

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

Conocimientos y creencias sobre TDAH de una muestra de maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santo Domingo, octubre 2011- febrero 2012.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Leisy Ramona De la Rosa Muñoz

TUTORA:

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores

ASESOR:

Dr. Lino Palacios Cruz

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y creencias sobre TDAH de los maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santo Domingo, RD y comparar las actitudes y creencias frente a la enfermedad entre los maestros que saben que es el TDAH y los que no saben.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, en el cual la muestra estuvo conformada por 192 maestros que aceptaron participar en la investigación, de los cuales 100 eran maestros de escuelas públicas y 92 maestros de colegios privados, que se encontraban trabajando como docentes en la zona metropolitana de la ciudad de Santo Domingo Republica Dominicana.

Resultados: El 52.1% eran de escuelas públicas y el 47.9% de escuelas privadas. Dependiendo nivel en el cual impartían docencia, el 47.4% trabajaba con adolescentes, 42.2% con escolares y 10.4% con preescolares. El 90.5% (N=171) de los maestros dijo saber qué es el TDAH, el 77.8 % (N=144) de la muestra evaluada consideró al TDAH como una enfermedad. La mayoría de los docentes considera que el psicólogo y el psicopedagogo son los profesionales capacitados para diagnosticar y tratar el TDAH. El 58.2%, consideró que el tratamiento farmacológico solamente apoya al tratamiento psicosocial y no tiene un efecto terapéutico en sí mismo.

Conclusiones: En este estudio la mayoría de los maestros encuestados consideraron que el TDAH es una enfermedad, sin embargo deben recibir educación acerca del componente biológico y la necesidad de tratamiento farmacológico y por ende del enfoque multimodal necesario para el manejo de este trastorno.

Palabras claves: conocimientos, creencias, maestros y TDAH.

II. Índice

1. Introducción.....	5
2. Marco teórico.....	6
2.1 Rol del maestro ante el TDAH	8
3. Justificación.....	12
4. Planteamiento del problema.....	13
5. Hipótesis.....	14
6. Objetivo	14
7. Material y método.....	14
7.1. Diseño del estudio.....	14
7.2. Característica de la Muestra.....	14
7.3. Procedimiento.....	15
7.4. Descripción del Instrumento.....	16
7.5. Análisis estadístico.....	16
7.6. Consideraciones éticas.....	17
8. Resultados	17
9. Discusión.....	20
9.1 Limitaciones	22
10. Conclusiones y recomendaciones.....	22
11. Referencias.....	24
12. Anexos.....	34

III. Índice de tablas y gráficos

Grafica 1. Conductas a seguir por los maestros cuando detectan algún alumno con problemas de conducta o de rendimiento escolar_____18

Tabla 1. Creencias de los maestros sobre cuáles son los profesionales capacitados para realizar el diagnóstico y tratar el TDAH._____19

Tabla 2. Comparación de los conocimientos entre los maestros que consideraban que el TDAH es una enfermedad y los que no lo consideraban una enfermedad_____20

IV. Abreviaturas

APA: Asociación americana de psiquiatría.

DSM IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales cuarta edición revisada.

DX: Diagnóstico

HPIJNN: Hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

OPS: Organización panamericana de la salud.

RD: Republica Dominicana

TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

1. Introducción

Los niños pasan la mayor parte de su tiempo en las aulas y otros ambientes de la escuela. La labor del maestro se vuelve mucho más exigente cuando hay alumnos en el aula que tienen trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), cuyos problemas con la capacidad de atención, el control de impulsos y nivel de actividad con frecuencia interfieren en las clases y en las actividades sociales (Barkley, Murphy & Fischer, 2006; DuPaul y Stoner, 2003).

El TDAH es la psicopatología infantil diagnosticada con mayor frecuencia en Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2000). La prevalencia mundial del trastorno es alta, mostrando los estudios epidemiológicos que el 3 al 5% de los niños en edad escolar pueden ser diagnosticados con el padecimiento (Polanczyk, et al. 2007). Alrededor del 85% de los pacientes que presentan el padecimiento en la niñez seguirán presentándolo en la adolescencia y en la vida adulta (Biederman, 2006), por eso resulta de suma importancia la identificación temprana del problema de cara a implementar lo antes posible intervenciones efectivas que mejoren la calidad de vida de estos niños, pero para poder implementar con éxito estas intervenciones es necesario que los agentes de socialización del niño padres y maestros fundamentalmente, dispongan de conocimientos suficientes sobre el trastorno.

Existen razones de peso que justifican la necesidad de analizar los conocimientos que tienen los maestros sobre el TDAH, una razón es que los maestros pueden ser los primeros en detectar las manifestaciones del trastorno en los niños, gracias a su posibilidad de observar una gran cantidad de comportamientos tanto en situaciones estructuradas como de juego; su contacto diario con diversos grupos de alumnos les permite establecer similitudes y diferencias entre los comportamientos de un gran número de niños de la misma edad, otra razón es que el maestro sirve como fuente de retroalimentación al médico sobre el resultado de la intervenciones que se estén aplicando en el paciente una vez que esté en tratamiento.

La población de la República Dominicana en 2007 se estimó por las Naciones Unidas en 9, 760,000, en ese año, aproximadamente el 35% de la población era menor de 15 años de edad, por lo que la cantidad de niños en el país para la fecha era de 3, 416,000 estimándose que en el país existe un aproximado de 170,800 niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Se estima según las estadísticas mundiales que en cada salón de clase regular cada año aumentará la cantidad de niños con este trastorno, por lo cual los maestros deben estar preparados con los conocimientos adecuados para identificar la necesidades de ellos y formular planes estratégicos de trabajo.

A pesar de que los estudios científicos revisados nos permiten decir que el maestro es una pieza esencial para que el proceso de evaluación e intervención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se lleve a cabo de una forma rigurosa y efectiva, en la Republica Dominicana existe un vacío en la información en este aspecto, ya que no hay estudios documentados sobre los conocimientos que tienen los maestros sobre el TDAH, lo cual se convierte en una necesidad social y científica para el país, por lo cual nos proponemos analizar los conocimientos y creencias que tienen los maestros de la ciudad de Santo Domingo sobre este padecimiento, en torno a la naturaleza de la enfermedad, la conducta a seguir en la búsqueda de atención y su tratamiento óptimo.

2. Marco teórico

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico de inicio en la infancia. Se caracteriza por una tríada sintomatológica: capacidad de atención disminuida, hiperactividad e impulsividad, todos los cuales se presentan de manera inapropiada para el desarrollo y generan deterioro en el funcionamiento general, social y académico del niño (APA, 2000; Barkley, 2006; Dupaul y Strone, 2003). El TDAH se ha convertido en uno de los trastornos psiquiátricos más comúnmente diagnosticados en la infancia (Barkley, 2000).

Del 3 al 5% de los niños en edad escolar pueden ser diagnosticados con el padecimiento (Polanczyk, et al. 2007), Faraone, Sergent, Gilberg y Biederman en el 2003 encontraron una prevalencia del TDAH en Estados Unidos de América de entre 7.1 y 12.8% de la población infantil, en un estudio realizado por Caraveo, Colmenares, Romano y Wagner en el mismo año la prevalencia fue de 5% en una población de niños mexicanos, en Hong-Kong del 8.9% y en Colombia del 17.1%. (Poza, et al. 2009), en el sur de África se ha documentado 10% de los niños en edad escolar padecen el TDAH (Flischer, 2009).

