentes que laboren en colegios públicos y privados de nivel primario de la región Lambayeque.
- b. **POBLACIÓN ACCESIBLE:** Docentes que laboren en colegios públicos y privados de primero, segundo y tercero de primaria.
- c. **POBLACIÓN ELEGIBLE:**
  - **Criterios de inclusión:**
    - Docentes de primaria que laboren en primero, segundo y tercero de primaria de los colegios públicos y privados de Chiclayo seleccionados para el estudio.
  - **Criterio de exclusión:**
    - Docentes que se nieguen a participar en el presente estudio.

- Docentes que hayan llenado con anterioridad el cuestionario (esto aplica a los docentes que enseñen diferentes grados escolares).
- Docentes que no hayan contestado todas las preguntas del cuestionario.

### 2.3 MUESTRA Y MUESTREO

Según los registros de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) de Chiclayo, en el 2014 habían 144 colegios (103 privados y 41 públicos) y 866 docentes en los tres primeros grados de primaria (444 en públicos y 422 en privados).

El tipo de muestreo que se utilizó es de tipo aleatorio estratificado por conglomerados monoetápico, siendo el primer estrato: colegios públicos y privados; los conglomerados dentro de cada estrato fueron los colegios. En cada colegio se entrevistaron a todos los docentes de primero a tercero. Considerando un nivel de confianza de 95%, un efecto de diseño de 1,3 y 10% de probabilidad de rechazo, el tamaño de muestra calculado en Epidat versión 3.1 fue de 434 docentes: 211 de colegios privados y 223 de colegios públicos.

### 2.4. VARIABLES – DEFINICION OPERACIONAL

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	VALORES
CONOCIMIENTO 1	Categoría Dicotómica	Nominal	VERDADERO FALSO	-
CONOCIMIENTO 2				-
CONOCIMIENTO 3				-
CONOCIMIENTO 4				-

CONOCIMIENTO 5				-
CONOCIMIENTO 6				-
CONOCIMIENTO 7				-
CONOCIMIENTO 8				-
CONOCIMIENTO 9				-
CONOCIMIENTO 10				-
CONOCIMIENTO 11				-
CONOCIMIENTO 12				-
CONOCIMIENTO 13				-
CONOCIMIENTO 14				-
CONOCIMIENTO 15				-
CONOCIMIENTO 16				-
CONOCIMIENTO 17				-
CONOCIMIENTO 18				-
CONOCIMIENTO 19				-
CONOCIMIENTO 20				-
CONOCIMIENTO 21				-
Sexo	Cualitativo dicotómica	Nominal	Masculino Femenino	-
Edad	Cuantitativo discreta	Razón	-	Años
Años de experiencia	Cuantitativo discreta	Razón	-	Años
Nivel de estudios	Cualitativo Politémica	Nominal	Bachiller Maestría Doctorado	-
Tipo de colegio	Católica Dicotómica	Nominal	Publico Privado	-

### 3. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En los conglomerados elegidos hay una cierta cantidad de colegios, los cuales difieren en número, debido a que la cantidad de docentes por colegio es muy variable. Lo que se realizo

fue visitar cada componente de los conglomerados elegidos con el fin de recolectar los datos para el estudio mediante el uso de un cuestionario de 21 preguntas sobre conocimientos en docentes de primaria frente al trastorno de déficit de atención e hiperactividad (anexo 1); con el permiso correspondiente de cada director del colegio asignado (anexo2), además del consentimiento informado para cada docente (anexo 3).

Se usó un cuestionario de 21 preguntas con categorías de respuesta: verdadero/falso, elaborado originalmente en inglés por Ghanizadeh A<sup>21</sup>, realizado en Irán para evaluar conocimientos y actitudes del TDAH en médicos de atención primaria; posteriormente, tras un proceso de validación cultural, de traducción - retraducción y de determinación de la consistencia interna, fue utilizado para evaluar conocimientos sobre TDAH, en padres de familia en Lima-Perú. En este estudio el Kuder-Richardson fue mayor a 0.6.<sup>22</sup>

Se obtuvo el permiso del autor del cuestionario para adaptar y modificar algunas preguntas; fue revisado por 3 Neuropediatras, 3 Psicólogos y 2 Epidemiólogos clínicos. Se excluyeron 2 preguntas y se agregaron otras 3. El cuestionario final fue de 21 preguntas: conducta (5), tratamiento (4), rendimiento y evaluación (6), etiología (4) y dos preguntas libres. Trece enunciados eran verdaderos y 8 falsos. Se realizó un piloto en 35 docentes. No se realizaron cambios luego del piloto. El tiempo promedio para contestar el cuestionario fue 10 minutos y fue autoadministrado. La entrega y recolección de los cuestionarios estuvo a cargo de las autoridades de los colegios.

#### 4. DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Conocimientos:** Conjunto de nociones e ideas que se tiene sobre una materia.<sup>23</sup>

- **Docente de primaria:** Es aquella persona responsable de la correcta planeación, implementación, organización y evaluación del proceso de desarrollo de competencias en su alumnado, conforme señala el Plan de Estudios de Educación Primaria.<sup>24</sup>
- **TDAH:** Se trata de un trastorno del comportamiento caracterizado por distracción moderada a grave, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas.<sup>1</sup>

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V): «Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos que no son de sus gustos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas)»<sup>1</sup>

En ese sentido, se reconocen tres subtipos de TDAH:

- Con predominio de déficit de atención
- Con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad
- Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez.<sup>1</sup>

## 5. PLAN DE PROCESAMIENTO PARA ANALISIS DE DATOS

Después de recolectar los cuestionarios de los docentes participantes se procedió al conteo de estos para descartar la pérdida de alguno de ellos.

Luego de ello, se analizó las respuestas del cuestionario de manera independiente según cada ítem, presentando los resultados en frecuencias y evaluando si el docente respondió de

manera correcta o incorrecta cada pregunta. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas y frecuencias y porcentajes para las categóricas. Se hizo un análisis bivariado exploratorio considerando, sexo, grado académico, edad, años de experiencia como docente y el haber escuchado sobre TDAH como independientes y cada una de las 21 preguntas como dependientes, una por una; se utilizó  $\chi^2$  con intervalos de confianza al 95%. Finalmente se hizo un análisis multivariado usando modelos lineales generalizados para determinar asociación entre las características sociodemográficas y las preguntas del cuestionario en las que en el bivariado se halló una  $p \leq 0,1$ . Ingresaron al análisis mediante la técnica de backward. Se usó el software Stata versión 12.

