



Conocimientos en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en docentes de Chiclayo, Perú

O Gamarra-Alcalde,^{1,*} J Mendoza-Salazar,¹ F León-Jiménez,²
C León-Alcántara,³ P Campos-Olazabal⁴

¹ Estudiante de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; ² Docente Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú, Médico Internista-Epidemiólogo Clínico, Hospital Regional Lambayeque; ³ Docente Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú, Médico Neuropediatra, Hospital Regional Lambayeque; ⁴ Docente Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú, Médico Neuropediatra, Clínica San Felipe, Lima, Perú.

RESUMEN

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

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge of primary teachers from Chiclayo on the attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) during 2015. **Material and methods:** Cross-sectional design. Single-stage cluster sampling. A questionnaire validated by experts and pilot test was used. Univariate analysis was performed and an exploratory bivariate analysis using Stata 12. **Results:** 434 teachers were interviewed: 211 (48.6%) of private schools and 223 (51.4%) of public. The mean age was 39 years. 74.1% of the teachers believe that ADHD "is a major problem for the child", 42.1% that "drug treatment is addictive", 32.5% that "it can be caused by sugar and other food additives", 29.6% that is caused by "bad parenting and parental abuse" and 8.1% that "It is so prevalent that may be an invention of the doctors". When comparing public and private schools, differences were found in the response to these false statements, "students with ADHD should receive less homework than children without this problem", 39.8% versus 24.6% ($p = 0.001$) "Students with ADHD should be evaluated orally only" 34.1% versus 18.8% ($p = 0.000$), "the pharmacological treatment of ADHD

* Correspondencia: OGA, racso_14_16@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Gamarra-Alcalde O, Mendoza-Salazar J, León-Jiménez F, León-Alcántara C, Campos-Olazabal P. Conocimientos en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en docentes de Chiclayo, Perú. Rev Mex Pediatr 2017; 84(4):134-142. [Knowledge on attention deficit hyperactivity disorder on primary teachers from Chiclayo, Peru]

Financiamiento: Trabajo autofinanciado en su totalidad. Franco León Jiménez, miembro del Comité de Ética e Investigación aprobó el proyecto.

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 desempeño y desarrollo normales con una duración de al menos seis meses.¹

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.

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

is addictive 49.3% versus 34.8% ($p = 0.002$). Teachers with less years of experience had higher frequency of correct answers. **Conclusions:** The knowledge of primary teachers from Chiclayo in relation to ADHD is higher than those found in other studies but still insufficient.

Key words: Attention deficit disorder with hyperactivity, knowledge, school teachers.

Afecta a un número considerable 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.²

De acuerdo con el IMLA (Instituto Médico de Lenguaje y Aprendizaje) la prevalencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en población infantil peruana en el año 2012 fue 5%.³

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 favorecen una sospecha precoz y la derivación de estos niños al especialista. Asimismo, es fundamental la actitud que toman frente a las circunstancias que se presentan con estos niños, debido a que son ellos quienes evalúan diariamente su conducta y desempeño.^{4,5}

La mayor parte de los estudios se ha llevado a cabo en Estados Unidos y Australia. En Latinoamérica la información sobre los conocimientos y actitudes de los docentes frente al TDAH es escasa y en nuestra localidad no existen registros de estudios sobre este tema.⁴

Por lo antes 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 con este trastorno. El objetivo del estudio fue describir los conocimientos de los docentes de primaria frente al TDAH en Chiclayo, durante 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: descriptivo y transversal. **Escenario:** distrito de Chiclayo perteneciente al Departamento de Lambayeque en el norte del Perú.

Población: Docentes de primer a tercer grado de primaria. Según información de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) en Chiclayo hay un total de 144 colegios (103 privados y 41 públicos) donde laboran 866 docentes en los tres primeros grados de primaria (444 en públicos y 422 en privados).