Los estudios científicos han demostrado que la prevalencia es similar en las distintas poblaciones y regiones del mundo, en los datos encontrados en la región del Caribe en la que la población de los diversos países tiene una gran similitud se ha documentado que la prevalencia en Puerto Rico es de un 7.5% (Roldan, 2006) y en Cuba de un 7.4%. ((Poza, et al. 2009). En la República Dominicana la prevalencia del TDAH no está documentada en estudios hasta el momento, sin embargo en un estudio realizado en la Universidad Pontificia Madre y Maestra en la ciudad de Santo Domingo en el cual se estudiaron 600 niños en edad escolar de escuelas públicas de un sector de la ciudad, se encontró una prevalencia de 18% (Zouain, et al. 2011).

Los síntomas centrales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son la inatención, la impulsividad y el exceso de actividad motriz o hiperactividad.

La inatención es la incapacidad (acorde a su edad) que tiene un individuo para concentrarse por períodos suficientes para terminar una actividad que requiera de un esfuerzo mental sostenido ó lograr el aprendizaje. La inatención tiene impacto en el rendimiento académico de los pacientes, lo que genera falla académica o laboral. La hiperactividad: se define como la actividad motora exagerada que parece conducir a un fin sin que este se alcance. Los pacientes tienen dificultad para mantenerse quietos y cambian frecuentemente de posición, brincan, trepan o mueven persistentemente las manos y los pies.

La impulsividad: implica la dificultad que tienen los pacientes para lograr el autocontrol que les permita respetar el espacio y las actividades de los que los rodean (Ruiz, Gutiérrez, Garza y De la Peña, 2004).

Los mismos autores refieren que estas manifestaciones suelen coexistir con otros trastornos psiquiátricos ya sea externalizados o internalizados, documentan que cerca del 65% de los pacientes con TDAH tienen un trastorno comorbido al momento de establecer el diagnóstico, lo cual resalta la necesidad de realizar una valoración integral e individual en cada paciente. Las principales entidades asociadas son los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos bipolares.

Un estudio realizado en España indica que el 71% de los casos de TDAH presenta algún tipo de comorbilidad, con un 46% en trastornos de ansiedad, 31% trastornos de comportamiento, 9% trastornos de estado de ánimo, 10% trastornos por tics y 12% enuresis. Los casos de TDAH comorbido presentan significativamente peores resultados académicos y peor conducta en clase. (Rodríguez, L., et al 2009).

Las intervenciones terapéuticas que cuentan con la mayor evidencia científica en cuanto a su eficacia en la actualidad son la farmacológica y la psicosocial según refiere el National Institute of Mental Health-funded multisite Multimodal Treatment of ADHD (MTA), pero para poder implementar con éxito estos tratamientos es necesario que los agentes de socialización del niño, padres y maestros fundamentalmente dispongan de conocimientos suficientes sobre el TDAH (Conners, 2001).

2.1 Rol del maestro frente al TDAH

Los maestros juegan un papel importante en el proceso tanto de identificación como de intervención, ya que las estimaciones que hacen de las conductas de sus alumnos forman parte de los datos que permiten al evaluador establecer un diagnóstico, al proporcionar datos sobre el funcionamiento del niño. Estas estimaciones se consideran importantes en la clínica no solo para establecer el diagnóstico sino también una vez el paciente se encuentre en tratamiento, para ajustar la dosis de la medicación.

Para llevar a cabo esta labor el maestro debe tener los conocimientos necesarios que le permitan educar a los niños con TDAH y otras discapacidades, en un ambiente de aprendizaje apropiado, en estudios publicados por Snider, (2003) y Vered en (2004) se encontró una correlación positiva entre los conocimientos de los maestros y la eficacia de las intervenciones que se llevan a cabo.

La falta de conocimiento de los maestros se ha asociado a que muchos no reciben información sobre el manejo e identificación de los niños con TDAH, un estudio realizado por Jerome, Gordon y Hustler (1994) estudiaron maestros estadounidenses y maestros de Canadá en relación con sus conocimientos y su actitud hacia el TDAH, en el cual se utilizó la escala Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS). El estudio encontró que los maestros que tenían una información específica en TDAH obtuvieron mejores resultados que los que tenían poca información, el área de mayor conocimiento fue en cuanto a síntomas y el desconocimiento fue mayor asociado al tratamiento.

En España usando la misma escala en versión en español, se encontró que los maestros tenían significativamente más conocimientos con relación a la identificación de síntomas que con el resto de las áreas (tratamiento, etiología, etc.), sus conocimientos correlacionaron positivamente con los años de experiencia interactuando con niños hiperactivos y con el número de estudiantes hiperactivos que habían tenido en sus aulas. (Jarque, S., et al, 2007).

Perold, Louw y Kleynhans (2010) estudiaron una población de maestros del sur de África encontrando datos que indican que el conocimiento de los maestros era pobre y que los maestros sabían más de los síntomas que del tratamiento.

La investigación indica que los maestros no tienen suficiente información sobre cómo tratar adecuadamente a los estudiantes con TDAH, en un estudio realizado en Puerto Rico se encontró que más de la mitad de los maestros no tienen conocimientos sobre cómo trabajar con niños con TDAH en las escuela regulares (Rivera, 2006).

En nivel de conocimiento de los maestros es proporcional a la información que reciben sobre el TDAH o cualquier otra discapacidad, la falta de información al personal educativo es un obstáculo para que los maestros puedan identificar e intervenir a los niños con TDAH, Walter en Estado Unidos evaluó cuales eran las creencias de los maestros sobre los principales problemas de salud mental en las escuelas, encontrando que el cincuenta por ciento de los maestros evaluados refiere que el principal problema relacionado a la salud mental en las escuela es el TDAH y la falta de información se considera como el principal obstáculo a la superación de los problemas de salud mental, en consecuencia el conocimiento de los maestros en este estudio sobre los problemas de salud mental era limitado y no se sentía con capacidad de manejar niños con problemas de algún trastorno mental en sus aulas (Walter, 2006,). Estos resultados se replicaron posteriormente en una muestra de maestros de Puerto Rico (González, 2009).

En Australia se encontró que el desconocimiento de los maestros se asocia a conceptos erróneos, ya que más del 70% de los maestros refería la dieta como un tratamiento exitoso para el TDAH, más del 90% no hace ninguna intervención con los niños considerándose como no capacitados y confiando la tarea en los profesionales de educación especial o en los padres, demostrándose que la falta de información sigue siendo una barrera para mejorar la colaboración en base al tema en las escuelas en las diferentes sociedades (O'Keeffe, 2004).

En otro estudio realizado en Irán por Ghanizadeh 2006 se encontró que casi la mitad de los maestros consideran que el trastorno es debido al abandono de los padres y consideran que la mismas reglas disciplinarias aplicadas a todos los estudiantes son las que deben utilizar en los niños con TDAH, encontrándose una correlación entre lo que saben y cómo actúan.

Hay autores que han estudiado la relación entre el conocimiento de los maestros y la actitud con relación al manejo del TDAH, encontrando que tres cuartas partes de los maestros tenían pocos conocimientos sobre TDAH y una actitud positiva al manejo conductual y solo una minoría de los maestros tenía conocimientos adecuados sobre

cómo se presenta la enfermedad y su tratamiento con medicamentos, se encontró que más de un 80% de los maestros consideraba que la enfermedad se debe a un problema de crianza y que el comportamiento de los niños con el trastorno es maliciosos y deliberado, sin embargo en los maestros que habían recibido información la actitud era más favorable (Rodríguez, 2011).

