



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES SOBRE EL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
EN INSTITUCIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN LIMA - 2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA**

**PRESENTADO POR
CÉSAR RODRIGO GARCÍA DE LA PUENTE**

**ASESOR
JOSE SANDOVAL PAREDES**

**LIMA - PERÚ
2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES SOBRE EL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
EN INSTITUCIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN LIMA - 2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

TITULO EN SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

PRESENTADO POR:

CÉSAR RODRIGO GARCÍA DE LA PUENTE

ASESOR

DR. JOSE SANDOVAL PAREDES

LIMA, PERÚ

2023

NOMBRE DEL TRABAJO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES SOBRE

AUTOR

CÉSAR RODRIGO GARCÍA DE LA PUENTE

RECUENTO DE PALABRAS

8840 Words

RECUENTO DE CARACTERES

50512 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

33 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

622.9KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 13, 2023 8:49 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 13, 2023 8:50 AM GMT-5**● 20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente

ÍNDICE

	Págs
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivo.....	4
1.4 Justificación	4
1.5 Limitaciones	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	12
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Hipótesis	20
3.2 Variables y su definición operacional.....	20
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1 Diseño metodológico	22
4.2 Diseño muestral:.....	22
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos.....	23
4.4 Procesamiento y análisis de datos.....	23
4.5 Aspectos éticos.....	24
CRONOGRAMA	25
PRESUPUESTO	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	30
Matriz de consistencia	30
Instrumento de recolección de datos	31

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

A nivel internacional, se cuenta con diversos antecedentes relacionados al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en los que se evidencia la importancia del rol que cumplen los profesores en la identificación temprana y seguimiento de pacientes con dicha patología⁽¹⁻⁶⁾. Si bien los cuidadores (padre, madre, etc.) pueden dar un alcance sobre cómo se desenvuelven los pacientes en casa, es de suma importancia conocer el comportamiento presentado durante el período escolar. Por ello, el reporte que puede brindar un profesor correctamente capacitado resulta fundamental para el diagnóstico y tratamiento temprano, así como, en el seguimiento a corto y largo plazo^(1,2).

El TDAH es la enfermedad psiquiátrica más prevalente en la población pediátrica, considerada una enfermedad discapacitante, interfiriendo con el desarrollo social y emocional, afectando directamente el rendimiento escolar⁽⁷⁻⁹⁾. Por consiguiente, el manejo de estos pacientes supone un reto tanto para el médico, como para los padres y profesores⁽⁴⁾.

En Estados Unidos, según la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA [PL-101-476]), el TDAH se considera una discapacidad, pudiendo calificar para recibir educación especial o servicios relacionados. Por ello, se les debe proveer de acomodaciones especiales en los colegios privados e incluso durante la educación superior; garantizando así, una educación enfocada basada en sus necesidades, obligando a la institución y al docente a dar las facilidades en cuanto a reportes conductuales, lo que permitirá el desarrollo e integración del paciente^(1,2).

Sin embargo, a nivel nacional, existen limitados estudios que evalúen el nivel de conocimiento de los profesores de inicial y primaria respecto a esta enfermedad, así como la ausencia de leyes o normativas que garanticen un correcto apoyo de la institución educativa en el manejo de estos pacientes⁽¹⁰⁻¹²⁾. Por consecuencia, el nivel de conocimiento es dependiente de las capacitaciones que los docentes reciban, ya sea por iniciativa propia o de la institución educativa. En tal sentido, resulta relevante determinar el nivel de conocimiento

de los profesores en nuestro medio, así como los factores sociodemográficos que pudiesen estar asociados, con lo cual se podrán sentar precedentes para intervenciones posteriores

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023?

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento sobre síntomas/diagnóstico del TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023

Determinar el nivel de conocimiento sobre tratamiento del TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023

Determinar el nivel de conocimiento generales sobre TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023

Comparar el nivel de conocimiento sobre TDAH entre profesores de institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Esta investigación es relevante debido al rol esencial que juegan los profesores en la vida de los escolares, pudiendo generar gran impacto en el diagnóstico temprano, así como en el seguimiento posterior del TDAH, mejorando la integración del paciente a la escolaridad, así como brindando facilidades para una adecuada adherencia al tratamiento.

Los profesores comparten una gran parte del día con sus estudiantes, conociendo cómo es que se desarrollan normalmente dentro de un salón de

clases y cuál es su respuesta frente al estrés académico en que son sometidos. Por lo cual, con la formación adecuada, deberían encontrarse en la capacidad de ser fundamentales en el reconocimiento y detección de aquellos alumnos que no se adaptan adecuadamente.

Por otro lado, el determinar el nivel de conocimiento de los profesores, presentará un aporte esencial para futuros estudios y así dirigir nuevas líneas de investigación relacionadas a la misma. Asimismo, puede orientar intervenciones posteriores, ya sea, para crear programas de apoyo a los pacientes que conviven con esta patología, o para crear estrategias para mejorar el nivel de conocimiento de los profesores.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El presente proyecto de investigación se considera viable, ya que se cuenta con el permiso de las instituciones educativas en las que se aplicará la encuesta, la cual será de fácil ejecución al realizarse en un formato virtual.

Además, es factible debido a que el instrumento de medición (encuesta) que se utilizará para la ejecución, se encuentra accesible y ha sido utilizado previamente en estudios de similares características ^(13,14). Finalmente, es importante recalcar que este proyecto será autofinanciado.

1.5 Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio son propias al instrumento usado; tales como, sesgos derivados del diseño y diagramación de la encuesta; como también sesgos de memoria, debido a un mínimo esfuerzo o al uso de fuente secundaria al realizar el cuestionario.

Al ser un estudio centrado en una institución pública y una institución privada, los datos que pudiesen resultar no son extrapolables más allá de la población objetivo. Para dicho fin, es necesario replicar estudios de similares características al presente, con una población objetivo más amplia.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En 2021, Soriano M y Echegaray J, realizando un estudio que buscó comparar los conocimientos y creencias sobre el TDAH de los profesores en el Perú, comparando los grupos según su experiencia previa como docentes y directamente con alumnos con TDAH. Se empleó un diseño descriptivo, estudiando a 264 profesores, utilizando los siguientes instrumentos: escala la escala de conocimiento de TDAH (KADDS), índice de estrés de enseñanza (ITS) y un cuestionario sociodemográfico. Obteniéndose como resultados, que los profesores con experiencia tuvieron mayores respuestas correctas, los que habían trabajado con pacientes con TDAH tuvieron mayor estrés docente, aunque mayor autoeficacia, mostrando un mayor conocimiento sobre TDAH. Concluyendo, que existe una correlación positiva entre la experiencia laboral (posgrados, años de experiencia y exposición previa a menores con TDAH) y el conocimiento sobre esta enfermedad ⁽¹²⁾.