Muestra y muestreo: Muestreo aleatorio estratificado por conglomerados monoetápico, siendo el primer estrato: colegios públicos y privados; los conglomerados dentro de cada estrato fueron los colegios. La segunda unidad de muestreo fueron los grados (de primero a tercero) dentro de cada colegio y la tercera unidad de muestreo fueron las aulas en cada grado. Considerando un nivel de confianza de 95%, un efecto de diseño entre 1.3 y 10% de probabilidad de rechazo, el tamaño de la muestra calculado en Epidat versión 3.1 fue de 434 docentes: 211 de colegios privados y 223 de colegios públicos.

Criterios de exclusión: docentes que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación: cuestionarios con al menos una pregunta no contestada.

Instrumentos de medición: se aplicó un cuestionario de 21 preguntas con categorías de respuesta: verdadero/falso, elaborado originalmente en inglés en el estudio de Ghanizadeh A⁶ y efectuado 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 se utilizó para evaluar conocimientos sobre TDAH en padres de fami-

lia en Lima, Perú. En este estudio el Kuder-Richardson fue mayor de 0.6.⁷

Se obtuvo el permiso del autor del cuestionario para adaptar y modificar algunas preguntas; fue revisado por tres neuropediatras, tres psicólogos y dos epidemiólogos clínicos. Se excluyeron dos preguntas y se agregaron otras tres. El cuestionario final fue de 21 preguntas: conducta (5), tratamiento (4), rendimiento y evaluación (6), etiología (4) y dos preguntas libres. Se realizó un piloto en 35 docentes. No se hicieron cambios luego del piloto. El tiempo promedio para contestar el cuestionario fue 10 minutos.

Plan de análisis: se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas y frecuencias y porcentajes para las categorías. Se hizo un análisis bivariado exploratorio considerando sexo, grado académico, edad categorizada y años de experiencia como docentes como variables independientes y las 21 preguntas como variables dependientes. Se utilizó ji cuadrada (χ^2) con intervalos de confianza de 95% y Stata versión 12.

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.

RESULTADOS

Se abordaron 434 docentes: 360 mujeres (82.9%) y 74 hombres (17.1%); la frecuencia de aceptación fue de 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 fue 38.3 ± 9.6 y en hombres 42.3 ± 8.6 .

En el *cuadro 1* se aprecian las características sociodemográficas de los docentes participantes en el estudio; 82.9% eran mujeres, 65.9% mayores de 35 años, 79.4% tenían grado académico bachiller, 54.6% tenían entre 10 y 29 años de experiencia laboral, 51.3% provenían de colegios públicos y 96.3% mencionaron haber escuchado alguna vez sobre el TDAH.

La fuente referida por los docentes sobre dónde obtuvieron información acerca del trastorno fue: por medio de Internet: 192 (45.9%); capacitación del colegio: 127 (30.3%); radio o televisión: 82 (19.6%); por medio de un familiar o amigo que trabaja en salud: 54 (12.9%) y otras fuentes: 116 (27.7%).

En el *cuadro 2* se muestra la distribución de frecuencias de las respuestas a los 21 enunciados en el

grupo que referían haber escuchado sobre 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*, 42.8% que *las mismas reglas de conducta deberían aplicarse por igual a 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 ocasionado 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*. El resto de los enunciados figuran en el *cuadro 2*.

Análisis bivariado

Al comparar colegios públicos y privados se observaron las siguientes frecuencias con diferencia significativa en los enunciados verdaderos como: *el TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento*: 44.1% versus 32.9% ($p = 0.018$), *los estudiantes con TDAH deben tener menos tareas que los niños sin ese problema*: 39.8% versus

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los participantes.

	N	%
Sexo		
Femenino	360	82.9
Edad		
≤ 35 años	148	34.1
> 35 años	286	65.9
Grado académico		
Bachiller	345	79.4
Maestría	76	17.5
Doctorado	13	2.9
Años de experiencia		
1-9 años	161	37.1
10-29 años	237	54.6
> 30 años	36	8.3
Tipo de colegio		
Público	223	51.3
Privado	211	48.7
* Escuchó alguna vez sobre TDAH**		
Sí	418	96.3

* Si alguna vez en toda su vida escuchó sobre el TDAH, **TDAH = Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

24.6% ($p = 0.001$). Se encontraron las siguientes frecuencias en los enunciados falsos: *los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados sólo de forma oral* 34.1% versus 18.8% ($p < 0.001$), *el tratamiento farmacológico de TDAH es adictivo* 49.3% versus 34.8% ($p = 0.002$) (Cuadro 3).