Debido a que la literatura científica reporta una falta de información entre los maestros en diferentes regiones y culturas, autores en Pakistán documentan un estudio sobre los conocimientos y creencias de los maestros antes y después de un taller de capacitación, reportando que 6 meses posteriores a recibir la información aun seguían siendo bajos los conocimientos de los maestros sobre el trastorno (Syed, 2010).

En un estudio comparativo que fue realizado en la Clínica Mayo 1998, en el cual se evaluaron las creencias sobre el TDAH en maestros que no tenía información suficiente sobre la enfermedad, se encontró que el 41% de los maestros cree que el TDAH puede ser causado por la mala crianza, el mismo porcentaje de maestros cree que puede ser debido al azúcar o los alimentos y un 64% de cree que el metilfenidato solo debe ser utilizado solo como último recurso, además se encontró que estos maestros presentaban altos niveles de estrés al enfrentarse a niños con el trastorno, posterior a la capacitación menos de un cuarto de los maestros sostenían estas creencias, el aumentar del nivel de conocimiento de los docentes disminuyó el estrés en los maestros frente al paciente con TDAH (Barbaresi, 1998).

En un estudio realizado en Alemania se encontró que los maestros aún teniendo conocimientos satisfactorios sobre el trastorno, utilizan sus propios recursos para intervenir a los niños afectados con el trastorno (Schweifer, 2009).

En Filadelfia se estudió la relación existente entre el conocimiento de los maestros sobre el TDAH, el conocimiento sobre las técnicas de intervención que tenían estos maestros y la percepción con respecto al tratamiento, se concluyó que los maestros que habían recibido información tenían mayor conocimiento sobre síntomas sin embargo en cuanto al manejo preferían las intervenciones conductuales sobre la medicación, lo que sugiere

que el conocimiento no es una variable determinante para que los maestros acepten o no un plan de tratamiento (Castenova, 2008).

En un estudio se comparó una población de maestros de Gran Bretaña y maestros Canadienses, se encontró que los maestros de Canadá donde el TDAH es un fenómeno altamente medicalizado y los profesores tienen pocas alternativas sociales para manejar a los niños con problemas en las aulas, los maestros están preparados para identificar a los niños con problemas y para que éstos reciban tratamiento, sin embargo en Gran Bretaña donde la Medicalización es incompleta y donde los educadores tienen formas estrictas de control social para el manejo de los alumnos con TDAH en sus aulas, los maestros mantenían una actitud negativa en cuanto al tratamiento (Conrad, 2004).

En cuanto al tratamiento de TDAH en Michigan EUA, se estudiaron los conocimientos que tienen los maestros sobre el uso de los psicotrópicos en las escuelas en el tratamiento del TDAH, encontrándose que a pesar de que el 11.5% de los estudiantes estaban siendo tratados con psicotrópicos, los maestros reportan un conocimiento limitado de cómo y por qué el tratamiento con medicamentos funciona ni los efectos secundarios asociados con su uso, los maestros asociaron su desconocimiento a la poca relación con los padres o con los profesionales que utilizan los medicamentos (Lien, 2007). Horner refiere que pocos conocimientos por parte de los maestros se relaciona con actitudes negativas hacia los niños con TDAH y que posterior a la implementación de programas de capacitación si aumentan los conocimientos mejoran las actitudes de los maestros frente a la enfermedad (Horner, 2004).

3. Justificación

El Trastorno de Déficit de Atención ocurre en todos los niveles sociales y en todas las culturas. El TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad.

Por lo general, se nota deterioro en la voluntad o la capacidad del niño para controlar su conducta a lo largo del tiempo y para mantener su mente en las metas y consecuencias futuras. Argumenta el autor que el déficit de atención es un trastorno real y un verdadero problema que a menudo se convierte en un obstáculo ya que llega a ser angustioso para todas las personas con quienes convive el paciente con TDAH, produce alteración el funcionamiento del que la padece, en el entorno escolar, social y familiar.

Existe una alteración en el cerebro del que padece el trastorno, lo que causa el movimiento constante y otras conductas que algunas personas consideran intolerables (Barkley, 2002).

Hasta nuestro conocimiento en la Republica Dominicana todavía no se han realizado estudios para determinar los conocimientos y creencias de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los estudios a nivel mundial revelan que existe la necesidad de informar más a los maestros sobre el déficit de atención e hiperactividad ya que estos disponen de escasos conocimientos sobre el tema.

Debido a la alta prevalencia de este trastorno en la literatura mundial y siendo los maestros una de las figuras más importante tanto en el establecimiento del diagnostico, como en el manejo y seguimiento, es de gran importancia investigar cual es el conocimiento que tienen los maestros sobre el TDAH en la ciudad de Santo Domingo, con el propósito de que sirva para motivar a los maestros y hacer conciencia a las autoridades al frente del ministerio de educación de la Republica Dominicana, acerca de la importancia y la necesidad de un programa de capacitación sobre el trastorno.

4. Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos y las creencias sobre TDAH en los maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santo Domingo, Republica Dominicana?

5. Hipótesis

Los maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santo Domingo presentan creencias erróneas y un bajo nivel de conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. .

6. Objetivo

Determinar el nivel de conocimientos y creencias sobre TDAH de los maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santo Domingo, RD y comparar las actitudes y creencias frente a la enfermedad entre los maestros que saben que es el TDAH y los que no saben.

7. Material y método

7.1. Diseño de la investigación

Estudio transversal y descriptivo.

7.2. Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 192 maestros que aceptaron participar en la investigación, de los cuales 100 eran maestros de escuelas públicas y 92 maestros de colegios privados, que se encontraban trabajando como docentes en la zona metropolitana de la ciudad de Santo Domingo Republica Dominicana y a la vez cumplieron los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

1. Que aceptara participar voluntariamente en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

2. Que se encontrara trabajando en una institución educativa pública o privada ubicada en la zona metropolitana de la ciudad de Santo Domingo.

Criterios de exclusión

1. Que ocupara solo roles administrativos no docentes.
2. Que no aceptara voluntariamente la participación en el estudio.

7.3. Procedimiento

Para llevar a cabo el estudio, el investigador tuvo que realizar un recuento de las escuelas públicas y privadas que se escogerían para realizar la investigación del área metropolitana de la ciudad de Santo Domingo. Se escogió al azar un total de 20 escuelas, diez (10) públicas y diez (10) privadas

Una vez seleccionadas las escuelas para realizar la investigación, se procedió a visitar las escuelas para hablar personalmente con los directores escolares y presentarles la propuesta de investigación y solicitar el permiso de acceso a la institución escolar. De un total de diez (10) escuelas públicas y diez (15) escuelas privadas visitadas y contactadas, sólo se logró obtener acceso a ocho escuelas públicas y siete escuelas privadas.

Luego de obtener el permiso de acceso por parte de los directores, el investigador procedió a elaborar una programación de visitas con la fecha y hora que cada escuela propuso las horas de recreo de los niños para no interrumpir en las aulas.