## **6. ASPECTOS ÉTICOS**

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y el permiso en los colegios. Los datos fueron codificados, garantizando confidencialidad. El trabajo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

#### IV. RESULTADOS

Se abordaron 434 docentes: 360 mujeres (82,9%) y 74 hombres (17,1%); la frecuencia de aceptación fue del 100%; la media de edad fue de: 38,5 +/- 9,6 años, mediana= 38; rango de edad= 21-65 años; media de edad en mujeres es 38,3 +/- 9,6 y en hombres 42,3 +/- 8,6.

En la tabla 1 se aprecia las características sociodemográficas; 82,9% fueron mujeres, 65,9% mayores de 35 años, 79,4% tuvieron grado académico bachiller, 54,6% tenían entre 10 a 29 años de experiencia laboral, 50,23% eran de colegios públicos.

La fuente referida acerca de donde obtuvieron información acerca del trastorno fueron: Internet: 192 (45,9%); capacitaciones del colegio: 127 (30,3%); radio o televisión: 82 (19,6%); familiar o amigo que trabaja en salud: 54 (12,9%), otras fuentes: 116 (27,7%); 418 (96,3%) mencionaron alguna vez haber escuchado sobre el TDAH.

En la tabla 2, se aprecia la distribución de frecuencias de los 13 enunciados verdaderos en el grupo que referían haber escuchado acerca de TDAH: 74,1% opinó que *“el TDAH es un problema importante para el niño”*, 50,2% que *“el rendimiento escolar de los niños con este trastorno es menor que el de sus compañeros”*. En la tabla 3, se aprecia la distribución de frecuencias a los 8 enunciados falsos: 42,8% que *“las mismas reglas de conducta deberían aplicarse por igual a los niños con este trastorno”*, 42,1% que *“el tratamiento farmacológico es adictivo”*, 32,5% que *“este trastorno puede ser causado por el azúcar y otros aditivos alimentarios”*, 29,6% que *“puede ser causado por mala crianza y maltrato de los padres”* y 8,1% que *“el TDAH es tan frecuente que puede ser una invención de los médicos”*.

## ANÁLISIS BIVARIADO

Al comparar colegios públicos y privados, se hallaron las siguientes frecuencias con diferencia significativa para los enunciados verdaderos como: “*el TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento*”: 45,37% vs 31,9% ( $p=0,003$ ), “*los estudiantes con TDAH deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema*”: 59,02% vs 76,06% ( $p<0,0001$ ).

Se encontraron las siguientes frecuencias para los enunciados falsos: “*los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados solo de forma oral*” 35,12% vs 18,1% ( $p<0,0001$ ), “*el tratamiento farmacológico de TDAH es adictivo*” 47,8% vs 36,6% ( $p=0,01$ ). Ver tabla 4.

Al comparar años de experiencia (1-9 años vs 10-29 años vs  $\geq 30$  años), se hallaron diferencias para los siguientes enunciados: “*El TDAH mejorara en algunos casos sin tratamiento*”: 39,1% vs 38,4% vs 19,4% ( $p=0,045$ ), “*Los niños con TDAH están en más riesgo de ausentismo escolar y/o escaparse de clases*”: 81,4% vs 73,4% vs 58,3% ( $p=0,003$ ), “*El TDAH puede ser tratado con la medicación adecuada*”: 71,4% vs 77,6% vs 55,6% ( $p=0,003$ ). Se encontró diferencia significativa en el siguiente enunciado falso: “*El TDAH es causado por mala crianza y maltrato de los padres*”: 25,5% vs 27,4% vs 50% ( $p=0,022$ ).

Hubo diferencia entre hombres y mujeres en la respuesta a los siguientes enunciados falsos: “*las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con TDAH como a niños sin este trastorno*” 46,1% vs 26,8% ( $p=0,002$ ), “*el TDAH a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios*” 34,9% vs 21,1% ( $p=0,015$ ).

Hubo diferencia entre los menores y mayores de 35 años en los siguientes enunciados: “*los niños con TDAH deben recibir educación especial*”: 43,9% vs 56,3% ( $p=0,010$ ), “*los niños con TDAH tienen mayor riesgo de convertirse en delincuentes al ser adolescentes*”: 19,6%

vs 28,7% ( $p=0,026$ ), “*los estudiantes con TDAH deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema*”: 37,2% vs 28% ( $p=0,029$ ). Se encontraron las siguientes frecuencias para los siguientes enunciados falsos: “*las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con TDAH como a los niños sin el problema*”: 47,3% vs 38,1% ( $p=0,035$ ), “*el TDAH es causado por mala crianza y maltrato de los padres*”: 23% vs 31,5% ( $p=0,041$ ), , “*el TDAH a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios*”: 38,5% vs 27,6% ( $p=0,029$ ).

### **ANALISIS MULTIVARIADO**

En el análisis multivariado se halló que 72,9% de los varones y 54,4% de las mujeres opinaron que “*las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a niños con y sin el trastorno*” ( $p= 0,03$ ). Asimismo, los docentes de mayor edad opinaron que: “*los niños con el trastorno deberían recibir menos tareas*” (40,1 +/- 10,3 vs 36,8 +/- 7,5 años) ( $p=0,01$ ), y que el TDAH no es causado por azúcar y alimentos adictivos. ( $p= 0,033$ ). Por otra parte los de menor edad respondieron que los niños con el problema “*tienen mayor ausentismo escolar y/o más riesgo de escaparse de clases*” ( $p= 0,02$ ).

En relación al tipo de colegio, los docentes de colegios públicos opinaban que “*el TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento*” ( $p= 0,02$ ), que “*los estudiantes con TDAH deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema*” ( $p= 0,003$ ); 36,7% de los docentes de público y 47,2% de los de privado, respondieron que el tratamiento farmacológico es adictivo ( $p= 0,026$ ).

---

Por otra parte, 80,7% de los docentes de público vs 63,4% de los de privado aseguraron que era falso que *“los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados solo de forma oral”*: ( $p < 0,01$ ).

Los docentes que antes habían escuchado sobre TDAH opinaron que estos niños deberían recibir menos tareas que sus pares ( $p=0,004$ ), que la evaluación no debería ser exclusivamente de forma oral ( $p= 0,03$ ) y estuvieron en desacuerdo con la premisa: *“el TDAH es tan frecuente que es una invención de los médicos”* ( $p=0,04$ ).

## V. DISCUSION

En este estudio hubo una preponderancia del sexo femenino: 82,9%. Ello podría estar en relación a un mayor número de mujeres que optan por esta carrera; 54,6% tenían entre 10 a 29 años como docentes. Este tiempo de experiencia debería estar acompañado de un conocimiento mayor en el manejo de niños con este trastorno. Sin embargo, los resultados son variables. Destaca también, que sólo 20% tenían al menos el grado de Magister.