Al comparar años de experiencia (1-9 años versus 10-29 años versus ≥ 30 años) se hallaron diferencias en los siguientes enunciados: *el TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento*: 39.1% versus 38.4% versus 19.4% ($p = 0.045$), *los niños con TDAH tienen mayor riesgo de ausentismo escolar y/o escaparse de clases*: 81.4% versus 73.4% versus 58.3% ($p = 0.003$), *el TDAH puede ser tratado con la medicación adecuada*: 71.4% versus 77.6% versus 55.6% ($p = 0.003$). Se observó di-

ferencia significativa en el siguiente enunciado falso: *el TDAH es causado por mala crianza y maltrato de los padres*: 25.5% versus 27.4 versus 50% ($p = 0.022$) (Cuadro 4).

Hubo diferencia entre hombres y mujeres en la respuesta a los siguientes enunciados falsos: *las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a niños con TDAH que a niños sin este trastorno* 46.1% versus 26.8% ($p = 0.002$), *el TDAH a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios* 34.9% versus 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% versus 56.3% ($p = 0.010$), *los niños con TDAH tienen mayor riesgo de*

Cuadro 2. Distribución de respuestas del cuestionario en el total de docentes.

	N	%
Los niños con TDAH experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación con sus compañeros	396	94.7
El niño con TDAH es más curioso y movido que sus compañeros en clases	372	89.0
Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de ausentismo escolar y/o escaparse de clases	326	77.9
Los niños con TDAH experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia	323	77.2
El TDAH puede ser tratado con la medicación adecuada	319	76.3
El TDAH es un problema importante para el niño	310	74.1
Los niños con TDAH deben recibir educación especial	226	54.0
El rendimiento escolar de los niños con TDAH es menor que el de sus compañeros sin TDAH	210	50.2
* Las dificultades relacionadas con el TDAH sin tratamiento persisten toda la vida en la mayoría de los casos	178	42.5
* Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a niños con TDAH que a niños sin el problema	179	42.8
* El tratamiento farmacológico de TDAH es adictivo	176	42.1
El TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento	161	38.5
Los estudiantes con TDAH deben tener menos tareas que los niños sin ese problema	135	32.3
* En relación con las notas, los niños con TDAH tienen una inteligencia superior a la de los niños sin TDAH	138	33.0
* El TDAH a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios	136	32.5
* El TDAH es ocasionado por mala crianza y maltrato de los padres	124	29.6
El TDAH se debe a una causa hereditaria	127	30.3
* Los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados sólo de forma oral	111	26.5
Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de convertirse en delincuentes al ser adolescentes	111	26.5
* El TDAH es tan frecuente que probablemente es una invención de los médicos	34	8.1
* El niño con TDAH debe ser castigado por sus maestros	18	4.3

* Enunciados falsos.

convertirse en delincuentes al ser adolescentes: 19.6% versus 28.7% (p = 0.026), los estudiantes con TDAH deben tener menos tareas que los niños sin ese problema: 37.2% versus 28% (p = 0.029). Se detectaron las siguientes

frecuencias en los siguientes enunciados falsos: *las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a niños con TDAH que a niños sin el problema: 47.3% versus 38.1% (p = 0.035), el TDAH es causado por mala*

Cuadro 3. Distribución de las respuestas según tipo de colegio.