En 2017, Gamarra-Alcalde O et al, buscaron describir los conocimientos sobre TDAH en docentes en Chiclayo – Perú, siguiendo un diseño descriptivo transversal; incluyendo un muestreo por conglomerado monoetápico, aplicándose un cuestionario de 21 preguntas validado por expertos. En la investigación se incluyeron 434 docentes, siendo el 48.6% de colegios privados y el 51.4% de públicos. Obteniéndose como resultados principales que el 74.1% cree que el TDAH es un problema importante para el escolar, el 42.1% cree que el tratamiento farmacológico es adictivo, el 32.5% que pueda ser causado por el azúcar o por alguna otra adicción dietética y el 29,6% que es causada por mala crianza por abuso. Adicionalmente, encontró algunas diferencias entre colegios públicos y privados, sobre si los niños con TDAH deberían tener menos tareas (39.8% vs 24.6%) y sobre la creencia que si el tratamiento farmacológico es adictivo (49.3% vs 34.8%). Además, encontraron un mayor nivel de conocimiento en los profesores con experiencia entre 10-29 años. Concluyendo, que el conocimiento sobre TDAH, en aspectos de dieta y biología fue superior al de investigaciones similares, así como que los docentes con menor experiencia parecieran tener conocimientos más sólidos sobre la enfermedad ⁽¹¹⁾.

Molina-Monsiváis J y Cevantes-Herrea A, publicaron en 2020, un estudio buscando comparar los conocimientos y actitudes de los profesores de educación básica en México y Argentina. Se empleó un estudio descriptivo, estudiándose a 48 docentes (24 de cada país), utilizando como instrumento el cuestionario ASKAT. Los resultados mostraron un nivel de conocimiento entre “bajo” y “suficiente”, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos. Concluyendo que los maestros necesitan conocer más sobre el TDAH, necesiéndose de más investigaciones sobre los conocimientos y actitudes de los docentes hacia esta enfermedad, con el objetivo de desarrollar programas de capacitación y formación, enfocados en la necesidad de los profesores ⁽¹⁵⁾.

En 2013, Palacios-Cruz L et al, desarrollaron un estudio con el objetivo de evaluar y comparar los conocimientos y creencias de los docentes sobre TDAH en tres países latinoamericanos. Se empleó un estudio descriptivo, utilizándose la Célula de Autoreporte para docentes de TDAH, incluyéndose en el estudio a 311 profesores de escuelas públicas y privadas. Los resultados fueron, 79.3% consideró al TDAH como una enfermedad, considerando en una 44.1% al psicólogo como el profesional ideal para el manejo, por otro lado, solo el 14.7% reconoce el tratamiento farmacológico como el más importante, con algunas diferencias entre países en el grado de impacto y la necesidad de tratamiento combinado. Se concluyó, que los maestros reconocieron al TDAH como una enfermedad, con pobre reconocimiento de sus aspectos biológicos ⁽¹⁶⁾.

Saad S et al, investigaron en el 2022 el conocimiento sobre TDAH en los profesores de nivel primaria, en Sharjah-EAU. El diseño es descriptivo transversal, recolectándose datos de 239 docentes de colegios privados y 25 de colegios públicos, aplicándose el cuestionario KADDS. En los resultados se observa, que el 56.3% tenían conocimiento sobre los signos y síntomas de TDAH, teniendo mayor conocimiento los profesores de colegios privados, siendo los principales medios para obtener información: talleres laborales (32%), redes sociales (23%), amigos y familiares (12%). Se concluyó, que el nivel de conocimiento era inadecuado, debiendo potenciarse mediante talleres laborales y eventos sociales, así como en campañas promocionales ⁽¹⁷⁾.

Ward R et al, en 2022, buscaron sintetizar la evidencia sobre la eficacia del entrenamiento de profesores en TDAH. Se empleó una revisión sistemática de 6

bases de datos electrónicas, analizándose las diferencias de medias estandarizadas (SMD) de los metaanálisis, incluyéndose 29 estudios y 22 metaanálisis. Los resultados mostraron, SMD de conocimiento de profesores en post test de 1.96 (IC 95%, 1.48, 2.43) y en el seguimiento de -1.21 (-2.02, -0.41). Concluyendo, que los programas de entrenamiento pueden ser eficaces en mejorar el conocimiento inicialmente, sin embargo, la evidencia en la reducción del comportamiento de los estudiantes posterior a la intervención es inconsistente ⁽¹⁸⁾.

En 2022, McDougal et al, estudiaron el entendimiento sobre el TDAH en profesores y alumnos en salones de primaria. El estudio es de tipo cualitativo, el cual incluyó 10 escolares de nivel primaria (6-11 años) con TDAH y 6 de sus profesores, realizándose entrevistas semiestructuradas enfocadas en el conocimiento sobre TDAH, las fortalezas y retos en el colegio; y las estrategias para apoyar estos retos. Los resultados, muestran la autopercepción de los escolares y la de sus profesores, sugieren un pobre entendimiento de los pacientes sobre su enfermedad, a su vez, los profesores mostraron un conocimiento centrado en los síntomas más importantes y las dificultades asociadas. El estudio concluye enfatizando la necesidad de estudios posteriores para mejorar el conocimiento y entendimiento de TDAH ⁽¹⁹⁾.

En 2021, Lai-Chu S et al, compararon el conocimiento de TDAH entre la público en general, padres y profesores de nivel primaria. El diseño es de tipo descriptivo transversal, se incluyó a 515 profesores, 64 padres y 122 en el grupo general, los cuales fueron evaluados mediante un cuestionario. Los resultados mostraron una diferencia significativa en el conocimiento de los profesores 75.3%, vs padres 65.5% vs general 59.2%, en el público en general el rendimiento disminuyó con la edad. El estudio concluye, sugiriendo campañas de educación y promocionales sobre TDAH, resaltando los problemas asociados en la falta de medicación ⁽²⁰⁾.

Gregorio J, estudio en el 2021 la percepción de los profesores de nivel primaria sobre la farmacoterapia en el TDAH. El estudio evaluó a 107 docentes, los cuales fueron evaluados mediante un cuestionario, centrando el entrenamiento sobre TDAH, experiencia previa, conocimiento sobre cambios en medicación y efectos adversos de estos. Los resultaron muestras, el 40% recibió entrenamiento, pero

en la mayoría este no incluyó el tratamiento, 91.6% ha tenido alumnos con TDAH y ha observado alteraciones conductuales asociadas a la medicación, el 24% ha detecto reacciones adversar a los medicamentos en sus alumnos. La conclusión fue que el estudio refuerza la necesidad del entrenamiento de los profesores en TDAH y su terapéutica ⁽²¹⁾.

Alshehri A et al, publicaron en 2021 un ensayo aleatorizado controlado sobre la efectividad de un programa de mejoramiento del conocimiento sobre TDAH en Arabia Saudita. El ensayo incluyó a 100 profesores de nivel inicial, agrupados aleatoriamente en grupo de ensayo y control, todos fueron evaluados mediante cuestionarios, después al grupo de intervención se le incluyó en el programa por 2 días, al finalizar la misma a ambos grupos se les volvió a aplicar el mismo cuestionario, repitiéndose 3 meses después. En los resultados, se obtuvo un adecuado conocimiento en el 16% y 22%, del grupo ensayo y control, respectivamente. Sin embargo, se evidenció una mejoría significativa después de la intervención, la cual disminuyó levemente 3 meses después. Se concluyó, que la mayoría de los profesores tienen un nivel inadecuado de conocimiento sobre TDAH, por lo que se debe considerar un programa de mejoramiento⁽²²⁾.

En 2020, Staff et al, publicaron un estudio sobre la validez de las escalas de profesores de valoración de síntomas de TDAH en el salón de clases. El diseño del estudio es una revisión sistemática y metaanálisis, incluyéndose 22 estudios (3947 niños). Los resultados muestran validez convergente con una fuerte correlación sobre el comportamiento hiperactivo-impulsivo, además confirma la validez divergente. Concluyendo, que las escalas de valoración muestran una adecuada validez, con una buena reacción tiempo-eficiencia, sin embargo, hay limitada validez de las entrevistas semiestructuradas ⁽³⁾.