Del total, 30,3% respondieron que el trastorno se debe a una “*causa hereditaria*”, resultado similar al encontrado por Nur en Turquía en el 2008; en el cual 32,2% de los docentes señalaron que el trastorno está asociado a “*vulnerabilidades biológicas y causas genéticas*”.<sup>8</sup> Ahmad en Irán halló esta opinión en 46,9% de los docentes.<sup>11</sup> Ello podría reflejar un conocimiento similar en ambas poblaciones.

En nuestro estudio, sólo 29,6% de los docentes afirmaron que el trastorno es consecuencia de una “*mala crianza y maltrato de los padres*”, en comparación de los estudios de Nur y Ahmad, quienes encontraron esta opinión en 65,5% y 53,1%, respectivamente<sup>8, 11</sup>. En el estudio de Ahmad, 64,8% opinaron que “*las mismas reglas disciplinarias pueden aplicarse a niños con y sin el trastorno*”<sup>11</sup>. En nuestro estudio esta opinión la tuvieron 42,8%. Estos resultados hablan a favor de los docentes evaluados. Sin embargo, las diferencias pueden corresponder al uso de distintos cuestionarios y al tipo de formación recibida en el hogar en estos países orientales.

El 96,3% mencionaron que sí habían oído sobre el trastorno; sin embargo, sólo el 30,3% referían haber recibido capacitación sobre TDAH. Probablemente, el mayor acceso actual a tecnologías de información puede ser el medio que permita una actualización más fluida en

relación a este tipo de problemas; reflejándose que en el 45,9% de los docentes señalaron a la Internet como el medio del cual recibieron mayor información.

Hala A Malik en Bahrein (Asia) en el 2005 halló que 74% de los docentes respondieron que el trastorno es “*tratable por medicamentos*”<sup>25</sup>, resultado similar al 76,3% hallado en nuestro estudio y menor al 87% de un estudio danés del 2015.<sup>26</sup> Estas cifras evidencian que la gran mayoría saben que el uso de fármacos es parte del tratamiento.

En relación a dieta y TDAH, en el estudio de Bahrein, 52% de los encuestados pensaban que el TDAH se debía a un “*exceso de azúcar en los alimentos*”<sup>25</sup>; Jensen en Dinamarca, halló que 44% de los encuestados, consideraron a la dieta como causa fundamental del trastorno<sup>26</sup>. En el presente estudio, esta respuesta se encontró en un 32,5% de los encuestados. Esto sugiere un mejor conocimiento en relación a TDAH y dieta en los docentes de Lambayeque. Sin embargo, se sabe, que el exceso de carbohidratos y taurina pueden exacerbar algunos síntomas de la enfermedad.<sup>27, 28</sup>

Llama la atención que 8,1% señaló que el trastorno es tan frecuente que “*puede ser una invención de los médicos*”. Esta es una barrera que podría impedir que los niños con sospecha o diagnóstico confirmado de esta patología, puedan recibir ayuda oportuna, pues son los docentes quienes tienen un contacto mayor con los niños. Ello contrasta con los resultados del estudio realizado en México, República Dominicana y Bolivia en el 2013 en el que sólo 1% respondió que el trastorno era un mito, una moda o un invento de la industria farmacéutica<sup>4</sup>. También, 42,1% respondieron que “*el tratamiento farmacológico es adictivo*”. Es evidente la necesidad de capacitación de los docentes respecto al tema.

Sólo en relación al enunciado: “*las mismas reglas de conducta deben aplicarse a los niños con y sin el trastorno*”, hubo diferencias según sexo, a favor de las mujeres, resultado similar a lo hallado en otros estudios en los que no se han encontrado diferencias del conocimiento según sexo<sup>29, 30</sup>. Cabría esperar que los docentes con menos años de experiencia y/o de menor edad tuvieran un mejor conocimiento, pues éstos tópicos son de reciente desarrollo. Sin embargo en algunos ítems, los docentes de mayor edad, respondieron más acertadamente. En otros estudios no se ha hallado diferencias con respecto a edad ni años de experiencia<sup>29, 30</sup>. Sólo en un estudio en la India en el 2013, docentes con menos años de experiencia tenían mayor conocimiento acerca del trastorno<sup>31</sup>.

El tener grado de Magister y/o Doctor tampoco se asoció a un mejor conocimiento. Probablemente, las asignaturas pertenecientes a estos grados, no contemplarían tópicos relacionados a este tema.

El conocimiento en los docentes de colegios públicos fue superior. Sólo se encontró un estudio en la India, en el 2013, en el que se evaluó el conocimiento de los docentes de primaria con respecto a síntomas de trastornos psiquiátricos infantiles<sup>31</sup>. Los docentes de colegios públicos, tuvieron un mayor conocimiento. Una posibilidad, es que los docentes de colegio público a comparación de los de privados, sean capacitados con mayor frecuencia por el Estado. Se desconoce la situación de la frecuencia y calidad de estas capacitaciones en ambos contextos.

Según la “Guía para orientar la intervención de los servicios de apoyo y asesoramiento para la atención de las necesidades educativas especiales” (SAANEE) del Ministerio de Educación del Perú, la Educación Inclusiva, las necesidades educativas especiales y la

presencia de docentes inclusivos, son fundamentales para atender las necesidades de los estudiantes y de sus familias, en especial en los que tienen discapacidad. Sin embargo al revisar el texto no se hallan especificaciones en relación a niños con TDAH.<sup>32</sup>

Es importante que el docente al detectar a un niño con problemas de conducta y aprendizaje, coordine con el especialista en psicopedagogía del colegio y se converse con los padres, para que pueda ser evaluado por neuropediatría y psicología. Lo fundamental en este trastorno es la historia y observación clínica en los diferentes ambientes (hogar y colegio), guiada por el especialista con colaboración de padres y docentes, ofreciendo información regularmente acerca de la conducta del niño.<sup>31</sup> Junto a ello, el docente puede hacer modificaciones estructurales en el entorno y estilo educativo, adaptándolo a las dificultades de cada uno de los niños para mejorar su aprendizaje y rendimiento, mejorando su pronóstico y disminuyendo el impacto en la calidad de vida.<sup>4</sup> Ello contrasta con el dato de que 58% de los encuestados respondió que no debería haber diferencias en las normas de conducta consideradas en estos niños y que 4,3% opinaron que estos niños deben ser castigados por sus maestros.