	Públicos		Privados		p
	n	%	n	%	
Etiología del trastorno					
El TDAH se debe a una causa hereditaria	60	28.4	67	32.4	0.402
* El TDAH es causado por mala crianza y maltrato de los padres	63	29.9	61	29.5	0.931
* El TDAH a menudo puede ser ocasionado por el azúcar u otros aditivos alimentarios	74	35.1	62	30.0	0.264
* El TDAH es tan frecuente que probablemente es una invención de los médicos	18	8.5	16	7.7	0.764
Conducta					
El niño con TDAH es más curioso y movido que sus compañeros en clases	185	87.7	187	90.3	0.385
Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de ausentismo escolar y/o escaparse de clases	166	78.7	160	77.3	0.734
Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de convertirse en delincuentes al ser adolescentes	53	25.1	58	28.0	0.502
* Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a niños con y sin TDAH	89	42.2	90	43.5	0.789
Los niños con TDAH experimentan más dificultades conductuales y emocionales que sus compañeros	196	92.9	200	96.6	0.068
Rendimiento y evaluación					
Los niños con TDAH deben recibir educación especial	107	50.7	119	57.5	0.098
* En relación con las notas, los niños con TDAH tienen una inteligencia superior a la de los niños sin TDAH	68	32.2	70	33.8	0.730
El rendimiento escolar de los niños con TDAH es menor que el de sus compañeros	112	53.1	98	47.3	0.241
Los estudiantes con TDAH deben tener menos tareas que los niños sin ese problema	84	39.8	51	24.6	0.001
* Los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados sólo de forma oral	72	34.1	39	18.8	< 0.001
* El niño con TDAH debe ser castigado por sus maestros	8	3.8	10	4.8	0.601
Tratamiento					
El TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento	93	44.1	68	32.9	0.018
* Las dificultades relacionadas con el TDAH sin tratamiento persisten toda la vida en la mayoría de los casos	113	53.6	127	61.4	0.065
El TDAH puede ser tratado con la medicación adecuada	164	77.7	155	74.9	0.494
* El tratamiento farmacológico de TDAH es adictivo	104	49.3	72	34.8	0.002
Preguntas libres					
Los niños con TDAH experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia	161	76.3	162	78.3	0.633
El TDAH es un problema importante en el niño	158	74.9	152	73.4	0.735

p = Nivel de significancia, * Enunciados falsos.

crianza y maltrato de los padres: 23% versus 31.5% ($p = 0.041$), *el TDAH a menudo puede ser ocasionado por el azúcar u otros aditivos alimentarios*: 38.5% versus 27.6% ($p = 0.029$).

DISCUSIÓN

En este estudio 54.6% tenían entre 10 y 29 años como docentes. Este tiempo de experiencia debería ir acompañado de un conocimiento más amplio en el manejo de niños con este trastorno. Sin embargo, esto no se evidencia en los resultados.

Del total, 30.3% respondieron que el trastorno se debe a una *causa hereditaria*, resultado similar al encontrado por Nur en Turquía en 2008; 32.2% de los docentes señalaron que el trastorno está asociado a *vulnerabilidades biológicas y causas genéticas*.⁸ Ahmad recogió esta opinión en 46,9% de los docentes en Irán.⁹

En nuestro estudio 29.6% de los entrevistados afirmaron que el trastorno es consecuencia de una *mala crianza y maltrato de los padres*, en comparación con los estudios de Nur y Ahmad quienes recogieron esta opinión en 65.5% y 53.1%, respectivamente.^{8,9} En el

Cuadro 4. Diferencias en las respuestas según años de experiencia.

	1-9 años		10-29 años		≥ 30 años		p
	n	%	n	%	n	%	
El TDAH se debe a una causa hereditaria	47	29.2	78	32.9	2	5.6	0.001
El TDAH mejorará en algunos casos sin tratamiento	63	39.1	91	38.4	7	19.4	0.045
* El TDAH es causado por mala crianza y maltrato de los padres	41	25.5	65	27.4	18	50.0	0.022
Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de ausentismo escolar y/o escaparse de clases	131	81.4	174	73.4	21	58.3	0.003
Los niños con TDAH deben recibir educación especial	81	50.3	132	55.7	13	36.1	0.041
* En relación con las notas, los niños con TDAH tienen una inteligencia superior a la de los niños sin TDAH	50	31.1	68	28.7	20	55.6	0.012
* Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a niños con TDAH que a niños sin el problema	79	49.1	86	36.3	14	38.9	0.036
Los niños con TDAH experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación con sus compañeros	147	91.3	218	92.0	31	86.1	0.046
Los estudiantes con TDAH deben tener menos tareas que los niños sin ese problema	61	37.9	70	29.5	4	11.1	0.003
* Los estudiantes con TDAH deberían ser evaluados sólo de forma oral	43	26.7	66	27.8	2	5.6	0.005
El TDAH puede ser tratado con la medicación adecuada	115	71.4	184	77.6	20	55.6	0.003