Murtani et al publicó, en 2020, una investigación sobre conocimiento, entendimiento, percepción y actitud sobre TDAH en miembros de la comunidad, profesores de primaria, estudiantes de medicina, profesionales de la salud en Indonesia. El diseño es descriptivo transversal, usando como herramienta un cuestionario, participaron 1536 personadas en el estudio. En los resultados se observa que la mayoría de los participantes tenían un conocimiento pobre o muy pobre, con un porcentaje de respuestas de 56.8% en miembros de la comunidad, 58.9% profesores, 60.4% estudiantes de medicina, médicos generales 54.9%,

pediatras 65.6% y psicólogos 52.1%. Concluyendo que se requiere mayor educación sobre TDAH, con el fin de lograr un mejor manejo de la enfermedad⁽²³⁾.

En el 2019, Rushton S et al, investigaron el rol de la relación estudiante-maestro con respecto a la relación entre TDAH y el compromiso escolar. El diseño fue descriptivo longitudinal, incluyendo a 498 estudiantes de 43 colegios distintos, haciéndoles un seguimiento a los 36 meses. Los resultados revelaron una relación negativa significativa entre el compromiso escolar y los síntomas de TDAH, la cual se debió parcialmente a la afectación en la relación estudiante-maestro. Las conclusiones fueron que los hallazgos resaltan el impacto de los síntomas de TDAH con el compromiso escolar, adicionalmente, debido al rol de la relación estudiante-maestro, intervenciones que traten de mejorar dicha relación potencialmente podrían mejorar el pronóstico a largo plazo ⁽⁶⁾.

Miranda A et al publicaron, en 2018, un estudio sobre los conocimientos de los docentes de colegios públicos en Sabaneta, Antioquia – Colombia. Se utilizó un diseño descriptivo transversal, en el que participaron 62 profesores, los cuales fueron evaluados con el cuestionario KADDS. Los resultados muestran que los docentes contestaron correctamente 48.52% de los ítems, con un 69.35% en la subescala síntomas/diagnóstico, 45.30% en tratamiento y 38.6% en información en general. Concluyeron, según la información obtenida, se reafirma la necesidad de intervención posteriores, con el fin de mejorar las técnicas de enseñanzas ⁽²⁴⁾.

En 2018, Al-Moghamsi E y Aljohani A, investigaron el conocimiento sobre TDAH en profesores de nivel inicial. El diseño es de tipo descriptivo transversal, incluyendo a 416 profesores, usando como instrumento el cuestionario KADDS. Los resultados mostraron un conocimiento promedio de 38%, dividiéndose en información en general, síntomas/diagnóstico y tratamiento, con 41.6%, 41.7% y 30.7%, respectivamente. Teniendo como conclusión, que el conocimiento en el grupo estudiado es subóptimo, en especial en lo que se refiere a tratamiento ⁽²⁵⁾.

En 2021, Dessie M et al, publicaron un estudio sobre el conocimiento y aptitudes de los profesores de nivel inicial sobre TDAH en Gondar – Etiopía. El diseño fue descriptivo transversal, incluyéndose 636 profesores, los cuales fueron evaluados mediante cuestionario KADDS. Los resultados muestran 44.8% tienen

buen conocimiento y el 84.1% tienen buena actitud frente al TDAH. Tener un título o superior se asoció a mayor conocimiento. El estudio concluye, mencionando que el conocimiento es bajo, sin embargo, tienen una actitud satisfactoria, por lo que sugieren fortalecer el sistema educacional, mediante panfletos o instalando un sistema de internet ⁽²⁶⁾.

Awadalla N publicó, en 2016, una investigación sobre el rol de los profesores en la identificación de niños con TDAH en colegios de primaria de Mansoura – Egipto. El estudio planteó la evaluación de docentes antes y después de un programa de 2 días, se incluyó a 39 profesores, los cuales usaron escala de medición de TDAH en 873 escolares. Los resultados mostraron un conocimiento preentrenamiento de 17.9% a 46.2%, los cuales mejoraron a 69.2-94.9% en el post entrenamiento. En conclusión, el estudio enfatiza la necesidad de mejorar el conocimiento de los profesores sobre TDAH y de los factores de riesgo modificables ⁽⁵⁾.

En 2015, Mohr-Jensen et al, publicaron un estudio sistemático sobre el conocimiento de los profesores sobre TDAH en Dinamarca. El diseño fue descriptivo, utilizando cuestionarios como instrumento, el cual se aplicó en 528 profesores. En los resultado se observó que el 79-96% identificó los síntomas de TDAH y el 75-98% las intervenciones efectivas en el salón de clases, sin embargo, el conocimiento sobre etiología, pronóstico y tratamiento fue inconsistente entre los evaluados. La conclusión del estudio fue se requiere un adecuado conocimiento sobre TDAH en los profesores, para que puedan incluir y manejar de manera satisfactoria a los escolares con esta patología ⁽²⁷⁾.

Soroa M et al, en el 2014, realizaron un estudio con la finalidad de realizar un cuestionario que logre medir el conocimiento de los profesores sobre TDAH. El estudio incluyó a 526 profesores de 57 colegios del País Vasco – España, el cuestionario tuvo 4 áreas de evaluación: etiología, síntomas/diagnóstico, información general y tratamiento. Los resultados mostraron una adecuada validez externa. Por lo que se concluyó que el instrumento era válido y confiable para evaluar el conocimiento de profesores sobre TDAH ⁽²⁸⁾.

En 2013, Plattner et al, estudiaron el conocimiento sobre TDAH de los profesores en Tirol – Austria. El diseño fue descriptivo, se incluyeron a 98 profesores, el

instrumento utilizado fue un cuestionario prevalidado de 43 ítems. Los resultados mostraron que los profesores tenían un buen conocimiento general sobre la enfermedad, sin embargo, hubo un pobre conocimiento sobre las causas y el tratamiento de esta. Se concluyó que hay una falta de conocimiento en los subtemas de causas y tratamiento de la enfermedad, encontrándose una buena disposición de los encuestados en ser instruidos en estas áreas ⁽²⁹⁾.

2.2 Bases teóricas

Información general: El Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad, es una enfermedad que se desarrolla en la niñez usualmente antes de los 6 años, pudiendo presentarse como síntomas de hiperactividad/impulsividad o inatención. Dichos síntomas tienen repercusión en el correcto funcionamiento social, emocional, conductual, académico y cognitivo de los pacientes ⁽³⁰⁾.

Según NHIS (National Health Interview Survey), se estima una prevalencia del 2-18% en general, siendo del 9-15% en la edad escolar, teniendo una predisposición por el sexo masculino 14% vs 6% del sexo femenino. Con una relación de mujer a hombre del 4:1 en hiperactividad/impulsividad y de 2:1 en inatención ⁽⁷⁻⁹⁾.