En relación al desempeño docente en estos niños se hallaron 4 revisiones sistemáticas de estudios cualitativos y cuantitativos.<sup>33</sup>

En la primera revisión sistemática (54 estudios, 36 ensayos clínicos) acerca de efectividad y costo-efectividad de intervenciones no farmacológicas en los colegios, en niños con o en riesgo de desarrollar TDAH. Se halló mejora significativa tanto en impulsividad,  $p= 0,001$  como en inatención/hiperactividad,  $p= 0,001$ .<sup>31</sup> Este dato refuerza la idea de la importancia del docente.

En una revisión sistemática sobre actitudes en relación a intervenciones no farmacológicas, se halló que el envío por parte de los docentes del registro diario del comportamiento del niño a los padres, fue la única intervención en la que se evidenció actitudes positivas por parte de los docentes.<sup>31</sup> Esto no fue explorado en nuestro estudio pues no se midieron prácticas, sólo conocimientos.

En la tercera revisión sobre experiencias y actitudes de padres, docentes y niños con TDAH en relación a intervenciones no farmacológicas en la escuela, se halló que la opinión de los entrevistados era que las estrategias tenían poco impacto en mejorar el rendimiento académico.<sup>31</sup> Probablemente esto sumado al desconocimiento sobre el tema pueda explicar algunas deficiencias en el manejo de estos niños en nuestra realidad.

En la cuarta revisión, se estudió la experiencia de los padres y docentes en niños con TDAH en el contexto del colegio. Se halló que los docentes visualizaban a su aula como un todo y pensaban que les era difícil acomodarse en forma individual a los niños con este problema. La premura del tiempo y la falta de conocimiento del tema fueron los aspectos más mencionados. Los profesores mencionaron que el problema tenía un trasfondo influenciado por la crianza de los padres o un origen biológico.<sup>31</sup> En este punto el concepto de “colegio de inclusión” tiene una serie de debilidades.<sup>34, 35</sup> Por una parte el tiempo insuficiente de los profesores para poder atender las necesidades de todos los niños, incluidos los que tienen esta dificultad, y por otra el déficit en capacidades para afrontar de este problema hacen que sea necesario revisar el número de niños por aula y la preparación de los docentes en estos tópicos.

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico, evaluación y tratamiento del déficit de atención/hiperactividad en niños y adolescentes, el médico de atención primaria debe prescribir una terapia de comportamiento administrada por el docente como primera línea de tratamiento.<sup>36</sup> La interacción médico-docente y mejor aún docente-familia-médico, es fundamental.

Estos resultados sugieren que el conocimiento de los docentes de Chiclayo en relación al TDAH no es el ideal pero es mejor al existente en otras partes del mundo, en especial en lo referente a dieta y aspectos biológicos de la enfermedad. La diferencia podría deberse a una mayor capacitación de nuestros docentes y también a las características del cuestionario. Las categorías de respuesta sólo fueron verdaderas o falsas lo que podría favorecer un “mayor conocimiento” sólo por azar. Para el cuestionario no se calculó consistencia interna, sólo se aplicó un piloto y una revisión por expertos. Sin embargo creemos que es una herramienta útil para tamizar el conocimiento de nuestros docentes.

Los docentes deben poseer un sólido y claro conocimiento de las dificultades de los niños con este trastorno y de la labor pedagógica que deben realizar en el aula. Para lograrlo deberían tener un conocimiento teórico del trastorno y herramientas prácticas de intervención. Es necesario que los colegios implementen capacitaciones o cursos periódicos sobre aspectos prácticos relacionados al trastorno y que el Ministerio de Educación realice mediciones periódicas del impacto de estas medidas en los docentes.<sup>37, 38</sup>

## VI. CONCLUSIONES

El conocimiento de los docentes de Chiclayo en relación al TDAH fue superior al hallado en otros estudios, en especial en aspectos de dieta y biología.

El medio reportado, por el cual los docentes obtuvieron mayor información sobre TDAH fue el Internet, seguido de capacitaciones en el colegio.

Los docentes de colegio público, en la mayoría de los ítems, tuvieron un mayor conocimiento que los de colegio privado.

El grado académico y los años de experiencia no se asociaron a un mayor conocimiento acerca del trastorno.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V), Washington, D.C: American Psychiatric Association.
2. Herrera G. Reflexiones sobre el déficit atencional con hiperactividad y sus implicancias educativas. Horizontes educacionales (Chile). 2005; 10: 51-56.
3. Imlaperu.com, Instituto Médico del lenguaje y aprendizaje [sede Web]. Lima: Imlaperu.com; 2012- [actualizada el 12 de octubre de 2012; acceso 8 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.imlaperu.com/noticias\\_contenido.php?idPagina=285](http://www.imlaperu.com/noticias_contenido.php?idPagina=285).
4. Palacios M, Peña F. Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos. México: Salud Mental 2013; 36(4).
5. Stevens J, Quittner A, Abikoff H. Factors influencing elementary school teachers ratings of ADHD and ODD behaviors. Clin Child Psychol 1998; 27(4):406-414.
6. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder. Scientific American. 1998; 279(3): 44-49.
7. Kleynhans S. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder. South Africa: University of Stellenbosch, Matieland. 2005.
8. González Tejera G, González M, Ramírez B, Rivera M. Attention deficit hyperactivity disorder in five schools of the San Juan metropolitan area: assesment of teacher's knowledge. Bol Asoc Med P R 2009; 101(1):31-35.

9. Nur N, Kavakc O. Elementary school teachers' knowledge and attitudes related to attention deficit hyperactivity disorder. *HealthMED* 2010; 4(2):350-355.
10. Kleynhans, SE. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder. (Unpublished Master's Thesis). University of Stellenbosch, Matieland, South Africa. 2010.
11. Ghanizadeh A; Bahredar MJ; Moeini SR. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *MEDLINE*. [Revista on-line] 2006 [Consultado 22 mayo 2014]; 63(1-2). Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-16504452>
12. Artiles Hernández, C. Jiménez González, JE. Escolares con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) orientaciones para el profesorado. *Programas de Innovación Educativa*. 2006. 1ra ed. Canaria.
13. Barragán E, Peña F, Ortiz S Ruiz M, Hernández J. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007; 64(5): 326-43.
14. De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, Ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult ADHD on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occup Environ Med*. 2008; 65: 835-42.
15. Lara C, Fayyad J, De Graaf R, Kessler RC, Aguilar- Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*. 2009; 65: 46 - 54.

16. Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attentiondeficit/ hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.* 2010; 122: 97-109.
17. Lawlis, F. *The ADD Answer – How to help your child now.* Viking Penguin, Penguin Books. 2004. New York.
18. Bauermeister, JJ, Matos, M. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad una visión actualizada. *Revista Psicológica Contemporánea.* 1997.
19. García Castaño, F. *Es TDAH y ahora... ¿qué? Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Una guía básica.* Ed Hispalis. Puerto Rico. 2007.
20. Elisabethornano-tdah.org, Asociacion Elisabeth d´Ornano para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad [sede Web]. Madrid: elisabethornano-tdah.org; 2012- [actualizada el enero de 2012; acceso 19 de abril de 2014]. Disponible en: <http://elisabethornano-tdah.org/es/tdah/profesores/recomendaciones/>.
21. Ghanizadeh A, Zarei N. Are GPs adequately equipped with the knowledge for educating and counseling of families with ADHD children? *BMC Family Practice.* [Revista en línea] 2010 [Consultado 06 junio 2014]; 11 (5). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/5>.
22. López-Rodas J, Alvarado-Broncano B, Huerta-Lovaton B. Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un colegio de Independencia, Lima, Perú: *Rev Neuropsiquiatra.* 2010; 73 (2): 46 – 48.
23. "Conocimientos". En el Diccionario de la lengua española. <http://www.rae.es/> [en línea]. Madrid, España: Real Academia Española.

- 
24. Evaluación de competencias para el ascenso o reubicación de nivel salarial en el escalafón docente de los docentes y directivos docentes regidos por el decreto ley 1278 de 2002. Ministerio de Educación Nacional Dirección de Calidad para la Educación Preescolar, Básica y Media Subdirección de Referentes y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Educación Nacional, (agosto de 2013).
  25. Hala A Malik Al-Hakeem, Saba'a Naji Al-Othman, Latifa Mohamed Al-Jamea, Ghaida Abdulla Radhi, Shaikha A Rahman Bu-Ali, Faisal Al-Nasir. Knowledge and Behavior of Primary School Teachers towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Bahrain Medical Bulletin*. Sept 2013; 35 (3).
  26. Jensen C. Schnack M, Thingvad H. What Do Primary and Secondary School Teachers Know About ADHD in Children? Findings from a Systematic Review and a Representative, Nationwide Sample of Danish Teachers. *Dinamarca: J Atten Disord*; 2015.
  27. Jacobson F. Schardt D. Diet ADHD and Behavior a quarter century review, Washington, D.C. Center for Science in the Public Interest: 1999.
  28. Millichap J. Michelle M. The Diet Factor in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Chicago: Division of Neurology, Children's Memorial Hospital, and Department of Pediatrics, Northwestern University Medical School; 2012.
  29. Kos JM, Richdale AL, Jackson MS. Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparison of in-service and preservice teachers. *Psychol Sch*. 2004; 41(5):517–526. doi: 10.1002/pits.10178.

30. Jarque Fernández, S., Tárraga Mínguez, R., and Miranda Casas, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19, 585-590.
31. Daniel LT, Gupta S, Sagar R. Effect of educational module on knowledge of primary school teachers regarding early symptoms of childhood psychiatric disorders. *Indian J Psychol Med*. 2013 Oct; 35(4):368-72.
32. Ministerio de educación. Guía para orientar la intervencion de los servicio de apoyo y asesoramiento para la atención de las necesidades educativas especiales SAANEE. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/minedu/archivos/a/002/05-bibliografia-para-ebe/7-guia-para-orientar-la-intervencion-de-los-saanee.pdf>. Acceso: 2 de Mayo 2017.
33. Mohr C, Steen T, Bang M, Thingvad H. What Do Primary and Secondary School Teachers Know About ADHD in Children? Findings From a Systematic Review and a Representative, Nationwide Sample of Danish Teachers. *J Atten Disord*. 2015.
34. Guidelines for inclusion: Ensuring Access to Educational for All, Paris: United Nations Educational, Scientificand Cultural Organization; 2005.
35. Teacher Education for Inclusion. International Literature Review. European Agency for Development in Special Needs Education; 2010
36. Richardson M, Moore DA, Gwernan-Jones R, Thompson-Coon J, Ukoumunne O, Rogers M, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technol Assess* 2015;19(45)

- 
37. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, Ganiats TG, Kaplanek B, Meyer B, Perrin J, Pierce K, Reiff M, Stein MT, Visser S. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011 Nov;128(5):1007-22
38. Bakker L, Rubiales J. Estrategias de capacitación docente - intervención áulica en niños Con TDAH. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2009.

## VIII. ANEXOS

### ANEXO 1



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Facultad de Medicina  
Escuela de Medicina Humana**

### **CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN DOCENTES DE PRIMARIA FRENTE AL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).**

**INSTRUCCIONES:** Muchas gracias por participar; su opinión es de gran importancia para el desarrollo de este trabajo de investigación. Esta encuesta requiere de 5 a 10 minutos de su tiempo y sus respuestas serán totalmente anónimas, por favor marque con total confianza y sobre todo con la verdad.

Complete el siguiente apartado, luego lea atentamente cada una de las siguientes preguntas y elija la respuesta que usted crea conveniente.

#### **I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **sexo:** \_\_\_\_\_

**Años de experiencia en educación primaria:** \_\_\_\_\_

**Máximo grado académico alcanzado:** Bachiller ( ) Maestría ( ) Doctorado ( )

**Colegio en el que labora:** Público ( ) Privado ( )

**¿Ha oído hablar del trastorno de déficit de atención e hiperactividad?**

Si ( ) No ( )

**En caso haya oído hablar de éste problema, ¿en dónde recibió la información?**

- a. En capacitaciones que da el colegio
- b. En la televisión o radio
- c. Lo leí en internet
- d. Por medio de un familiar o amigo que trabaja en salud
- e. Otra fuente.

#### **II. PREGUNTAS**

1. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad se debe a una causa hereditaria

- 
- a. Verdadero      b. Falso
2. En el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, el niño tiene como una de sus características ser más curioso y/o más movido que sus compañeros en clases
- a. Verdadero      b. Falso
3. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es un problema importante para el niño
- a. Verdadero      b. Falso
4. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad mejorará en algunos casos sin tratamiento
- a. Verdadero      b. Falso
5. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad puede ser causado por la mala práctica de crianza y maltrato de los padres
- a. Verdadero      b. Falso
6. Los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad están en un riesgo más alto de ausentismo escolar y/o escaparse de clase
- a. Verdadero      b. Falso
7. Las dificultades relacionadas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad sin tratamiento persisten para toda la vida en la mayoría de los casos
- a. Verdadero      b. Falso
8. Los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad deben recibir educación especial
- a. Verdadero      b. Falso
9. Los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad tienen un alto riesgo de convertirse en delincuentes al ser adolescentes
- a. Verdadero      b. Falso
10. Los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad tienen inteligencia más alta que los niños sin TDAH
- a. Verdadero      b. Falso
11. Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad como con los niños que no presenten este trastorno
- a. Verdadero      b. Falso
12. Los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación a sus compañeros de clase