Se le explicó el propósito de la investigación y la forma de completar el cuestionario a cada maestro. Una vez los maestros obtuvieron las instrucciones de cómo llenar el cuestionario, leyeron la descripción inicial del cuestionario y decidieron participar, se les otorgó un periodo de 45 minutos para llenar los cuestionarios y entregarlos. El investigador recolectó los cuestionarios, se dio curso al siguiente paso de tabular los mismos. Se eliminaron Todos los cuestionarios que no estaban completamente llenos.

7.4. Descripción del instrumento

Cédula de captura de datos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) C.A.S.O.ADH.

Es un cuestionario autoaplicable que se completa por los maestros bajo la supervisión de un profesional de la salud mental.

La cédula para el escrutinio fue escrita específicamente para este estudio por un panel de expertos en psicopatología que discutieron el mismo hasta alcanzar un consenso. Esta Cédula incorpora información de otros instrumentos previamente aplicados y/o evaluados, como el Cuestionario de Evaluación de Barkley y la Encuesta Nacional para el Consenso de Opinión sobre el Manejo Clínico del TDAH–2008.(Palacio, 2009).

Este instrumento consta de dos partes: 1) Un registro de identificación con los datos generales del maestro; 2) Un cuestionario de 20 preguntas de opción múltiple relacionadas con seis áreas: a) Reporte del maestros sobre si sabe que es el TDAH b) Conocimientos acerca del TDAH (si los maestros consideran al TDAH una enfermedad o un mito y si han recibido información acerca del mismo); c) Pasos en la búsqueda de atención (a quién se considera un profesional capacitado para diagnosticar y tratar la enfermedad); d) Creencias acerca del tratamiento (el medicamento, la psicoterapia u otras opciones en el tratamiento del TDAH); e) las creencias sobre las áreas de funcionamiento que mejorarían con el tratamiento y f) las creencias sobre los riesgo a los que puede llevar la enfermedad.

El cuestionario se completa en un tiempo promedio de 30 minutos. Este instrumento tiene tres versiones: a) Padres; b) Maestros; c) Profesionales de la salud. La que se reporta en este estudio es solamente la versión que se aplicó a los maestros.

7.5. Análisis estadístico

Para la descripción de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión; como promedios, porcentajes y desviaciones estándar. Se evaluó si la probabilidad de considerar al TDAH como enfermedad se relacionaba con conocimientos

adecuados sobre las áreas de evaluación y manejo. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

7.6. Consideraciones éticas

El estudio se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki (De Roy, 2004). Considerado un estudio sin riesgo de acuerdo a la Ley General de Salud de México. Así mismo, fue evaluado y autorizado por el Comité de Ética y por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

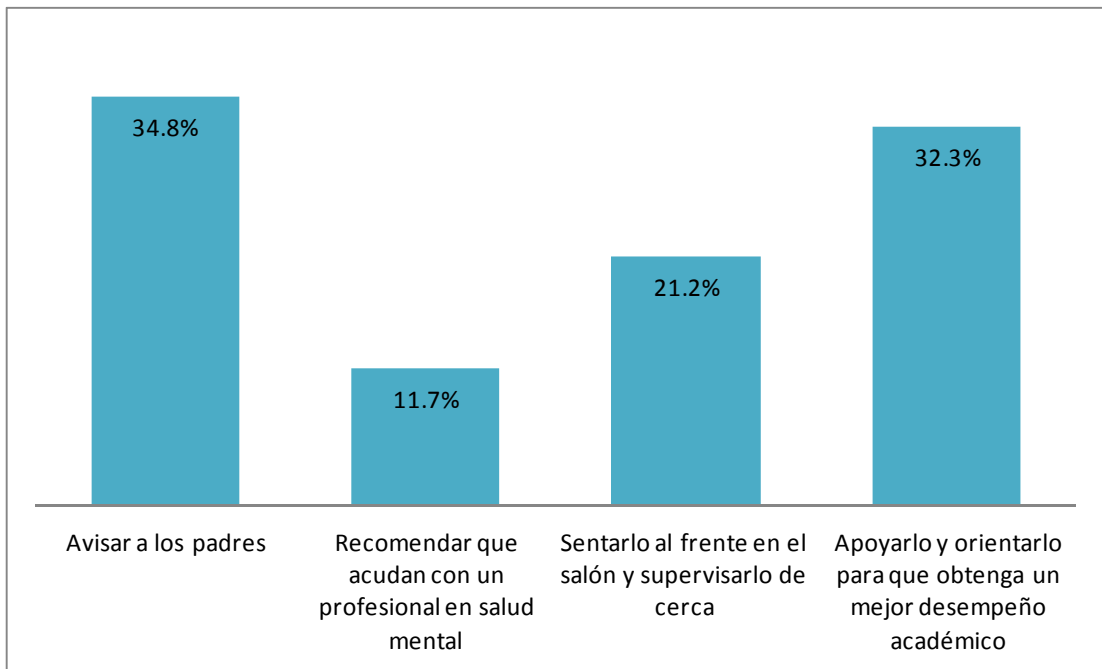
8. Resultados

La muestra total se conformó por 192 maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santo Domingo, los cuales tenían grados de técnico, licenciatura o maestría. El 52.1% eran de escuelas públicas y el 47.9% de escuelas privadas. Dependiendo del nivel en el cual impartían docencia, el 47.4% trabajaba con adolescentes, 42.2% con escolares y 10.4% con preescolares.

Conocimientos acerca de la enfermedad: el 90.5% (N=171) de los maestros dijo saber qué es el TDAH. El 77.8 % (N=144) de la muestra evaluada consideró al TDAH como una enfermedad y el 21.1 % (N=39) como una dificultad en la crianza, el resto consideró al TDAH como un mito, una moda, un invento de la industria farmacéutica o no existente.

Conductas a seguir por los maestros con alumnos que tienen problemas de aprendizaje y conducta: los maestros reportaron tener 6 alumnos con problemas de conducta o de rendimiento académico por aula de clases en promedio. El 89.5% dijo tener experiencia en el manejo de estos niños. La mayor parte de los maestros encuestados trataría de resolver el problema usando sus propios medios y algunos acudirían a los padres como fuente de solución del problema, menos de una tercera parte considera que debe acudir el niño con TDAH a un profesional de la salud mental. (Véase gráfica 1).

Gráfica. 1 Conductas de los maestros al detectar alumnos con problemas de conducta o de rendimiento escolar.



Creencias sobre el diagnóstico y tratamiento

La tabla 1 muestra las creencias de los maestros sobre cuáles son los profesionales capacitados para realizar el diagnóstico y tratar el TDAH.

Tabla 1. Profesionales de salud capacitados

Profesionales de salud	Capacitación	
	Diagnosticar (%)	Tratar (%)
Psiquiatra o Psiquiatra Infantil	17.8	7.6
Neurólogo o Neurólogo Infantil	11.2	4.4
Psicólogo	31.7	76.5
Neuropsicólogo	11.2	0.0
Psicopedagogo	24.6	11.5
Pediatra	3.1	0.0

En cuanto a las creencias acerca del tratamiento, alrededor del 33% de la muestra consideró que el mejor tratamiento para el TDAH sería el psicológico, el 32% el apoyo psicopedagógico o manejo combinado (psicológico y farmacológico). Más de la mitad de la muestra, 58.2%, consideró que el tratamiento farmacológico solamente apoya al tratamiento psicosocial y no tiene un efecto terapéutico en sí mismo.

Se observaron diferencias en los conocimientos en torno al tratamiento, en particular en el papel que debe jugar el médico, entre los maestros que consideraban que el TDAH es una enfermedad y los que no lo hacían (véase tabla 2).