Patogénesis: La fisiopatología por el cual se desarrolla esta enfermedad no tiene un mecanismo establecido, sin embargo, existen algunas teorías que se están estudiando, las cuales explican parcialmente. El desbalance en el metabolismo de las catecolaminas en la corteza cerebral es un mecanismo conocido, que si bien no explica completamente todos los cambios anatómofisiológicos de la enfermedad, si se ha relacionado con la misma, existen algunos estudios en animales que muestran como las catecolaminas están involucradas en modular funciones corticales complejas, tales como la atención, alerta, vigilia, y funciones ejecutoras ⁽³¹⁾. En la enfermedad, hay aumento en la densidad de transportadores de dopamina, la cual usualmente inhibe estos mecanismos. Por otro lado, se han descrito alteraciones genéticas asociadas, las cuales no son específicas, pero hay investigaciones en las que se demuestra un aumento en la probabilidad en familiares de primer grado, así como en estudios en gemelos ^(31,32).

En los pacientes con TDAH podremos encontrar algunos cambios anatómicos en el sistema nervioso central, los cuales se pueden estudiar con exámenes de imágenes como tomografía o resonancia ^(33,34). Se puede encontrar una disminución de la masa tanto cerebral como cerebelar, así como en el cuerpo calloso, la corteza prefrontal y cingulada. Adicionalmente, existen otras alteraciones descritas, tales como un aumento de la materia gris parieto-cortical, una asimetría reversa o ausente del núcleo caudado y una menor activación global y de los ganglios basales y del lóbulo frontal, esto también podría tener una correlación clínica, ya que como se conoce los ganglios basales se encargan de las funciones ejecutoras y la corteza prefrontal de la inhibición de determinadas respuestas motoras⁽³⁵⁾. Estos cambios tienen especial relevancia terapéutica al ser áreas conocidas donde actúa el Metilfenidato, el cual es un estimulante importante usado en el control de esta patología ⁽³⁶⁾.

Cuadro clínico: Esta patología, tiene tres cuadros típicos de presentación, se podría presentar con síntomas principales de hiperactividad e impulsividad, orientados en la inatención o un patrón mixto ^(1,2).

Los síntomas de hiperactividad e impulsividad suelen venir juntos, presentándose a un niño intranquilo y/o incapaz de inhibir un determinado comportamiento. Los pacientes van a presentar los siguientes signos o síntomas: inquietud excesiva, dificultad para permanecer sentado, sensación de intranquilidad, correr o trepar inapropiadamente (en especial en niños pequeños), dificultad para jugar tranquilamente con sus pares, un habla excesiva, dar respuestas demasiado rápido, siendo incapaces de esperar un turno, llegando incluso a interrumpir a otros. Estos síntomas inician alrededor de los 4 años de edad y aumentan por los próximos 3-4 años, llegando a un pico a los 7-8 años, permaneciendo hasta la adolescencia. Los síntomas de hiperactividad suelen disminuir en la adolescencia, quedando posteriormente solo como una sensación de intranquilidad, percibiendo una incapacidad de quedarse quietos, pero pudiendo controlar síntomas de mayor intensidad. Por otro lado, los síntomas de impulsividad persisten toda la vida, pudiendo mostrarse en la adolescencia, como conductas de riesgo, teniendo problemas con el uso y abuso de sustancias, predisposición por conductas sexuales de riesgo, así como problemas con la conducción ^(1,2).

En el subtipo de inatención, el cuadro clínico se presenta como un niño con incapacidad para concentrarse, con disminución de la velocidad de procesamiento y respuesta, asociándose a problemas cognitivos y académicos. Los principales signos y síntomas son: falla en atender detalles, teniendo errores por descuido, dificultad para mantener la atención en juegos, colegio y en actividades en casa; niños que parecieran no escuchar incluso al hablarles directamente, no siguen indicaciones, pierden objetos requeridos para tareas o actividades, distraiéndose fácilmente ante los estímulos, por lo que tienen dificultad para organizar deberes, actividades y tareas, evitando tareas que requieran un trabajo mental constante y/o complejo. Estos síntomas suelen aparecer a los 8-9 años de edad, permaneciendo durante toda la vida ^(1,2).

Por todo lo tanto, se debe sospechar de esta enfermedad en todos los niños mayores de 4 años que presente algunos de los signos o síntomas previamente descritos, así como en los que presentes quejas asociadas a estos, tales como una baja performance en el colegio, dificultad para hacer y mantener amigos, dificultad en los deportes, dificultad para deberes en la casa, etc. ⁽²⁾.

Evaluación: Este tipo de niños deben seguir un correcto estudio con la finalidad de estudiar todos los posibles ámbitos en las que la enfermedad se podría expresar y/o en las que podría afectar. Centrándose en una correcta evaluación médica, evaluando el desarrollo de la enfermedad, educando a los cuidadores y buscando enfermedades coexistentes ^(31,37).

Dentro de la evaluación médica, se debe indagar sobre el historial del paciente, en cuanto a exposiciones perinatales a tabaco, alcohol, drogas, así como infecciones o traumas, se debe conocer el historias familiar, alteraciones en sueño vigilia, problema con el desenvolvimiento del paciente en el colegio, si es que tuviese algún problema de aprendizaje, con el trabajo cooperativo o que el cumplimiento de tareas, preguntándole si es que se siente feliz en este ambiente. De la misma manera, se debe hacer un correcto examen físico, el cual suele ser normal, pero ayuda a excluir alguna patología orgánicas, problemas con la audición – visión, problemas de coordinación, alteración de la comunicación verbal y no verbal, la presencia de tic y/o de signos o síntomas del Trastorno de Espectro Autista. En todo momento se debe evaluar la interacción que tiene el paciente con el cuidador ^(2,37).

El desarrollo de la enfermedad debe evaluarse desde la aparición de los síntomas, haciendo el seguimiento al curso de la enfermedad, buscando alteraciones funcionales que estos síntomas pudiesen provocar. Por otro lado, siempre se debe buscar cualquier suceso externo en la vida del paciente que pueda explicar los síntomas, como problemas emocionales, médicos y/o en el desarrollo. Adicionalmente, se debe estudiar si el paciente ha logrado correctamente los hitos del desarrollo esperados para su edad, particularmente en lo que al lenguaje se refiere ^(2,37,38).

Existen diversas escalas de comportamiento, las cuales pueden ser aplicadas por los cuidadores, los profesores y por el personal médico, estas pueden ser específicas para TDAH o más amplias. Las escalas específicas están enfocadas en detectar los síntomas centrales, teniendo una sensibilidad y especificidad mayor al 90%, algunas de estas escalas son: NICHQ (Vanderblit Assessment Scales National Initiative for Children's Healthcare Quality) utilizada en niños mayores de 4 años, CCBRS (Conner comprehensive Behavior Rating Scales) validada en preescolares y ADHD Rating Scale IV. De la misma forma, se pueden aplicar escalas más amplias, que no tienen tanta sensibilidad y específicas en la detección de los síntomas centrales, pero a diferencia de las específicas, estas si tienen utilidad para hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías. Dentro del manejo del paciente, siempre se debe completar una escala específica de TDAH y en algunos casos alguna más amplia ^(2,39).

La educación durante la consulta médica juega un rol fundamental, es necesario que la familia comprenda que el control de esta enfermedad requiere un enfoque multidisciplinario, que incluye la participación tanto de los cuidadores como de los profesores. Por lo tanto, se debe instruir correctamente a los cuidadores, con el fin que estos puedan documentar correctamente la presencia de los síntomas, así como para completar una escala específica de TDAH. Adicionalmente, se debe buscar y educar a los docentes que tienen contacto con estos pacientes, idealmente los profesores deben tener un contacto con el niño mayor a 4-6 años, ya que es importante que aporten con un resumen narrativo del comportamiento del niño en clase, señalando las intervenciones que tiene, los patrones de aprendizaje y/o cualquier alteración funcional. Posteriormente, se debe llevar

una copia de la libreta de nota. ejemplos de tareas que el niño presente, ausencias/presencias escolares, etc. ⁽²⁾.