- 
- a. Verdadero                      b. Falso
13. El rendimiento escolar de los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es menor que el de sus compañeros sin TDAH
- a. Verdadero                      b. Falso
14. Los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia
- a. Verdadero                      b. Falso
15. Los estudiantes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema
- a. Verdadero                      b. Falso
16. Los estudiantes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad deben ser evaluados de forma oral
- a. Verdadero                      b. Falso
17. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad puede ser tratado con una medicación adecuada
- a. Verdadero                      b. Falso
18. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios
- a. Verdadero                      b. Falso
19. El tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es adictivo
- a. Verdadero                      b. Falso
20. El niño con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad debe ser castigado por sus maestros
- a. Verdadero                      b. Falso
21. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es tan frecuente que probablemente sea una invención de los médicos
- a. Verdadero                      b. Falso

## ANEXO 2



**UNIVERSIDAD CATÓLICA**  
**SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Medicina Humana**

**COMUNICADO PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA REALIZAR EL ESTUDIO EN EL CENTRO EDUCATIVO**

Director(a) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2015

Escuela \_\_\_\_\_

Estimado(a) señor(a) Director(a)

Somos investigadores de la Escuela de Medicina Humana, de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Actualmente nos encontramos desarrollando un trabajo de investigación bajo el título de Conocimientos en Docentes de Primaria frente al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en Chiclayo - 2015

Es por ello que solicitamos muy respetuosamente su colaboración para el desarrollo de la investigación. La colaboración a la que nos referimos consiste en permitirnos aplicar un cuestionario a los docentes de primaria de la escuela que usted dirige. El cuestionario está dirigido a corroborar cuánta información tienen los maestros sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en su salón de clases.

Como parte del trabajo, es necesario que nos permita reunir a los maestros para orientarlos sobre el propósito de la investigación y sobre cómo deben completar los cuestionarios.

De ser factible esta solicitud, le estaremos muy agradecidos. Puede comunicarse con nosotros para cualquier duda relacionada a la investigación, a través de los siguientes correos: [racso\\_14\\_16@hotmail.com](mailto:racso_14_16@hotmail.com)  
[jhan\\_kalo@hotmail.com](mailto:jhan_kalo@hotmail.com)

Cordialmente,

Gamarra Alcalde, Oscar Mauricio y Mendoza Salazar, Juan Carlos

---

### ANEXO 3



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Facultad de Medicina  
Escuela de Medicina Humana**

#### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - USAT,  
Investigadores : Gamarra Alcalde, Oscar Mauricio; Mendoza Salazar, Juan Carlos  
Título: Conocimientos en docentes de primaria frente al trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Chiclayo 2015.

---

#### **Propósito del Estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Conocimientos en docentes de primaria frente al trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Estamos realizando este estudio para evaluar los conocimientos de los docentes frente al trastorno de déficit de atención e hiperactividad

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se le harán los siguientes exámenes:

1. Se le brindará un cuestionario de 21 preguntas en la cual usted tendrá que contestar cual alternativa le parece la correcta con respecto al trastorno de déficit de atención e hiperactividad, completar dicho cuestionario le tomara un tiempo aproximado de 10 minutos.

#### **Riesgos:**

No hay riesgo alguno en este estudio, y si los hubiera se tomaran las medidas adecuadas para que puedan ser evitadas.

#### **Beneficios:**

Si usted acepta participar en el estudio se le ofrecerá una capacitación en la sede de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo acerca del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

#### **Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

**Confidencialidad:**

Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:**

La información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimientos del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, se contara con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede en cualquier momento pedir que su resultado se le sea devuelto o eliminado, sin perjuicio alguno de su persona. Además si tuviera alguna duda, esta será resuelta por los investigadores.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona.

---

*Participante*

---

*Fecha*

---

*Investigador*  
Nombre:

---

Fecha

## Anexo 4



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Facultad de Medicina  
Escuela de Medicina Humana**

**Conglomerados para Colegios Privados**

Ciudad	Institución educativa	Número de Docentes	Total de Docentes	Docentes 1er, 2do, 3er grado	Conglomerados
CHICLAYO	UNIDAD ACADEMICA INTERNACIONAL – UNAI	1	38	19	conglomerado 1
CHICLAYO	CARL ROGERS	1			
CHICLAYO	FRANCO PERUANO	1			
CHICLAYO	TERESA DE JESUS	1			
CHICLAYO	CRISTO SEÑOR DE LOS MILAGROS	1			
CHICLAYO	BRITISH HIGH SCOOOL EL BRITANICO	1			
CHICLAYO	LOS ANGELES DE JESUS	1			
CHICLAYO	NIÑO JESUCITO	1			
CHICLAYO	PITAGORAS	2			
CHICLAYO	CUBANO PERUANO	2			
CHICLAYO	MIRAFLORES	2			
CHICLAYO	MARIA DEL SOCORRO	2			
CHICLAYO	SAN FRANCISCO DE ASIS	2			
CHICLAYO	SAN LUIS GONZAGA	2			
CHICLAYO	SCHOOL OF TOMORROW	3			
CHICLAYO	DEPORTIVO ADEU	3			
CHICLAYO	GENESIS	3			
CHICLAYO	HIPOLITO UNANUE	3			
CHICLAYO	MARIO VARGAS LLOSA	3			
CHICLAYO	SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE	3			
CHICLAYO	VICENTE DE LA VEGA	3	38	19	conglomerado 2
CHICLAYO	MI JESUS	3			
CHICLAYO	PERU ESPAÑA	3			

CHICLAYO	JOHANN HEINRICH PESTALOZZI	3			
CHICLAYO	AMAN ATINM	3			
CHICLAYO	JEAN PIAGET	3			
CHICLAYO	MARIA DE LOS ANGELES THALES	4			
CHICLAYO	SANTA VICTORIA	4			
CHICLAYO	NIÑO FELIZ	4			
CHICLAYO	AMJELS	4			
CHICLAYO	SAN JUAN MARIA VIANNEY	4			
CHICLAYO	CONSUELO DE JESUS	4			
CHICLAYO	SANTA MARIA MAZZARELLO	4			
CHICLAYO	JULIO VERNE EIRL	4			
CHICLAYO	BOSTON COLLEGE	4	35	17.5	conglomerado 3
CHICLAYO	MI MUNDO MAGICO	4			
CHICLAYO	PRIMAVERA	5			
CHICLAYO	SOL DE MARIA	5			
CHICLAYO	MI PERU	5			
CHICLAYO	LOS CIPRESES	5			
CHICLAYO	PAUL HARRIS COLLEGE	5			
CHICLAYO	SAGRADO DIVINO MAESTRO	5	30	15	conglomerado 4
CHICLAYO	LAS ESTRELLITAS	5			
CHICLAYO	CRISTO REDENTOR	5			
CHICLAYO	CERROPON	5			
CHICLAYO	AMERICA COLLEGE	6			
CHICLAYO	MADRE TERESA DE CALCUTA	6			
CHICLAYO	BAUTISTA LOGOS	6			
CHICLAYO	FREDERICK SANGER	6	42	21	conglomerado 5
CHICLAYO	ADVENTISTA CHICLAYO	6			
CHICLAYO	SANTA LEONOR	6			
CHICLAYO	BERTOLT BRECHT	6			
CHICLAYO	SICAN	6			
CHICLAYO	SAN SILVESTRE HIGH SCHOOL	6			
CHICLAYO	SANTA VERONICA	6	42	21	conglomerado 6
CHICLAYO	SANTA ROSITA	6			
CHICLAYO	VIRGEN DEL CARMEN	6			