p = Nivel de significancia, * Enunciados falsos.

estudio de Ahmad, 64.8% opinaron que *las mismas reglas disciplinarias pueden aplicarse a niños con y sin el trastorno*. En nuestro estudio 42.8% de los encuestados emitieron esta opinión.⁹ Según estos resultados los docentes de Chiclayo tendrían un mejor conocimiento en estos aspectos, lo que contrasta con el dato de que sólo 30.3% mencionaron haber recibido capacitación sobre TDAH en los colegios. Probablemente el acceso hoy en día a las tecnologías de la información puede ser el medio que permite una actualización más fluida en relación con este tipo de problemas, aunque también contrasta con el dato de que 96.3% mencionaron que sí habían oído sobre el tema.

Hala A Malik en Bahrein (Asia) observó en 2005 que 74% de los docentes respondieron que el trastorno es *tratable por medicamentos*,¹⁰ resultado similar al 76.3% hallado en nuestro estudio y menor del 87% de un estudio danés en 2012.¹¹ Estas cifras evidencian que la gran mayoría saben que el uso de fármacos es parte del tratamiento.

En relación con la dieta y el TDAH en el estudio de Bahrein 52% de los encuestados pensaban que el TDAH se debía a un *exceso de azúcar en los alimentos*¹⁰ y en el estudio de Jensen en Dinamarca 44% consideraron la dieta como causa fundamental del trastorno,¹¹ a diferencia de nuestro estudio que reveló 32.5%, lo que sugiere un mejor conocimiento de los docentes de este estudio en relación con el TDAH y la dieta. Cabe mencionar, sin embargo, que el consumo de algunas sustancias como chocolates, taurina y otros pueden exacerbar algunos síntomas.^{12,13}

Hubo algunas diferencias entre público y privado en ciertos enunciados y según los años de experiencia, los docentes con 10 a 29 años de experiencia tenían conocimientos más amplios que los recién egresados y que los que tenían más de 30 años. Los hombres mostraron menor frecuencia de error en dos enunciados falsos: *las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a niños con TDAH y sin TDAH y el TDAH a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios*. Desconocemos la razón de esta diferencia. Otros estudios tampoco revelaron diferencias entre hombres y mujeres.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Daniel en la India en 2013 donde evaluaron el conocimiento de los docentes de primaria con respecto a los primeros síntomas de trastornos psiquiátricos infantiles. Se halló que los docentes de colegios públicos tenían conocimientos más amplios que los docentes de colegios privados y que los docentes con menos años de experiencia tenían conocimientos más amplios que los docentes con más tiempo en el sector educativo.¹¹

Al detectar a un niño con problemas de conducta y aprendizaje, es importante que el docente coordine con el orientador o especialista en psicopedagogía del colegio y se converse con los padres para que sea evaluado por un neuropediatra y psicólogo. Lo fundamental en este trastorno es la historia y observación clínica en los diferentes ambientes (hogar y colegio), guiada por el especialista en colaboración con los padres y docentes, ofreciendo información regularmente sobre la conducta del niño.¹⁴ De manera paralela, el docente puede hacer modificaciones estructurales en el entorno y estilo educativo, adaptándolo a las dificultades de cada uno de los niños con TDAH para elevar su aprendizaje y rendimiento, mejorando su pronóstico y disminuyendo el impacto en la calidad de vida.⁴ Lo anterior 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*. Asimismo, el dato de que 8.1% de los encuestados piense que *esta entidad puede ser una invención de los médicos* es preocupante, lo que hace pensar que todavía es insuficiente el conocimiento que existe en torno al TDAH, sustentando la necesidad de capacitación permanente de los docentes en estos tópicos.