Es importante considerar la alta prevalencia de comorbilidades, en especial psiquiátricas, las principales son: trastorno oposicional/desafiantes (50-80%), enfermedades conductuales (33%), trastornos de ansiedad (20-40%), alteraciones del aprendizaje (20-60%), alteraciones en el desarrollo y coordinación (50%), trastorno del espectro autoestima y trastornos de sueño ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Diagnóstico: Existen 2 clasificaciones aceptada para hacer el diagnóstico de esta enfermedad, la DSM-5-TR (Manual para diagnóstico y estandarización en enfermedades mentales) y el ICD-11 (Sistema internacional de Clasificaciones de enfermedades) ^(30,43).

La criterios diagnóstico de DSM-5-TR son los más usados, la cual está basada en la presencia de síntomas, para ser considerados estos deben ocurrir de manera frecuente, en más de un lugar (ej. casa, colegio, amigos, etc.), por al menos 6 meses, teniendo una aparición antes de los 12 años, debiendo ser excesivos para el desarrollo del niño, teniendo una repercusión en la actividades académicas, sociales u ocupacionales. En menores de 17 años, para hacer el diagnóstico del subtipo de inatención se requiere la presencia de 6 o más síntomas de inatención, con menos de 6 síntomas de hiperactividad/impulsividad; para hacer el diagnóstico del subtipo de hiperactividad/impulsividad se requiere la presencia de 6 o más síntomas de hiperactividad/impulsividad, con menos de 6 síntomas de inactividad y para el subtipo combinado se quiere más de 6 síntomas de ambos; en el caso de pacientes mayores de 17 años basta con la presencia de 5 o más síntomas en cada caso ⁽³⁰⁾.

Tratamiento: Una vez establecido el diagnóstico, se debe establecer un plan trabajo que involucre a los cuidadores, estableciendo metas realistas, buscando tratar cualquier coexistencia. El tratamiento establecido para estos pacientes es la combinación del farmacológico y el conductual ^(1,2,38).

En el caso de los prescolares, puede no establecerse un tratamiento farmacológico de inicio, dando un chance a un tratamiento conductual exclusivo,

ya que es posible que al cumplir los 6 años alguno de ellos deje de cumplir criterios diagnósticos de TDAH. Sin embargo, en algunos casos puntuales se debe iniciar tratamiento farmacológico de inicio: amenaza o expulsión del nido, riesgo de daño a terceros, historial familiar fuerte, daño en el sistema nervioso central establecido, o que los síntomas interfieran con el tratamiento de otras coexistencias (2,44,45).

Una vez que se llega a la edad escolar (mayores de 6 años) las guías de manejo establecen iniciar el tratamiento mixto, conductual más farmacológico, solo es aceptado el tratamiento conductual exclusivo en casos en que se tenga duda diagnóstica y/o que el paciente no cumpla con los criterios suficientes. Posteriormente, se debe monitorizar cada 3-6 meses, viendo la respuesta al tratamiento o la presencia de algún efecto adverso, en el caso de que se presente falla al tratamiento, se debe descartar la presencia de coexistencias, una mala adherencia al tratamiento y considerar que el diagnóstico pueda estar errado (1,2,44).

El tratamiento farmacológico de elección son los estimulantes, debido a que actúan de más rápido, siendo más eficaces y seguros a largo plazo. Dentro de los cuales, de elección suelen usarse las anfetaminas, que son ligeramente más eficaces que el metilfenidato. Una alternativa son los inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina, como la atomoxetina y la viloxazina, que son de elección si se tiene historia de uso de sustancias adictivas. Adicionalmente, se cuenta con fármacos de segunda líneas como son los B2-adrenérgicos, que se considera su uso si fallan los anteriormente mencionados, pero en los estudios demuestran tener una menor efectividad (2,38,44).

Después de iniciado el tratamiento, viene la etapa de valoración la cual dura de 1-3 meses, en la que se puede ir incrementado el tratamiento farmacológico cada 3-7 días, hasta la reducción de los síntomas en una 40-50% con respecto al estado basal. De no lograrse una respuesta a dosis máxima, se literatura menciona que alrededor del 50% podría responder a otro estimulante (2,46).

A continuación, viene la etapa de mantenimiento en la que se hace un control del paciente cada 3-6 meses, monitorizando la presencia de cualquier efecto

adverso, la adherencia al tratamiento o incluso de podría considerar un reajuste de dosis ^(1,2,29).

Intervenciones basadas en el colegio:

Se estima que la prevalencia de TDAH en el salón de clase es de 5-7%, lo que indicaría que en cada salón de clase debería haber al menos un niño con esta enfermedad. El retraso en diagnóstico y/o la falta de adaptación posterior, traerá como consecuencia la falla académica, lo que tiene una implicancia directa en la salud mental, generando una barrera para el correcto manejo médico⁽¹⁸⁾.

Por lo cual, actualmente las guías de manejo incluyen como eje fundamental el ámbito escolar, por lo que se están desarrollando estudios con el fin de evaluar el efecto de intervenciones en este ámbito. Estas intervenciones pueden incluir: darle al profesor una serie de herramientas o recursos, modificaciones en el salón de clases o modificaciones conductuales en el escolar, entre otras. El enfoque se basa en que el profesores llene un reporte diario, en el que se pueda monitorizar al escolar con TDAH, para esto el colegio deberá instaurar programas que brinden facilidades al escolar, potenciando su desenvolvimiento académico y social. La evidencia que respalda estas intervenciones aún es limitada, sin embargo, estudios sugieren del beneficio potencial en el rendimiento del escolar ^(2,47,48).

La gran mayoría de estudios que buscan evaluar el impacto de las intervenciones basados en el colegio han sido realizado con un seguimiento a 6 meses, lo que dificulta evidenciar todos los efectos a largo plazo. Sin embargo, se ha demostrado la correlación positiva que existe entre la confianza del profesores al manejar estos con niños y el conocimiento que tienen sobre la enfermedad. Los estudios han demostrado que las intervenciones muestran un aumento de conocimiento general entre el pre y el post test, de la misma forma han demostrado un cambio conductual de los profesores. (18). Por otro lado, existen estudios en los que se ha demostrado una diferencia significativa con la intervención, en el 2012 Froelinch encontró diferencias significativas en la habilidades del profesor en el manejo de pacientes con TDAH comparado con el grupo control. ⁽⁴⁹⁾

En Estados Unidos desde el 1973 se reconoce al TDAH como una discapacidad protegida (IDEA [PL-101-476]), por lo cual es una política primordial desarrollar estrategias para favorecer la adaptabilidad de los alumnos. Por lo cual, se ha implementado una cartilla de reporte diario y/o un “libro de comunicación”, en cual los profesores deben brindar información sobre el avance de estos niños. (50).

2.3 Definición de términos

- DSM-5: corresponde a la quinta edición del manual de diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (30).

- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH/ADHD): es una enfermedad catalogada en el DSM-5, la cual se presenta en la niñez temprana, tiene 3 formas de presentación: hiperactividad e impulsividad, inatención o de patrón mixto. Para considerarse como enfermedad, estos síntomas deben de tener una repercusión alterando el correcto funcionamiento social, emocional, conductual, académico y/o cognitivo de los pacientes (30).