CHICLAYO	CORAZON DE JESUS DE CAMPODONICO	6			
CHICLAYO	CHICLAYO	6			
CHICLAYO	MARIA PARADO DE BELLIDO	7	49	24.5	conglomerado 7
CHICLAYO	EL INGENIERO	7			
CHICLAYO	JOSE QUIÑONES GONZALES	7			
CHICLAYO	SAN GABRIEL	7			
CHICLAYO	REMIGIO SILVA	7			
CHICLAYO	ROSITA DE JESUS	7			
CHICLAYO	AMERICAN COLLEGE	7			
CHICLAYO	SANTA ROSA DE LIMA	8	40	20	conglomerado 8
CHICLAYO	ELIM	8			
CHICLAYO	MELITON CARBAJAL	8			
CHICLAYO	CAMINO DE FE	8			
CHICLAYO	AMIGOS	8			
CHICLAYO	KOLPING COLLEGE	8	40	20	conglomerado 9
CHICLAYO	BRUNING COLLEGE	8			
CHICLAYO	GEORGE BUTLER	8			
CHICLAYO	BERKELEY HIGH SCHOOL	8			
CHICLAYO	PABLO ROY LARSH	8			
CHICLAYO	MONSEÑOR IGNACIO DE ORBEGOZO	9	36	18	conglomerado 10
CHICLAYO	FACHSE PEDRO RUIZ GALLO	9			
CHICLAYO	BRITANNIC CHILDREN SCHOOL	9			
CHICLAYO	MARIA LUCRECIA PRADO VARGAS	9			
CHICLAYO	JUAN MEJIA BACA	10	50	25	conglomerado 11
CHICLAYO	SANTA ANA	10			
CHICLAYO	RICARDO ABRAMS SCHOOL	10			
CHICLAYO	DAVID HANSEN	10			
CHICLAYO	ERNEST HEMINGWAY	10			
CHICLAYO	SANTA LUCIA SCHOOL	10	44	22	conglomerado 12
CHICLAYO	SANTO TOMAS DE AQUINO	11			
CHICLAYO	FLEMING COLLEGE	11			
CHICLAYO	PERUANO ESPAÑOL INTER MUNDO	12			
CHICLAYO	CENTRO DE GESTION COOPERATIVA SANTA ANGELA	15	46	23	conglomerado 13

CHICLAYO	APPUL COLLEGE	15			
CHICLAYO	EL NAZARENO	16			
CHICLAYO	JORGE BASADRE	17	36	18	conglomerado 14
CHICLAYO	JUAN MEJIA BACA	19			
CHICLAYO	CIMA	22	45	22.5	conglomerado 15
CHICLAYO	BEATA IMELDA	23			
CHICLAYO	ROSA MARIA CHECA	25	25	12.5	conglomerado 16
CHICLAYO	CEIBOS	27	27	13.5	conglomerado 17
CHICLAYO	INDEPENDENCIA	28	28	14	conglomerado 18
CHICLAYO	LA INMACULADA	28	28	14	conglomerado 19
CHICLAYO	SANTA MARIA REYNA	34	34	17	conglomerado 20
CHICLAYO	TRILCE CHICLAYO	45	45	22.5	conglomerado 21
CHICLAYO	MANUEL PARDO	46	46	23	conglomerado 22

## Anexo 5



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
Facultad de Medicina  
Escuela de Medicina Humana

**Conglomerados para Colegios Públicos**

Ciudad	Institución Educativa	Número de Docentes	Total de Docentes	Docentes 1er, 2do, 3er grado	Conglomerados
CHICLAYO	11606 VIRGEN DE CORTES	3	34	17	conglomerado 1
CHICLAYO	11054 ANTONIO JOSE DE SUCRE	5			
CHICLAYO	11225 MIGUEL CERVANTES SAAVEDRA	6			
CHICLAYO	11271 SIGLO XXI	6			
CHICLAYO	11020 SAN JUDAS TADEO	7			
CHICLAYO	11117 JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION	7			
CHICLAYO	11019 SEÑOR DE LA DIVINA MISERICORDIA	7	40	20	conglomerado 2
CHICLAYO	11006 RAMON ESPINOZA SIERRA	8			
CHICLAYO	11008	12			
CHICLAYO	11205	13	29	14.5	conglomerado 3
CHICLAYO	10156	14			
CHICLAYO	RENAN ELIAS OLIVERA	15	32	16	conglomerado 4
CHICLAYO	10223 RICARDO PALMA	16			
CHICLAYO	10026 SAN MARTIN DE PORRES	16	34	17	conglomerado 5
CHICLAYO	11004 SAN PEDRO	17			
CHICLAYO	11223 FELIX TELLO ROJAS	17	37	18.5	conglomerado 6
CHICLAYO	AUGUSTO SALAZAR BONDY	18			
CHICLAYO	10824	19	40	20	conglomerado 7
CHICLAYO	11016 JUAN MEJIA BACA	20			
CHICLAYO	11051 MARIA REICHE	20	42	21	conglomerado 8
CHICLAYO	10024 NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	20			
CHICLAYO	10925 CESAR VALLEJO	22	44	22	conglomerado 9
CHICLAYO	10825 JUAN XXIII	22			
CHICLAYO	11151 MONSEÑOR AUGUSTO VARGAS ALZAMORA	22	46	23	conglomerado 10
CHICLAYO	FE Y ALEGRIA 28	23			
CHICLAYO	10040 SANTIAGO CASSINELLI CHIAPPE	23	51	25.5	conglomerado 11
CHICLAYO	10030 NAYLAMP	25			
CHICLAYO	10003	26	54	27	conglomerado 12
CHICLAYO	11023 ABRAHAM VALDELOMAR	27			
CHICLAYO	11124 NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	27	28	14	conglomerado 13
CHICLAYO	11003 KARL WEISS	28			
CHICLAYO	10004	28	28	14	conglomerado 14
CHICLAYO	10042 MONSEÑOR JUAN TOMIS STACK	29	29	14.5	conglomerado 15