Tabla. 2 Comparación de los conocimientos entre los maestros que consideraban que el TDAH es una enfermedad y los que no.

Variables	Le consideran enfermedad (N=144)	No le consideran enfermedad (N=41)	Valor X²	gl	P	RM (IC 95 %)
El Psiquiatra está capacitado para hacer el DX.	42.4%	24.4%	4.358	1	0.037	2.2 (1.0-4.9)
El Neuropsicólogo está capacitado para hacer el DX.	28.5 %	9.8 %	6.073	1	0.014	3.6 (1.2-10.9)
El psiquiatra es el indicado para tratar el TDAH.	11.2%	0.0%	5.024	1	0.025	0.75 (0.69-0.82)
El tratamiento combinado es el ideal.	43.3 %	12.2%	13.264	1	0.000	5.4 (2.0-14.8)
El apoyo psicopedagógico es el tratamiento ideal	29.8 %	56.1 %	9.577	1	0.002	0.3 (0.1-0.6)

Los maestros que ven el padecimiento como enfermedad tienen dos veces más posibilidad de mandar al alumno para ser evaluado por un psiquiatra o psiquiatra infantil con relación a los que no creen que se trate de una enfermedad y 3 veces más posibilidades de referir los niños a un neuropsicólogo que los que no lo consideran enfermedad.

9. Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo describir los conocimientos y creencias de los maestros de escuelas públicas y privadas de la zona metropolitana de la ciudad de Santo Domingo con respecto al TDAH y las diversas áreas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de esta condición.

Las características demográficas de la población estudiada fueron semejantes a la población estudiada en Puerto Rico, donde los maestros pertenecían a escuelas públicas y privadas de la zona metropolitana de la ciudad de San Juan (Gonzalez, 2009).

Con respecto al conocimiento de los maestros acerca del TDAH, nuestro estudio mostró que la mayoría refiere saber qué es el TDAH y considera el trastorno como una enfermedad, sin embargo al evaluar sus conocimientos sobre el tratamiento consideran como primera línea de tratamiento el manejo psicológico, dato que se explicaría por la pobre educación acerca del trastorno como se ha reportado por otros autores los cuales indican que el conocimiento de los maestros sobre TDAH es insuficiente ya que saben de los síntomas pero no del tratamiento. (Perold, Louw y Kleyhans, 2010).

Encontramos que en cuanto al tratamiento los maestros presentan un conocimiento limitado ya que menos de la mitad de los docentes consideró el tratamiento combinado como el ideal, además más de la mitad considera que el tratamiento farmacológico solo sirve de apoyo al tratamiento psicológico, nuestros resultados se asemejan a los encontrados por (Lien, 2007) quien reportó que en una población de maestros Estadounidenses a pesar de que el 11.5% de los alumnos estaba bajo tratamiento farmacológico los maestros presentaron un conocimiento limitado de cómo y por qué es necesario este tratamiento, en ese estudio los maestros asociaron su desconocimiento a la poca relación con los profesionales de la salud mental y los padres, dato que se pudiera extrapolar a nuestro estudio, ya que de acuerdo a la secretaria de estado de salud pública y asistencia social de Republica Dominicana el país solo cuenta con dos unidades de salud mental en las que se atienden niños y adolescentes (IESM-OMS, 2008) y dada la prevalencia del trastorno, debe ser difícil para los profesionales de la salud mental el contacto directo con los educadores. Es necesario capacitar

profesionales de atención primaria e incentivar la mejora de la comunicación entre padres, maestros y personal de salud.

Se encontró que la mayoría de los maestros al identificar un niño con problemas de conducta y/o de rendimiento escolar utiliza sus propios recursos para manejar al menor, otro grupo significativo llamaría a los padres y una pequeña parte lo mandaría a atención médica, tal como se vio en un estudio realizado en Alemania (Schweifer, 2009), en que se encontró que los maestros aún teniendo conocimientos satisfactorios sobre el trastorno, utilizan sus propios recursos a la hora de intervenir en los niños afectados, este fenómeno se puede asociar a la cultura ya que se ha demostrado que en las sociedades donde los educadores tienen formas estrictas de control social para el manejo de los alumnos con TDAH en sus aulas, mantienen una actitud negativa en cuanto al tratamiento medicalizado de los niños (Conrad, 2004), lo que hablaría de la necesidad de capacitar a esta población acerca del tratamiento multimodal de esta condición, fundamentándonos en el hecho de que implementar programas de capacitación aumenta los conocimientos y mejora las actitudes de los maestros frente a la enfermedad (Horner, 2004).

En el estudio realizado en una población de maestros con características similares a los estudiados por nosotros, más de la mitad de los maestros no tienen conocimiento sobre cómo trabajar con niños con TDAH en las escuelas regulares (Rivera, 2006). En nuestro trabajo no se evaluó el conocimiento sobre cómo tratar con estos pacientes en el salón de clases, dato que sería muy importante documentar en investigaciones futuras.

Las investigaciones en torno al TDAH han hecho énfasis en la relación existente entre los conocimientos de los maestros y la información que reciben mientras estaban en la universidad, relacionando la falta de información como un obstáculo para identificar e intervenir a los niños con TDAH (O'Keeffe, 2004, Walter, 2006, González 2009). En nuestro estudio esta variable no fue examinada pero consideramos de suma importancia a futuro realizar investigaciones en esa dirección, ya que vemos en nuestros resultados cierta incongruencia entre la conceptualización del trastorno como

enfermedad y las decisiones a la hora de referir para manejo, probablemente debidas al desconocimiento de los maestros.

9.1 Limitaciones

La principal limitación de este trabajo es que la muestra fue obtenida exclusivamente en maestros de la zona metropolitana de la ciudad de Santo Domingo, por lo que la opinión de los maestros respecto al TDAH como enfermedad no puede ser generalizada al resto de la población de maestros de la Republica Dominicana.

La muestra evaluada fue heterogénea en cuanto al nivel de capacitación que tenían los maestros, además no se valoró la fuente de donde habían recibido la información acerca del padecimiento. Si bien esto no constituyó un problema en el presente estudio, futuras investigaciones deberán cuestionar el nivel de capacitación del maestro y la fuentes de donde ha recibido información sobre el TDAH, para determinar con mayor precisión el peso de las variables arriba mencionadas en la opinión de los maestros.

10. Conclusiones y recomendaciones

En este estudio la mayoría de los maestros encuestados consideraron que el TDAH es una enfermedad, sin embargo deben recibir educación acerca del componente biológico y la necesidad de tratamiento farmacológico y por ende del enfoque multimodal necesario para el manejo de este trastorno.

Los maestros encuestados en su gran mayoría señalaron al tratamiento psicológico y el psicopedagógico como el más eficaz para el TDAH, lo que indica la necesidad de crear programas multimodales para capacitar a los docentes sobre el manejo ya que está claramente establecido en la literatura mundial que debe ser un manejo combinado donde la piedra angular debe ser el manejo medico farmacológico.

Es importante mejorar la cantidad y la calidad de la educación acerca del TDAH y su tratamiento impartida a los maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de

Santo Domingo, para que sus decisiones terapéuticas sean más informadas y tengan un mejor efecto sobre la evolución y el pronóstico del paciente.