- Escala KADDS: (por sus siglas en inglés Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale), es un cuestionario que busca medir el nivel de conocimiento sobre TDAH, la cual está dividida en 3 subescalas: información general con 16 ítems, síntomas y diagnóstico con 10 ítems, y tratamiento con 13 ítems (13,14).

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Principal: Los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad

Derivadas:

- Los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre síntomas/diagnóstico del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad
- Los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre tratamiento del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad
- Los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, tienen un adecuado nivel de conocimientos generales sobre el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad
- Comparar el nivel de conocimiento sobre el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad entre profesores de una institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023

3.2 Variables y su definición operacional

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Nivel de conocimiento sobre TDAH	Es el grado de información aprendida sobre TDAH	Cuantitativa	Porcentaje de respuestas correctas	Intervalo	0-100%	Cuestionario KADDS
Nivel educativo	Nivel educativo donde enseñan	Cualitativa	Nivel educativo donde enseñan	Ordinal	Inicial Primaria	Cuestionario
Tipo de institución	Tipo de institución en la que laboran:	Cualitativa	Institución pública o privada	Nominal	Pública Privada	Cuestionario

	pública o privada.					
Grado de instrucción	Es el nivel de educación superior previa del profesor	Cualitativa	Grado académico	Ordinal	Universitario Maestría Doctorado	Cuestionario
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento	Cuantitativo	Años cumplidos	Razón	1-100	Cuestionario
Sexo	Condición orgánica de los individuos	Cualitativo	Sexo biológico	Nominal	Femenino Masculino	Cuestionario

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El enfoque del estudio es cuantitativo y presenta los siguientes parámetros:

Según la intervención del investigador: Observacional, según el alcance: Descriptivo

Según el número de mediciones de las variables de estudio: Corte transversal (1 medición)

4.2 Diseño muestral:

Población universo

Comprende a los profesores de inicial y primaria de instituciones públicas y privadas en Lima-Perú, en julio del 2023.

Población de estudio

Los profesores de inicial y primaria de una institución pública (colegio: Romero Luna Victoria) y una privada (colegio: Sagrado Corazones Recoleta) en Lima-Perú, en julio del 2023.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Todos los profesores de inicial y primaria de una institución pública y una privada en Lima-Perú, en julio del 2023.
- Profesores que tengan al menos 6 meses de experiencia trabajando en el nivel educativo donde se encuentran enseñando
- Profesores que acepten participan en el estudio

Criterios de exclusión:

- Profesores que no completen la encuesta KADDS o realicen un registro incompleto

Tamaño de la muestra y muestreo:

Tamaño de muestra: Toda la población de estudio (estimada de 120 profesores)

Muestreo: no aplica

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Se realizará un cuestionario virtual que evalúa el nivel de conocimiento de profesores de inicial y primaria de una institución pública y una privada en Lima-Perú, en julio del 2023. El cual se aplicará a todos los profesores que cumplan los criterios de inclusión y que voluntariamente decidan participar.

El cuestionario se hará llegar a los participantes vía correo electrónico, para que estos puedan ser llenados virtualmente. Previamente, se contará con la autorización escrita de los directos de los centros educativos, buscando no condicionar la participación de los profesores.

Se usará el cuestionario KADDS (“Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale”), es una escala de 36 ítems que evalúa el conocimiento sobre TDAH a aplicados en 3 áreas: síntomas/diagnóstico, tratamiento y conocimientos generales. El cuestionario ha sido validado y aplicado en estudios previamente, realizado por Sciutto & Terjesen en 1994, con un formato original de respuesta de “verdadero” o “falso”, modificado posteriormente en el año 2000 agregándose la alternativa de “no lo sé”, posteriormente en el 2007 fue adaptado al idioma español (Jarque y Tárraga). Este cuestionario es reconocido por ser el primer instrumento con confiabilidad y validez en este campo (Soroa et al., 2013, p. 156). Adicionalmente, en estudios previos (Herbert et al., 2004; Sciutto et al., 2000; Soroa et al., 2013) el cuestionario tiene un alfa de Cronbach de alrededor de 0.76, lo que indica una consistencia interna. ^(14,28,51)

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos se registrarán mediante una base datos en el programa Microsoft Excel, verificándose que no queden celdas vacías o mal llenadas. Adicionalmente, se depurará la base de datos de acuerdo con los criterios de inclusión.

La información será procesada en el programa estadístico SPSS versión 27.0. Seguidamente, se elaborarán tablas de frecuencia: en variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y relativas; y en el caso de las cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rangos intercuartílicos). Finalmente, se realizarán gráficos de barras para una mejor comprensión de los datos.

4.5 Aspectos éticos

El estudio será basado en información obtenida mediante cuestionarios virtuales, los cual serán llenados por profesores que voluntariamente decidan participar en el estudio. Adicionalmente, se contará con el permiso de los directores de las instituciones educativas.

La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad y seguridad, salvaguardando la identidad de los participantes. En todo momento se trabajará respetando los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia.

CRONOGRAMA

Pasos	2023						
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Aprobación del proyecto de investigación	X						
Obtención de la carta de aprobación de las instituciones educativas	X						
Recolección de datos: Cuestionario KADDS		X					
Procesamiento y análisis de información			X	X			
Elaboración del informe					X		
Aprobación y correcciones del informe						X	
Publicación del artículo científico							X

PRESUPUESTO

CONCEPTO	MONTO ESTIMADO EN SOLES
Material de escritorio	100
Internet	200
Impresiones	200
Logística	300
Traslados y otros	200
TOTAL	1000

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management NICE guideline Your responsibility [Internet]. 2018. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng87
2. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4).
3. Staff AI, Oosterlaan J, van der Oord S, Hoekstra PJ, Vertessen K, de Vries R, et al. The Validity of Teacher Rating Scales for the Assessment of ADHD Symptoms in the Classroom: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. el 1 de septiembre de 2021;25(11):1578–93.
4. Wagoner ST, Schaefer MR, Resmini Rawlinson A, Shapiro SK, Kavookjian J, Gray WN. Barriers to Treatment Adherence Among College Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder [Internet]. 2019. Disponible en: www.jdbp.org | 1
5. Awadalla NJ, Ali OF, Elshaer S, Eissa M. Role of school teachers in identifying attention deficit hyperactivity disorder among primary school children in Mansoura, Egypt. Vol. 22, *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2016.
6. Rushton S, Giallo R, Efron D. ADHD and emotional engagement with school in the primary years: Investigating the role of student–teacher relationships. *British Journal of Educational Psychology*. el 1 de junio de 2020;90(S1):193–209.
7. Xu G, Strathearn L, Liu B, Yang B, Bao W. Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among US Children and Adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open*. el 1 de agosto de 2018;1(4).
8. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. el 4 de marzo de 2018;47(2):199–212.
9. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. enero de 2010;125(1):75–81.
10. Carrión Lima D, Mercedes Velarde Inchaustegui M, Adolfo Vattuone Echevarria J, Elizabeth Gomez Velarde M, Vilchez Fernandez L. Knowledge level of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among general physicians in Lima, Perú. Vol. 80, *Rev Neuropsiquiatr*. 2017.
11. Gamarra- Alcalde O, Mendoza-Salazar J, Leon-Jimenez F. Nivel de conocimiento sobre Trastorno por Chiclayo. *Revista Mexicana de Pedatría*. 2013;84(4):134–43.
12. Soriano Ferrer M, Echegaray-Bengoa J. Knowledge and Beliefs about ADHD of Peruvian Teachers: The Role of Teaching Experience with ADHD. *MLS Educational Research*. el 25 de febrero de 2021;5(1).
13. Alkahtani KDF. Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*. 2013;04(12):963–9.