CHICLAYO	11015 COMANDANTE ELIAS AGUIRRE	31	31	15.5	conglomerado 16
CHICLAYO	11024 JOSE QUIÑONES GONZALES	33	33	16.5	conglomerado 17
CHICLAYO	11001 LEONCIO PRADO	33	33	16.5	conglomerado 18
CHICLAYO	11017 NICOLAS LA TORRE GARCIA	37	37	18.5	conglomerado 19
CHICLAYO	10022 MIGUEL MURO ZAPATA	42	42	21	conglomerado 20
CHICLAYO	11014 INMACULADA CONCEPCION	43	43	21.5	conglomerado 21
CHICLAYO	10828 EX COSOME	49	49	24.5	conglomerado 22
CHICLAYO	10021 SAN JOSE	53	53	26.5	conglomerado 23

## ANEXO 6

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

	N	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	360	82,9
<b>Edad</b>		
≤ 35 años	148	34,1
>35 años	286	65,9
<b>Grado académico</b>		
Bachiller	345	79,4
Maestría	76	17,5
Doctorado	13	2,9
<b>Años de experiencia</b>		
1-9 años	161	37,1
10-29 años	237	54,6
≥ 30 años	36	8,3
<b>Tipo de colegio</b>		
Publico	218	50,23
Privado	216	49,77
<b>*Escucho alguna vez sobre TDAH<sup>++</sup></b>		
Si	418	96,3
<i>*Si alguna vez en su vida escucho acerca del TDAH **TDAH: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad</i>		

## ANEXO 7

Tabla 2. Respuestas a enunciados verdaderos en los encuestados

	N	%
<i>Los niños con TDAH experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación a sus compañeros</i>	396	94,7
<i>El niño con TDAH es más curioso y movido que sus compañeros en clases</i>	372	89,0
<i>Los niños con TDAH están en más riesgo de ausentismo escolar y/o escaparse de clases</i>	326	77,9
<i>Los niños con TDAH experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia</i>	323	77,2
<i>El TDAH puede ser tratado con medicación adecuada</i>	319	76,3
<i>El TDAH es un problema importante para el niño</i>	310	74,1
<i>Los niños con TDAH deben recibir educación especial</i>	226	54,0
<i>El rendimiento escolar de los niños con TDAH es menor que el de sus compañeros sin TDAH</i>	210	50,2
<i>Las dificultades relacionadas con el TDAH sin tratamiento persisten toda la vida en la mayoría de los casos</i>	178	42,5
<i>El TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento</i>	161	38,5
<i>Los estudiantes con TDAH deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema</i>	135	32,3
<i>El TDAH se debe a una causa hereditaria</i>	127	30,3
<i>Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de convertirse delincuentes al ser adolescentes</i>	111	26,5

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

## ANEXO 8

Tabla 3. Respuestas a enunciados falsos en los encuestados

	N	%
<i>*Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con TDAH como a los niños sin el problema</i>	179	42,8
<i>*El tratamiento farmacológico de TDAH es adictivo</i>	176	42,1
<i>*En relación a las notas, los niños con TDAH tienen inteligencia más alta que los niños sin TDAH</i>	138	33,0
<i>*El TDAH a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios</i>	136	32,5
<i>*El TDAH es causado por mala crianza y maltrato de los padres</i>	124	29,6
<i>*Los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados solo de forma oral</i>	111	26,5
<i>*El TDAH es tan frecuente que probablemente sea una invención de los médicos</i>	34	8,1
<i>*El niño con TDAH debe ser castigado por sus maestros</i>	18	4,3
<i>* Enunciados falsos</i>		

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

## ANEXO 9

Tabla 4. Distribución de las respuestas según tipo de colegio

	Públicos		Privados		p
	N	%	N	%	
<b>Etiología del trastorno</b>					
<i>El TDAH se debe a una causa hereditaria</i>	60	28,4	67	32,4	0,402
<i>*El TDAH es causado por mala crianza y maltrato de los padres</i>	63	29,9	61	29,5	0,931
<i>*El TDAH a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios</i>	74	35,1	62	30,0	0,264
<i>*El TDAH es tan frecuente que probablemente sea una invención de los médicos</i>	18	8,5	16	7,7	0,764
<b>Conducta</b>					
<i>El niño con TDAH es más curioso y movido que sus compañeros en clases</i>	185	87,7	187	90,3	0,385
<i>Los niños con TDAH están en más riesgo de ausentismo escolar y/o escaparse de clases</i>	166	78,7	160	77,3	0,734
<i>Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de convertirse delincuentes al ser adolescentes</i>	53	25,1	58	28,0	0,502
<i>*Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con y sin TDAH</i>	89	42,2	90	43,5	0,789
<i>Los niños con TDAH experimentan más dificultades conductuales y emocionales que sus compañeros</i>	196	92,9	200	96,6	0,068
<b>Rendimiento y evaluación</b>					
<i>Los niños con TDAH deben recibir educación especial</i>	107	50,7	119	57,5	0,098
<i>*En relación a las notas, los niños con TDAH tienen inteligencia más alta que los niños sin TDA</i>	68	32,2	70	33,8	0,730
<i>El rendimiento escolar de los niños con TDAH es menor que el de sus compañeros</i>	112	53,1	98	47,3	0,241
<i>Los estudiantes con TDAH deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema</i>	84	59,0	51	76,0	0,000
<i>*Los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados solo de forma oral</i>	72	35,1	39	18,1	0,000
<i>*El niño con TDAH debe ser castigado por sus maestros</i>	8	3,8	10	4,8	0,601
<b>Tratamiento</b>					
<i>El TDAH mejorara en algunos casos sin tratamiento</i>	93	45,3	68	31,9	0,003
<i>Las dificultades relacionadas con el TDAH sin tratamiento persisten toda la vida en la mayoría de los casos</i>	113	53,6	127	61,4	0,065
<i>El TDAH puede ser tratado con la medicación adecuada</i>	164	77,7	155	74,9	0,494

<i>*El tratamiento farmacológico de TDAH es adictivo</i>	104	47,8	72	36,6	0,01
<b>Preguntas libres</b>					
<i>Los niños con TDAH experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia</i>	161	76,3	162	78,3	0,633
<i>El TDAH es un problema importante para el niño</i>	158	74,9	152	73,4	0,735
<i>p: nivel de significancia * Enunciados falsos</i>					