11. Referencias

1. Accardo, P. J., & Blondis, T. A. The neurodevelopmental assessment of the child with ADHD. In P. J. Accardo, T. A. Blondis, B. Y. Whitman, & M. A. Stein (Eds.), Attention deficits and hyperactivity in children and adults (2nd ed., rev.) New York: Marcel Dekker. 2000: p. 141-162.
2. Accardo, P. J., & Blondis, T. A. Pediatric management of ADHD medication. In P. J. Accardo, T. A. Blondis, B. Y. Whitman, & M. A. Stein (Eds.), Attention deficits and hyperactivity in children and adults (2nd ed., rev.) New York: Marcel Dekker. 2000: p. 513-533.
3. Agne, K. J., Greenwood, G. E., & Miller, L. D. Relationships between teacher belief systems and teacher effectiveness. J. Res and Dev in Educ. 1994; 27(3):141-152.
4. American Academy of Pediatrics (AAP). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention deficit/hyperactivity disorder. Washington, D.C Pediatrics; 2001: P. 1033-1044.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV TR) cuarta edición. Washington DC; 2000.
6. Barbaresi, WJ., Olsen, RD. An ADHD educational intervention for elementary schoolteachers: a pilot study. J Dev Behav Pediatr.1998 Apr; 19(2):94-100.
7. Barkley R, Murphy K, Bauermeister J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un manual de trabajo clínico. London: The Guilford Press. 1998.
8. Barkley RA, Murphy KR & Fischer M. ADHD in Adults: What the Science says. New York: Guilford Press. 2008.
9. Barkley, R. A. Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. J Psychiatr Pract. 2004 Jan; 10(1):39-56

10. Barkley, R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook/or diagnosis and treatment (31'd ed.). New York: Guilford Press.2006.
11. Barkley, R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press. 1990.
12. Barkley, R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder. Sci Am. 1998 Sep; 279(3):66-71.
13. Barkley, R. A. Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Aug; 39(8): 1064-8.
14. Barkley, R. A. Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. New York: The Guilford Press. 2000.
15. Barkley, R. A. Mental and medical health outcomes of AD/HD. In Paper presented at the 14th Annual CHADD International Conference, Miami: 2002.
16. Baughman, F. A. Attention deficit hyperactivity disorder: Exposing the fraud of ADD and ADHD. 2001 [Retrieved August 1, 2011],from <http://www.adhdfraud.org/>
17. Beckle, B. Knowledge and attitudes about Attention Deficit Hyperactivy Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. J Atten Disord. 2004 Feb;7(3):151-61
18. Biederman J, Faraone S, Spencer T., et al. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. J clin psychiatry . 2006; 67: 524-540.
19. Blondis, T. A., & Chisholm, J. J. Plumbism. In P. J. Accardo, T. A. Blondis, B. Y. Whitman, & M. A. Stein (Eds.), Attention deficits and hyperactivity in children and adults (2nd ed., rev.) New York: Marcel Dekker. 2000: p. 345-358.

20. Bradley-Klug, Shapiro, E., & DuPaul, G. Attention deficit hyperactivity disorder and kids in the middle: A field test of a school-based consultation model. *TESE* 1997; 20(2): 179-188.
21. Brook, U., Watemberg, N., & Geva, D. Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Educ Couns.* 2000 Jun;40(3):247-52.
22. Campell, O.A. & Figueroa, A.S. Trastorno del déficit de la atención hiperactividad (TDAH). Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento. *Archivos de Neurociencias.* 2002; 7 (4): 197-212.
23. Canino, G., Alegría, M. Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *J Child Psychol Psychiatry.* 2008 Mar;49(3):237-50.
24. Castenova, L., "Middle School Teacher Acceptance of Interventions for ADHD" [online] Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Psychology Dissertations. 2008 [jan 14, 2012] 25. Disponible en: http://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/25.
25. Chalerman, R. Manual de orientación a maestros y padres. Caguas, Puerto Rico. Ediciones NAPE. 2003.
26. Clarren, S. K. (2000). Attention deficit and hyperactivity disorder in the context of alcohol exposure in utero. In P. J. Accardo, T. A. Blondis, B. Y. Whitman, & M. A. Stein (Eds.), *Attention deficits and hyperactivity in children and adults* (2nd ed., rev.) New York: Marcel Dekker. 2000: P.359-369.
27. Conners, C., Epstein, J., March, J., Angold, A., Wells, K., et al. Multimodal Treatment of ADHD in the MTA: An Alternative Outcome Analysis *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Feb;40(2):159-67.
28. Connor, D. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD, *J Am Acad Children Adolesc Psychiatry* 2003; 42:193

29. Conrad, M. Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health (London)*. 2004 Jan; 8(1):61-80.
30. Cook, B. G., Tankersley, M., Cook, L., & Landrum, T. Teachers' attitudes toward their included students with disabilities. *J Except Children*, 2000; 67(1): 115-135.
31. Daley, K. Update on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Opin Pediatr*. 2004 Apr; 16(2):217-26.
32. DuPaul, G., & Stoner, G. *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies (2nd ed.)*. New York: Guilford Press. 2003.
33. Fine, L. Paying attention: Scientists scrutinize the brain for biological clues to the mysteries of ADHD. *Education Week*, 2001; 20(34), 26-29.
34. Flischer A, Hatherill S, Lund C, Funk M & Patel V. Social determinants of hiperactividad. *El Nuevo Día* 2009; P. 25-26.
35. García, F. *Aprendiendo a vivir*. San Juan Puerto Rico. Ediciones Hipalis. 2000.
36. Ghanizadeh, A., Bahredar, MJ., Moeini, SR. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Educ Couns*. 2006; 63(1-2):84-8.
37. Glass, C. Factors influencing teaching strategies used with children who display ADHD characteristics. *J Educ*. 2001; 122(1): 70-79.
38. Goldstein, L. F. FDA approves new drug to treat attention problems [Electronic version]. *Education Week*. 2002; 22(15): 4.
39. González, G., González, M., Ramírez, B., Rivera, M. Attention deficit hyperactivity disorder in five schools of the San Juan metropolitan area: assesment of teacher's knowledge. *Bol Asoc Med P R*. 2009; 101(1):31-5
40. Green, R. W., et. al. Are Students ADHD more Stressfull too teach? Parent of Teachers stress in the Elementary School Sample are Statistical Data Included. *J Educ and Behav* . 2002.

41. Hagin, R. A., & Deson, L. R. ADHD: Diagnosis. In B. P. Guyer (Ed.), ADHD: Achieving success in school and in life. Boston: Allyn & Bacon. 2000; P.22-37
42. Hall, A. S., & Gushee, A. G. Diagnosis and treatment with attention deficit hyperactive youth: Mental health consultation with school counselors. J Ment Health. 2000; 22: 295-306.
43. Hepperlen, T. M. The development and psychometric analysis of an error-choice test to measure teacher-attitudes toward students with ADHD. Unpublished master's thesis, University of North Dakota, Grand Forks. 1998.
44. Hepperlen, T. M., Clay, D. L., Henly, G. A., & Barke, C. R. (2002). Measuring teacher attitudes and expectations toward students with ADHD: Development of the Test of Knowledge about ADHD (KADD). J Atten Disord. 2002; 5(3), 133-142.
45. Hinshaw, S. P. Introduction. In P. J. Accardo, T. A. Blondis, B. Y. Whitman, & M. A. Stein (Eds.). Attention deficits and hyperactivity in children and adults (2nd ed., rev.) New York: Marcel Dekker. 2000: P.13-17
46. Horner, B. , Kutcher, S., Brooks, SJ. The feasibility of a mental health curriculum in elementary school. Can J Psychiatry, 2004; 49(3):208-11.
47. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en República Dominicana utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) 2008. consultado 15 de Febrero 2012. http://www.who.int/mental_health/dominican_republic_who_aims_spanish.pdf
48. Jarque, S. conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. J Psicothema. 2007; 19(4): 585-590.
49. Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. A comparison of American and Canadian teacher's knowledge and attitudes towards ADHD. Can j psychiatry, 1994; 39: 563-567.

50. Jewell, E. J., & Abate, F. The new Oxford American dictionary. New York: Oxford University Press; 2001.
51. Johnson, B., & Christensen, L. Educational research: Quantitative and qualitative approaches. Boston: Allyn and Bacon. 2000.
52. Zouain, J., Peralta, M., Benoit, L., Fana, J., trastorno por déficit de atención e hiperactividad en centros educativos. Órgano oficial de expresión del departamento de medicina. 2011; 2(1): 22-27.
53. Kamleiter, M. S. Behavior management and discipline. Paper presented at the 14th Annual CHADD International Conference, Miami Beach, FL. 2002.
54. Landrum, T. J., Cook, B. G., Tankersley, M., & FitzGerald, S. Teacher perceptions of the trustworthiness, usability, and accessibility of information from different sources. J Spec Educ. 2002; 23(1): 42-48.
55. Leyser, Y., & Tappendorf, K. (2001). Are attitudes and practices regarding mainstreaming changing? A case of teachers in two rural school districts. J. Educ, 2001; 121(4): 751-760.
56. Lien, M., Carlson, J., Hunter-Oehmke, S., Knapp, K. (2007). A pilot investigation of teachers' perceptions of psychotropic drug use in schools. J Atten Disord. 2007; 11(2):172-7.
57. Linda, L. Middle School Teacher Acceptance of Interventions for ADHD. J Psychol Dissert, 2008; 25.
58. Maegden, J-W., & Carlson, C. L. Social functioning and emocional regulation in the attention déficit hyperactivity disorder subtypes. J Clin Child Psychol. 2000 Mar;29(1):30-42
59. Nass, R., & Leventhal, F. 100 questions & answers about your child's attention deficit hyperactivity disorder. Sudbury, MA: Jones and Bartlett. 2005

60. O'Shea, T. Attention deficit disorder: A designer disorder [Electronic version]. Today's Chiropractic, 2000 January/ February; 42-48.
61. O'Keeffe, J., McDowell, M. Bridging the gap between health and education: words are not enough. 2004; 40(5-6):252-7.
62. Orjales, I. Psicología educativa y de la evolución. Barcelona. Adana news 2003.
63. Palacio J, Botero D, Muñoz C, Vásquez R. Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH. Rev Colomb Psiquiatr 2009; 38: 84-87.
64. Parker, H. C. ADHD today: Strategies for success at home and at school. Paper presented at the 14th Annual CHADD International Conference, Miami Beach, FL. 2002, October.
65. Perold, M., Louw, C., & Kleynhans, S. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). South African Journal Educ, 2010; 30:457-473.
66. Poza, et al. Guías clínicas del Hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro". México: Diseño editorial; 2009; p. 4-5.
67. Polanczyk, G., Silva, L., Lessa, H., Biederman, J. Et al. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry .2007; 164:942-948.
68. Powers, C. A. The pharmacology of drugs used for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. In P. J. Accardo, T. A. Blondis, B. Y. Whitman, & M. A. Stein (Eds.), Attention deficits and hyperactivity in children and adults (2nd ed., rev.) New York: Marcel Dekker.2000; P.477-511.
69. Rabiner, D. Maximizing the benefits of stimulant medication treatment for children with AD/HD – Part 1. Attention Landover, MD: CHADD. 2003; 9(4): 42-43.

70. Richard, M. M. Dispelling the myths and misconceptions about ADHD. In B. P. Guyer (Ed.), ADHD: Achieving success in school and in life. Boston: Allyn & Bacon. 2000; p. 171-192.
71. Rivera, A. Percepción que tienen los maestros sobre la integración de los niños con TDAH al sistema regular de educación. Tesis de maestría universidad metropolitana de Puerto Rico. 2006.
72. Rodrigo, M., Perera, D., Eranga, V., Williams, S., Kuruppuarachchi, K. The knowledge and attitude of primary school teachers in Sri Lanka towards childhood attention deficit hyperactivity disorder. Ceylon Med J. 2011 Jun;56(2):51-4
73. Rodríguez, L., López, J. Garrido, M., et al. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev Pediatr Aten Primaria. Abr.-jun. 2009; 11(15).
74. Roldál Soto, C. Violación diaria a derechos de niños con hiperactividad. El Nuevo Día. Martes 14 de febrero 2006: 25
75. Ruiz, M., Gutierrez, J., Garza, S., De la Peña, F., (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) Actualidades Diagnósticas y Terapéuticas. [en línea] México: 2004 [consultado 12 enero 2012] <http://www.aeintegral.com.mx/ampiweb/padres/m1act.htm#arriba>.
76. Ruiz, V. & Nieves, A. Conocimiento sobre TDAH en la comunidad escolar. San Juan, PR: Universidad de Puerto Rico. 2005.
77. Schweifer, T. Attention deficit and hyperactivity in school children--knowledge, resources and cooperation among professions concerned. Wien Med Wochenschr. 2009; 159(7-8):183-7.
78. Schwiebert, V., Sealander, A., & Bradshaw, L. Preparing youth with attention deficit disorders for entry into the workplace and postsecondary education. Professional School Counseling, 1998; 2: 26-32.

79. Sciotto, M. J., Terjesen, M. D., & Frank, A. S. B. Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol schools*, 2000; 37(2): 115-122.
80. Sciotto, M. J. & Eisenberg, M. Evaluating evidence for and against the overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord* 2007; 11: 106 – 113.
81. Sciotto, M. J., Nolfi, C. J., & Bluhm, C. A. Effects of Child Gender and Symptom Type on Elementary School Teachers' Referrals for ADHD. *J Emotion Behav Disord*, 2004; 12: 247 - 253
82. Snider V, Busch T, Arrowood L, et al. Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *j special educ*. 2003; 24: 47-57.
83. Stormont, M., & Stebbins, M. S. Teachers' comfort and importance ratings for interventions for preschoolers with AD/HD. *Psychol Schools*, 2001; 38(3): 259-267.
84. Syed, U., Hussein, S. Increase in teachers' knowledge about ADHD after a week-long training program: a pilot study. *J Atten Disord*. 2010; 13(4):420-3
85. Tallahassee, F. Elementary-secondary fall staff survey (EEO-5): Total teachers and instructional personnel by district and school, winter survey [Electronic version]. Florida Department of Education. 2002.
86. Tannock, R., & Martinussen, R. Reconceptualizing ADHD. *Educational Leadership*, November 2001; 20-25.
87. Valdizán J, Consenso Multimodal en TDAH: Infancia, adolescencia y adultos. San Juan, PR: Universidad de Puerto Rico. 2005.
88. Vereb, R.L., y Diperna, J.C. Teacher's knowledge of ADHD, treatments for ADHD and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 2004; 33: 421-428.

89. Walter, H., Gouze, K., Lim, K. Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(1):61-8
90. Wiggins, D., Singh, K., Getz, H., & Hutchins, D. Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ment Health*. 1999; 21: 82-92.

12. ANEXOS

COMUNICADO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO

___ de _____ de 2011

Sr(a) director (a).

Escuela _____

Distinguido director/a

Soy estudiante del Programa único de residencias medicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, Actualmente me encuentro desarrollando la tesis como requisito para el grado de especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia, el título de Conocimientos sobre TDAH que tienen los maestros de Escuelas Públicas y Privadas de la ciudad de Santo Domingo, RD.

A tales efectos, solicito muy respetuosamente su colaboración para el desarrollo de la investigación que me propongo someter como parte de la misma. La colaboración a la que me refiero consiste en permitirme aplicar un cuestionario a los maestros de la escuela que usted dirige. El cuestionario está dirigido a corroborar cuánta información tienen los maestros sobre el trastorno.

De ser factible esta solicitud, le estaré muy agradecido. Puede comunicarse conmigo para cualquier duda relacionada con la comunicación a través de mi teléfono residencial

(809) 567-7847 ó al celular (809) 330-7325.

Cordialmente,

Dra. Leisy de la Rosa.

Cédula de captura de datos sobre el TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) (C.A.S.O.ADH).

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene como objetivo recoger las opiniones de los maestros Latinoamericanos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que es un trastorno en donde los niños se muestran inquietos, distraídos o con problemas de conducta en sus actividades escolares y/o cotidianas. La finalidad es analizar ésta información y aportar nuevas propuestas en el conocimiento, manejo y pronóstico de los alumnos.

La información de esta encuesta será manejada confidencialmente y no se conocerá ningún aspecto de ella a título individual. Los resultados de la encuesta sólo serán divulgados como una opinión en conjunto de todos los participantes.

Para cualquier consulta les invitamos a acceder a la siguiente dirección de página electrónica: www.tdah.org.mx

Conocimientos y Creencias sobre el TDAH Versión Maestros

Instrucciones: Por favor lea con cuidado cada enunciado y marque con una "X" la respuesta que más se acerque a lo que usted observa. No hay respuestas buenas o malas. Cada una de sus respuestas será mantenida en confidencialidad.

INFORME DEL PROFESOR

Nombre del Maestro _____ Fecha _____

Trabaja en colegio: público _____ privado _____

1. ¿En qué grado escolar da usted clases?

- a) Preescolares
- b) Escolares
- c) Adolescentes
- d) Adultos

2. ¿Sabe usted qué es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?

- a) Sí
- b) No

3. Usted piensa que el TDAH es:

- a) Una enfermedad
- b) Un mito
- c) Una moda
- d) Un problema de crianza
- e) Un invento de los médicos/laboratorios
- f) En realidad no existe

4. En promedio por ciclo o año escolar, en el salón de clase ¿Cuántos alumnos llega usted a tener con problemas de conducta o problemas de rendimiento académico?

Número promedio _____

5. Cuando usted ha detectado algún alumno con problemas de conducta o rendimiento escolar ¿Cuál es su PRIMERA conducta a seguir?

- a) Aviso a los padres
- b) Recomendando que acudan con un profesional en salud mental
- c) Lo siento al frente en el salón y lo superviso de cerca
- d) Lo apoyo y oriento para que obtenga un mejor desempeño académico

e) No hago nada, no es mi responsabilidad.

f) Otra, especifique:

6. En su opinión, ¿quién cree usted que está capacitado para realizar el diagnóstico de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad? (Usted puede señalar varias respuestas)

- a) Psiquiatra o Psiquiatra Infantil
- b) Neurólogo o Neurólogo Infantil
- c) Psicólogo
- d) Neuropsicólogo
- e) Psicopedagogo
- f) Pediatra
- g) Otros
- h) Ninguno

7. ¿Quién considera usted que es la persona indicada para tratar a cualquier alumno con problemas de conducta o de rendimiento escolar? (señale sólo una)

- a) Psicólogo
- b) Psicoterapeuta
- c) Neurólogo ó Neurólogo pediatra
- d) Psiquiatra o Psiquiatra infantil
- e) Pedagogo
- f) Otro, especifique:

8. Mencione los nombres de medicinas u otros tratamientos que usted conoce o ha escuchado que sean útiles en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:

9. Considera que el tratamiento ideal para una persona que padece un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es:

- a) Tratamiento Psicológico
- b) Tratamiento Farmacológico
- c) El Tratamiento Combinado: Psicológico y Farmacológico
- d) Apoyo Psicopedagógico
- e) No es necesario tratamiento alguno

10. Considera que el tratamiento farmacológico:

- a) Sólo sirve como un apoyo al tratamiento psicológico o pedagógico
- b) No existe tratamiento seguro, puede producir efectos secundarios importantes
- c) Es la parte más importante dentro del tratamiento integral
- d) Produce adicción y después no puede dejarlo
- e) No sirve para tratar el TDAH

11. ¿Quién considera usted que es la persona indicada para ayudar a cualquier alumno con TDAH? (Usted puede señalar varias respuestas)

- a) Psicólogo
- b) Psicoterapeuta
- c) Neurólogo ó Neurólogo pediatra
- d) Psiquiatra o Psiquiatra infantil
- e) Otro, especifique:

12. ¿Tiene usted experiencia en el manejo dentro del salón de clases de niños y/o adolescentes con problemas de conducta?

- a) Sí
- b) No

13. ¿Tiene usted experiencia en el manejo dentro del salón de clases de niños y/o adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?

- a) Sí
- b) No

14. Por año, en el salón de clase a su cargo, ¿cuántos niños y adolescentes (MASCULINO) tiene usted que hayan sido diagnosticados por personal de salud mental con TDAH?

Número promedio: _____

15. Por año, en el salón de clase a su cargo, ¿cuántas niñas y adolescentes (FEMENINO) cree usted que tengan TDAH?

Número promedio: _____

16. Por año, en el salón de clase a su cargo, ¿cuántos niños y adolescentes (MASCULINO) cree usted que tengan problemas de conducta?

Número promedio: _____

17. Por año, en el salón de clase a su cargo, ¿cuántas niñas y adolescentes (FEMENINO) cree usted que tengan problemas de conducta?

Número promedio: _____

18. Piense, si es el caso, en los alumnos que están bajo tratamiento ¿cuál diría usted que es el área que el tratamiento ha mejorado? (Usted puede señalar varias respuestas)

- a) ____ Su rutina normal
- b) ____ Funcionamiento académico
- c) ____ Actividades sociales
- d) ____ Relaciones sociales
- e) ____ Actividades deportivas

f) ____Otras, cuál: _____

19. En el colegio en donde usted trabaja, del 100% de los alumnos, cuál es el porcentaje de alumnos con: (puede señalar un porcentaje aproximado)

a) Consumo de Alcohol _____%

b) Consumo de Tabaco _____%

c) Consumo de Marihuana _____%

d) Otros, especifique: _____ %

20. Considera que los niños y adolescentes con problemas de conducta, TDAH y/o dificultades académicas, tienen mayor riesgo para:

a) Problemas de integración familiar: sí_____ no_____

b) Consumo de alcohol: sí_____ no _____

c) Fumar: sí_____ no_____

d) Iniciar vida sexual antes de los 18 años: sí_____ no_____

e) Accidentes en casa o en la calle: sí_____ no _____

f) Fracturas o lesiones graves: sí _____ no_____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.