14. Bender Frank AS. TEACHERS' KNOWLEDGE AND MISPERCEPTIONS OF ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER mark j. sciutto mark d. terjesen. 2000.
15. Molinar-Monsiváis J, Cervantes-Herrera A del R. Comparación de los conocimientos y actitudes del profesorado de educación básica hacia el alumnado con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH en Argentina y México. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*. el 1 de agosto de 2020;19(40):171–81.
16. Palacios-Cruz L, De La F, Olvera P, Figueroa GV, Caballero AA, De La L, et al. Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos. Vol. 36, Artículo original *Salud Mental*. 2013.
17. Saad S, Aljanahi F, Coumaravelou S, Agha A, Alsamiri M, Allami S. Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder among primary schoolteachers in Sharjah, UAE. *J Educ Health Promot*. el 1 de marzo de 2022;11(1):99.
18. Ward RJ, Bristow SJ, Kovshoff H, Cortese S, Kreppner J. The Effects of ADHD Teacher Training Programs on Teachers and Pupils: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 26, *Journal of Attention Disorders*. SAGE Publications Inc.; 2022. p. 225–44.
19. McDougal E, Tai C, Stewart TM, Booth JN, Rhodes SM. Understanding and Supporting Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Primary School Classroom: Perspectives of Children with ADHD and their Teachers. *J Autism Dev Disord*. 2022;
20. See LC, Li HM, Chao KY, Chung CC, Li PR, Lin SR. Knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder among the general public, parents, and primary school teachers. *Medicine*. el 26 de marzo de 2021;100(12):e25245.
21. Gregório J, Ferreira R, Fernandes AS. The perception of primary school teachers regarding the pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. *Int J Environ Res Public Health*. el 2 de junio de 2021;18(12).
22. Alshehri AM, Shehata SF, Almosa KM, Awadalla NJ. Schoolteachers' knowledge of attention-deficit/hyperactivity disorder—current status and effectiveness of knowledge improvement program: A randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. el 1 de agosto de 2020;17(15):1–10.
23. Julivia Murtani B, Wibowo JA, Liu CA, Rusady Goey M, Harsono K, Mardani AAP, et al. Knowledge/understanding, perception and attitude towards attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among community members and healthcare professionals in Indonesia. *Asian J Psychiatr*. el 1 de febrero de 2020;48.
24. Miranda Padilla A, Barrios Cuartas D, Duque Henao LF, Burgos Arroyo EA, Salazar Flórez JE. Knowledge About ADHD in Primary Teachers of Public Schools of Sabaneta, Antioquia. *Rev Colomb Psiquiatr*. el 1 de julio de 2018;47(3):165–9.
25. Al-Moghamhsi E, Aljohani A. Elementary school teachers' knowledge of attention deficit/hyperactivity disorder. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(5):907.
26. Dessie M, Techane MA, Tesfaye B, Gebeyehu DA. Elementary school teachers knowledge and attitude towards attention deficit-hyperactivity disorder in Gondar,

- Ethiopia: a multi-institutional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. el 1 de diciembre de 2021;15(1).
27. Mohr-Jensen C, Steen-Jensen T, Bang-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*. el 1 de febrero de 2019;23(3):206–19.
 28. Soroa M, Balluerka N, Gorostiaga A. Measuring teachers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder: The MAE-TDAH questionnaire. *Spanish Journal of Psychology*. el 27 de noviembre de 2014;17(2).
 29. Plattner B, Aglan AZ, Juen B, Conca A. Lehrer und das Aufmerksamkeitsdefizit und/oder Hyperaktivitätssyndrom: Eine Pilotstudie zur Situation der Lehrer in Tirol. *Neuropsychiatrie*. junio de 2013;27(2):74–8.
 30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington; 2022. 68 p.
 31. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. Vol. 387, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 1240–50.
 32. Williams M, Bsc M, Langley K, Phd M, Holmans P, Owen MJ, et al. Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis. *Lancet [Internet]*. 2010;376:1401–9. Disponible en: <http://www>.
 33. Albajara Sáenz A, Villemonteix T, Massat I. Structural and functional neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. Vol. 61, *Developmental Medicine and Child Neurology*. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 399–405.
 34. Jacobson LA, Crocetti D, Dirlikov B, Slifer K, Denckla MB, Mostofsky SH, et al. Anomalous brain development is evident in preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*. el 1 de julio de 2018;24(6):531–9.
 35. Hauser TU, Iannaccone R, Ball J, Mathys C, Brandeis D, Walitza S, et al. Role of the medial prefrontal cortex in impaired decision making in juvenile attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry*. el 1 de octubre de 2014;71(10):1165–73.
 36. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Gerasimov M, Maynard L, et al. Therapeutic Doses of Oral Methylphenidate Significantly Increase Extracellular Dopamine in the Human Brain [Internet]. 2001. Disponible en: <http://www.jneurosci.org/cgi/content/full/4896>
 37. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - First upgrade. Vol. 13, *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement*. 2004.
 38. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. julio de 2007;46(7):894–921.

39. Collett BR, Ohan JL, Myers KM. Ten-year review of rating scales. V: Scales assessing attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(9):1015–37.
40. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. marzo de 2011;127(3):462–70.
41. Tung I, Li JJ, Meza JJ, Jezior KL, Kianmahd JSV, Hentschel PG, et al. Patterns of comorbidity among girls with ADHD: A meta-analysis. *Pediatrics*. el 1 de octubre de 2016;138(4).
42. Bélanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1- Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics and Child Health (Canada)*. el 1 de noviembre de 2018;23(7):447–53.
43. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022. 6A45 p.
44. Feldman ME, Charach A, Bélanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics and Child Health (Canada)*. el 1 de noviembre de 2018;23(7):462–72.
45. Kaplan A, Adesman A. Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. Vol. 23, *Current Opinion in Pediatrics*. 2011. p. 684–92.
46. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents [Internet]. 1998. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/>
47. Lovett BJ, Nelson JM. Systematic Review: Educational Accommodations for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Vol. 60, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Elsevier Inc.; 2021. p. 448–57.
48. Charach A, Behnoosh Dashti F, Patricia Carson M, Lynda Booker Be, Choon Guan Lim B, Erin Lillie M, et al. Comparative Effectiveness Review Number 44 Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment [Internet]. 2011. Disponible en: www.ahrq.gov
49. Froelich J, Breuer D, Doepfner M, Amonn F. EFFECTS OF A TEACHER TRAINING PROGRAMME ON SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER. Vol. 27, *INTERNATIONAL JOURNAL OF SPECIAL EDUCATION*. 2012.
50. Miller KJ, Wender EH. Attention deficit/hyperactivity disorder. In: *Primary Pediatric Care*. 4t ed. Vol. 1. St Louis: Mosby; 2001. 756 p.
51. Jarque Sonia, Tárraga Raúl, Miranda Ana. Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividadadpataicon al español. *Psicotherma*. 2007;19:585–90.