Con relación al desempeño docente en estos niños se hallaron cuatro revisiones sistemáticas de estudios cualitativos y cuantitativos.¹¹

En la primera revisión sistemática (54 estudios, 36 ensayos clínicos) sobre efectividad y costo-efectividad de intervenciones no farmacológicas en los colegios en niños con o en riesgo de desarrollar TDAH se observó mejora significativa tanto en impulsividad, $p = 0.001$ como en inatención/hiperactividad, $p = 0.001$.¹⁴ Este dato refuerza la idea de la importancia del docente.

En la segunda revisión de estudios cuantitativos de actitudes en relación con intervenciones no farmacológicas se detectó que el envío del registro diario del comportamiento del niño en clase por parte del docente a los padres fue la única intervención en la que se evidenciaron actitudes positivas por parte de los docentes.¹⁴ Lo anterior 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 sobre intervenciones no farmacológicas en la escuela se evidenció que la opinión de los entrevistados era que las estrategias tenían leve impacto en el mejoramiento del rendimiento académico.¹⁴ 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. Esta revisión reveló que los docentes visualizaban su aula como un todo y pensaban que les era difícil adaptarse 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 señalaron que el problema tenía un trasfondo influenciado por la crianza de los padres o un origen biológico.¹⁴ En este punto el concepto de “colegio de inclusión” tiene una serie de debilidades.^{15,16} Por una parte el tiempo insuficiente de los profesores para atender las necesidades de todos los niños, incluidos los que tienen esta dificultad y por otra parte el déficit en capacidades para afrontar 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.¹⁷ La interacción médico-docente y mejor aún docente-familia-médico es fundamental.

Estos resultados sugieren que el conocimiento de los docentes de Chiclayo con respecto al TDAH no es el ideal pero es mejor que el 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 mejor 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 “conocimiento más amplio” sólo por azar. Con respecto al cuestionario no se calculó consistencia interna, sólo se aplicó un piloto y una revisión por expertos. Sin embargo, consideramos 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 llevar a cabo en el aula; para lograrlo requieren poseer del conocimiento teórico de la enfermedad y herramientas prácticas de intervención. Es necesario que los colegios den capacitaciones o impartan cursos periódicos sobre aspectos prácticos relacionados con el trastorno.^{18,19}

CONCLUSIONES

El medio reportado por el que los docentes obtuvieron mayor información sobre TDAH fue Internet.

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

Los docentes con menos años de experiencia parecen poseer conocimientos más sólidos de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association 2013.
2. Herrera G. Reflexiones sobre el déficit atencional con hiperactividad y sus implicancias educativas. *Horizontes Educativos (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
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): 285-290.
5. Stevens J, Quittner AL, Abikoff H. Factors influencing elementary school teachers ratings of ADHD and ODD behaviors. *J Clin Child Psychol*. 1998; 27(4): 406-414.
6. 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>.
7. 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.
8. Nur N, Kavak O. Elementary school teachers' knowledge and attitudes related to attention deficit hyperactivity disorder. *HealthMED*. 2010; 4(2): 350-355.
9. 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>
10. 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*. 2013; 35 (3): 136-138.
11. Mohr-Jensen C, Steen-Jensen T, Bang-Schnack M, Thingvad HJensen 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. *J Atten Disord*. 2015; pii: 1087054715599206.
12. Jacobson F, Schardt D. *Diet ADHD and Behavior a quarter century review*. Washington, D.C. Center for Science in the Public Interest, 1999.
13. 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.
14. 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; 35(4): 368-372.
15. *Guidelines for inclusion: Ensuring Access to Educational for All.* Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2005.
 16. Teacher Education For Inclusion. *International Literature Review.* European Agency for Development in Special Needs Education; 2010.
 17. 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): 1-470.
 18. 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. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. *Pediatrics.* 2011; 128(5): 1007-1022.
 19. 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.