ANEXOS

Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo de diseño de estudio	Población de estudio	Instrumento de recolección
Nivel de conocimiento de los profesores sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en institución pública y privada en Lima - 2023	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023?	General	General	El enfoque del estudio es cuantitativo y presenta los siguientes parámetros: Según la intervención del investigador : Observacional, según el alcance: Descriptivo Según el número de mediciones de las variables de estudio: Corte transversal (1 medición)	Población universo Comprende a los profesores de inicial y primaria de instituciones públicas y privadas en Lima-Perú, en julio del 2023. Población de estudio Los profesores de inicial y primaria de una institución pública (colegio: Romero Luna Victoria) y una privada (colegio: Sagrado Corazones Recoleta) en Lima-Perú, en julio del 2023. Tamaño de la muestra y muestreo: Tamaño de muestra: Toda la población de estudio (estimada de 120 profesores) Muestreo: no aplica	Cuestionario KADDS (“Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale”),
		Específicos -Determinar el nivel de conocimiento sobre síntomas/diagnóstico del TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023 -Determinar el nivel de conocimiento sobre tratamiento del TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023 -Determinar el nivel de conocimiento generales sobre TDAH de los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023 -Comparar el nivel de conocimiento sobre TDAH entre profesores de institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023	Específicos -Los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre síntomas/diagnóstico del TDAH -Los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre tratamiento del TDAH. -Los profesores de inicial y primaria en institución pública y privada en Lima-Perú, tienen un adecuado nivel de conocimientos generales sobre el TDAH. -Comparar el nivel de conocimiento sobre el TDAH de una institución pública y privada en Lima-Perú, en julio del 2023			

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario KADDS

Por favor, responde a las siguientes cuestiones sobre el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Rodea "V" si crees que la respuesta es cierta, "F" si crees que es falsa, y "NS" si no la sabes. Si no estás seguro de la respuesta, responde "No lo sé", NO INTENTES ADIVINARLA.

1.- La mayoría de los estudios sugieren que el TDAH afecta a aproximadamente un 15% de los niños en edad escolar.	V	F	NS
2.- La investigación actual sugiere que el TDAH es, en gran medida, el resultado de la falta de capacidad de los padres.	V	F	NS
3.- Los niños con TDAH se distraen frecuentemente con estímulos externos.	V	F	NS
4.- Los niños con TDAH son normalmente más obedientes con sus padres que con sus madres.	V	F	NS
5.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH, los síntomas deben haber aparecido antes de los 7 años.	V	F	NS
6.- El TDAH es más frecuente en parientes de primer grado biológico (ej. padre, madre) de los niños con TDAH, que en la población general.	V	F	NS
7.- Uno de los síntomas centrales de los niños con TDAH es que son crueles físicamente con los demás.	V	F	NS
8.- Los antidepresivos han sido eficaces para reducir los síntomas de muchos niños con TDAH.	V	F	NS
9.- Los niños con TDAH a menudo se mueven y retuercen en sus asientos.	V	F	NS
10.- La formación a padres y a maestros en el manejo de un niño con TDAH suele ser eficaz cuando se combina con la medicación que se suele prescribir a estos niños.	V	F	NS
11.- Uno de los síntomas fundamentales de los niños con TDAH es que tienen un sentido inflado o exagerado de la autoestima (grandiosidad).	V	F	NS
12.- Cuando el tratamiento de un niño con TDAH se ha terminado, es raro que los síntomas del niño vuelvan a aparecer.	V	F	NS
13.- Es posible que un adulto sea diagnosticado de TDAH, siempre y cuando los síntomas hayan aparecido en la infancia.	V	F	NS
14.- La mayoría de los niños con TDAH tienen un historial de robo y destrucción de las propiedades ajenas.	V	F	NS
15.- Los efectos secundarios de las medicaciones estimulantes empleadas para el tratamiento del TDAH pueden incluir reducción del apetito e insomnio moderado.	V	F	NS

16.- La literatura actual sobre el TDAH sugiere que existen dos grupos de síntomas: a) inatención, y b) hiperactividad-impulsividad.	V	F	NS
17.- Los síntomas depresivos se encuentran más frecuentemente en los niños con TDAH que en los niños sin TDAH.	V	F	NS
18.- La psicoterapia individual es normalmente suficiente para el tratamiento de la mayoría de los niños con TDAH.	V	F	NS
19.- En la mayoría de los niños con TDAH los síntomas remiten en el inicio de la pubertad y, como consecuencia, su comportamiento ya es normal en la edad adulta.	V	F	NS
20.- En casos severos de TDAH, la medicación es empleada a menudo antes de que se intenten utilizar otras técnicas como las técnicas de modificación de conducta.	V	F	NS
21.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH debe presentar síntomas centrales en dos o más contextos (ej. casa y escuela).	V	F	NS
22.- Si un niño con TDAH demuestra que tiene capacidad de atención sostenida con la televisión o los videojuegos durante una hora, este niño es también capaz de tener atención sostenida durante al menos una hora de clase o de realización de los deberes en casa.	V	F	NS
23.- Reducir la ingesta de azúcar en la dieta o los aditivos en las comidas suele resultar efectivo para reducir los síntomas del TDAH.	V	F	NS
24.- Cuando un niño tiene un diagnóstico de TDAH suele recibir servicios de educación especial para reducir los síntomas centrales del trastorno.	V	F	NS
25.- La medicación estimulante es el tipo de medicación más empleada para tratar a los niños con TDAH.	V	F	NS
26.- Los niños con TDAH presentan a menudo dificultades para organizar las tareas y las actividades.	V	F	NS
27.- Los niños con TDAH normalmente experimentan más problemas en los contextos novedosos que en los contextos familiares.	V	F	NS
28.- Hay características físicas específicas que pueden ser identificadas por los médicos para hacer un diagnóstico definitivo de TDAH.	V	F	NS
29.- Entre los alumnos de edad escolar, la prevalencia del TDAH en niños y en niñas es equivalente.	V	F	NS
30.- Entre los niños pequeños (menores de 4 años), se pueden distinguir las conductas problemáticas características de los niños con TDAH (ej. hiperactividad, inatención) de las conductas apropiadas para esa edad.	V	F	NS
31.- Los niños con TDAH se distinguen más de los niños sin TDAH en contextos escolares que en situaciones de juego libre.	V	F	NS
32.- La mayoría de los niños con TDAH presentan en alguna medida resultados académicos pobres en la etapa de primaria en comparación con los niños de su edad.	V	F	NS
33.- A menudo los síntomas de TDAH también se observan en niños sin TDAH que proceden de ambientes familiares caóticos e inadecuados.	V	F	NS

34.- Las intervenciones psicológicas/conductuales para niños con TDAH se centran principalmente en los problemas de los niños con inatención.	V	F	NS
35.- La terapia electroconvulsiva (ej. tratamiento de shock) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para casos severos de TDAH.	V	F	NS
36.- Los tratamientos para el TDAH que se centran fundamentalmente en el castigo son los más efectivos para reducir los síntomas.	V	F	NS
37.- La investigación ha mostrado que el uso prolongado de estimulantes pueden conducir a una adicción en la edad adulta (ej. abuso de drogas).	V	F	NS
38.- Si un niño responde a las medicaciones estimulantes (ej. Ritalin), probablemente tiene TDAH.	V	F	NS
39.- Los niños con TDAH generalmente muestran una adhesión inflexible a rutinas específicas que no persiguen un objetivo concreto (rituales).	V	F	NS

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN