

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud
Departamento de Psicología



CONOCIMIENTOS DE DOCENTES DE BÁSICA PRIMARIA SOBRE
TRASTORNOS MENTALES PREVALENTES EN LA INFANCIA

Carolina Pino Silva
Psicóloga en Formación

Cúcuta, Colombia
2018

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud
Departamento de Psicología



CONOCIMIENTOS DE DOCENTES DE BÁSICA PRIMARIA SOBRE
TRASTORNOS MENTALES PREVALENTES EN LA INFANCIA

Psi. Esp. Milena Porras Gómez
Directora de Trabajo de Grado

Carolina Pino Silva
Psicóloga en Formación

Cúcuta, Colombia
2018

Agradecimientos

Agradecer es un gesto humanamente significativo y necesario, es así como manifiesto mi inmensa gratitud a las personas y entes que hicieron posible el desarrollo de este proceso investigativo.

En primer lugar, a la Universidad de Pamplona por ser la institución forjadora de los conocimientos y preparación académica que amerita el ejercicio de investigación.

A la psicóloga y directora de tesis Milena Porras Gómez, por su solidaridad y orientación que me permitió avanzar y lograr materializar el estudio, gracias por sus ideas y sugerencias en pro de la construcción de un proyecto investigativo más sólido.

Es importante mencionar el agradecimiento al docente Ricardo Suárez, por sus aportes, destacando el rol de asesor en los primeros peldaños del proyecto.

De igual forma, muchas gracias a las instituciones educativas y actores educativos que participaron de forma voluntaria en beneficio de la investigación de la región y la formación de los profesionales, su labor indeleble es objeto de reconocimiento para la edificación de un mejor país.

Por último, destaco y expreso mi gratitud infinita hacia mis padres y hermano, quienes me han apoyado incondicionalmente, siendo mi piedra angular en el desarrollo de mi carrera profesional y consecución de esta meta, la cual se ha enfocado en fortalecer y contribuir a la base de toda sociedad, la educación.

Tabla de Contenido

Resumen	1
Introducción.....	3
Problema de Investigación	4
Planteamiento del Problema	4
Descripción del Problema	5
Formulación del Problema	7
Justificación.....	8
Objetivos	11
General	11
Específicos.....	11
Estado del Arte	12
Marco Teórico	22
Capítulo I. Salud Mental Infantil	24
Patologización de la infancia.	26
Capítulo II. Trastornos Mentales Prevalentes en la Infancia.....	28
Depresión.....	30
Discapacidad intelectual (DI).	33
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).	34
Trastorno de ansiedad por separación (TAS).	35
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	37
Trastorno de conducta (TC).....	39
Trastornos específicos del aprendizaje (TA).	40
Trastorno espectro del autismo (TEA).	42
Trastorno negativista desafiante (TND).	43
Trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH).....	44
Capítulo III. La Inclusión Educativa.....	46
Capítulo IV. Formación de Docentes.....	48
Programas de pregrado en Cúcuta.	53
Marco Contextual	54

Marco Legal	61
Marco Metodológico.....	63
Diseño	63
Población.....	63
Muestra.....	63
Procedimiento	65
Instrumento.....	66
Calificación del instrumento.....	67
Análisis de Información Recolectada	68
Resultados	69
Datos Sociodemográficos.....	69
Test de Trastornos Mentales Infantiles	74
Discapacidad intelectual.....	74
Trastorno específico del aprendizaje: dificultad en matemáticas.	75
Trastorno del espectro autista.	75
Depresión.....	76
Trastorno de ansiedad generalizada.	76
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	77
Trastorno específico del aprendizaje: dificultad en expresión escrita.	77
Trastorno de conducta.	78
Trastorno específico del aprendizaje: Dificultad en lectura.	78
Trastorno negativista desafiante.	79
Trastorno de ansiedad por separación.	79
Niveles de conocimiento	80
Análisis y Discusión de Resultados	89
Conclusiones.....	95
Recomendaciones	97
Referencias Bibliográficas	98
Anexos	111

Índice de Tablas

Tabla 1 Comparación de trastornos mentales según cada manual	23
Tabla 2 Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, en Colombia.	30
Tabla 3 Programas de pregrado en educación.	53
Tabla 4 Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según escolarización en Colombia.....	56
Tabla 5 Cobertura educativa, SIMAT	60
Tabla 6 Leyes de Educación en Colombia	61
Tabla 7 Distribución de la muestra	64
Tabla 8 Muestreo por cuotas	64
Tabla 9 Frecuencia de los datos.....	69
Tabla 10 Comparación entre nivel educativo y tipo de institución educativa	70
Tabla 11 Comparación de género tipo de IE.....	73
Tabla 12 Conocimientos por género	85
Tabla 13 Conocimientos por nivel educativo.....	85
Tabla 14 Conocimientos por años de experiencia	87

Índice de Figuras

Figura 1 Población de Cúcuta.....	54
Figura 2 Trastornos mentales en las regiones de Colombia.....	56
Figura 3 Perfil académico de docentes y directivos	59
Figura 4 Niveles de conocimiento	68
Figura 5 Edades de los docentes participantes	69
Figura 6 Nivel formativo en las instituciones educativas	70
Figura 7 Nivel de formación de los participantes.....	71
Figura 8 Años de ejercicio docente.....	71
Figura 9 Frecuencia de los años de experienciae intitución educativa	71
Figura 10 Años de experiencia	72
Figura 11 Género de los participantes	73
Figura 12 Resultados TDDEA.....	74
Figura 13 Resultados DI.....	74
Figura 14 Resultados dificultad en matemáticas	75
Figura 15 Resultados TEA	75
Figura 16 Resultados Depresión.....	76
Figura 17 Resultados TAG.....	76
Figura 18 Resultados de TDAH	77
Figura 19 Resultados Dificultad en escritura	77
Figura 20 Resultados de TC	78
Figura 21 Resultados Dificultad en lectura.....	78
Figura 22 Resultados de TND	79
Figura 23 Resultados TAS	79

Figura 24 Conocimientos en Iof1	80
Figura 25 Conocimientos Iof2.....	80
Figura 26 Conocimientos Inof.....	81
Figura 27Conocimientos Ic	81
Figura 28 Comparación conocimientos en IE	82
Figura 29 Niveles generales de conocimiento.....	83
Figura 30 Resultados en la detección.....	84
Figura 31 Comparación de conocimientos por nivel educativo	86
Figura 32 Conocimientos por años de experticia	88

Lista de Anexos

Anexo A. Autorización institución educativa	111
Anexo B Consentimiento informado	112
Anexo C Instrumento	113
Anexo D Validaciones de instrumento	116
Anexo E Herramienta pedagógica	117

Resumen

El gran impacto de la psicología en todos los ámbitos de la vida cotidiana, ha generado procesos de normalización de diversas conductas, basados en la ley de inclusión 1618 de 2013, la presente investigación tiene como objetivo determinar los conocimientos de los docentes de básica primaria sobre los trastornos mentales infantiles prevalentes en la población colombiana: Ansiedad generalizada, Ansiedad por separación, Depresión, Discapacidad Intelectual, TC, TEA, TDAH, TND y Trastornos Específicos del Aprendizaje.

La muestra es de 80 docentes de cuatro instituciones educativas oficiales y no oficiales, con tipo de muestreo no probabilístico por cuotas. Investigación cuantitativa con diseño descriptivo. Se determinó que no hay una diferencia proporcionalmente grande entre los niveles de conocimientos, no obstante predomina el conocimiento bajo acerca de trastornos mentales, concluyendo en la importancia del cumplimiento de programas de formación docente.

Palabras claves: Inclusión, educación, docentes, conocimientos, trastornos mentales, infantiles.

Abstract

The great impact of psychology in all areas of daily life, has generated processes of normalization of various behaviors, based on the inclusion law 1618 of 2013, this research aims to determine the knowledge of primary school teachers about Child mental disorders prevalent in the Colombian population: Generalized Anxiety, Separation Anxiety, Depression, Intellectual Disability, TC, ASD, ADHD, ODD and Specific Learning Disorders.

The sample is of 80 teachers from four official and unofficial educational institutions, with non-probabilistic sampling rate by quotas. Quantitative research with descriptive design. It was determined that there is not a proportionally large difference between levels of knowledge, there is no low knowledge about mental disorders, which concludes the importance of compliance with teacher training programs.

Keywords: Inclusion, education, teachers, knowledge, mental disorders, children.

Introducción

Los trastornos mentales se han convertido en una de las situaciones más agobiantes para las familias y para el profesorado que ven cómo los infantes presentan cuadros conductuales y/o emocionales que necesitan, entre otros, apoyo médico y psicopedagógico. La práctica cotidiana en educación permite detectar una amplia problemática emocional y comportamental que, normalmente, se manifiesta unida al fracaso escolar y la no integración al sistema educativo.

Los criterios de normalidad o psicopatología de los niños están entrelazados por un determinado patrón de comportamiento, como por la multitud de factores implicados en su origen y mantenimiento. En la actualidad, se está observando un incremento gradual de los trastornos mentales en la infancia, lo que implica que sean un foco para la investigación.

El alumnado que presenta trastornos mentales, en su mayoría, se incluyen dentro del concepto de necesidades educativas específicas en el presente marco normativo de discapacidad en Colombia, lo que supone un reconocimiento explícito y la posibilidad de un beneficio en cuanto a los recursos y apoyos que se les presta.

La detección precoz de los trastornos mentales es de suma importancia, por un lado, para intervenir lo más tempranamente posible, y por otro, para evitar las consecuencias que pueden generar en el proceso de adaptación del niño y posteriores etapas evolutivas.

En la medida que la educación sea cada vez más abierta a la diversidad, se irá avanzando en una sociedad menos discriminadora, donde la diferencia no constituya un obstáculo para la participación sino un valor de riqueza en las interacciones. En este sentido, caminar en procesos de integración escolar, constituye un paso en hacer de esta sociedad una más inclusiva y por ello más justa, donde los docentes poseen un rol ineludible.

Por ende, es oportuno estudiar los conocimientos sobre trastornos mentales infantiles que poseen los educadores con el fin de fomentar la capacitación y actualización docente.

Problema de Investigación

Planteamiento del Problema

Los entes socializadores de los infantes son su núcleo familiar y la escuela, muchas de las conductas que están fuera de los “parámetros normales” no son detectadas por los padres y les corresponde a los educadores ser quienes identifiquen si existen síntomas que indiquen algún tipo de afección o trastorno infantil para proceder a intervenirlo por parte del profesional idóneo.

Por tanto, se pretende determinar los conocimientos de los docentes de básica primaria sobre los trastornos infantiles prevalentes en la población colombiana: Ansiedad generalizada, Ansiedad por separación, Depresión, Discapacidad intelectual, Trastorno de Conducta, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Negativita Desafiante y Trastornos específicos del Aprendizaje, según los criterios de la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5).

Descripción del Problema

El gran impacto de la Psicología en todos los ámbitos de la vida cotidiana, ha generado procesos de normalización de diversas conductas, con el fin de que las personas sean aceptadas y no rechazadas, este propósito busca evitar procesos de estigmatización de los individuos, específicamente en el contexto académico, se promueve la formación de docentes idóneos para contrarrestar este fenómeno a través de la llamada educación inclusiva.

Por ende, las políticas de inclusión reglamentadas por el Ministerio de Educación nacional a través del artículo 47 de la ley 115 de 1994 y la ley de inclusión 1618 de 2013, requieren que los educadores estén capacitados para educar infantes con diversidad funcional, y a su vez impartan pedagogías de igualdad para incorporarlos al aula de clase, es decir, el nivel de conocimientos que poseen los docentes sobre las distintas psicopatologías que más se presentan en la infancia, son un objeto de estudio que amerita indagación.

Los trastornos mentales en la infancia más comunes son los trastornos del neurodesarrollo, los trastornos por déficit de atención y trastornos de conducta, siendo más prevalentes en niños que en niñas (AEN, 2009; Alaéz, Martínez y Rodríguez, 2000). En líneas generales y atendiendo a la edad de aparición de dichos trastornos, son difícilmente diagnosticables antes de los 6 años, aunque pueden aparecer previamente signos de su existencia (APA, 2002; AEN, 2009; Alaéz; Martínez y Rodríguez, 2000).

Es oportuno por tanto, comprender como lo indica Rodríguez y Aguilar (2009) que la infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en la cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar del futuro. Los trastornos emocionales y del comportamiento que se inician en la infancia o adolescencia, además del sufrimiento que generan en el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como repercusiones sociales y educativas, por los costos económicos y de vida productiva.

Los resultados obtenidos en la Encuesta de Salud Mental (2015) donde se aplicaron 2.727 encuestas a población infantil entre 7 y 11 años, arrojaron que por lo menos un 44,7 % requieren de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para evaluar problemas o posibles trastornos. El 27,6 % tienen un síntoma, 10,5 % tienen dos (estos tienen una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental) y finalmente un 6,6 % reportan tres síntomas positivos o más, sugerirían aún mayor riesgo de tener un trastorno mental.

La prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales es de 4,7 % para los últimos 12 meses y 3,0 % para los últimos 30 días en niños según los resultados de la Encuesta. Los trastornos mentales en la infancia son en general más frecuentes en niñas que en niños. Para la prevalencia del último año, las niñas padecen más trastornos 5,6% vs 3,8 %.

Los trastornos mentales más frecuentes en los últimos 12 meses fueron: el Trastorno por Déficit de Atención con una prevalencia 3,0 % siendo la variedad con hiperactividad la más frecuente, seguido del Trastorno de Ansiedad por Separación 1,8 %, seguidos por los Trastornos de Ansiedad Generalizada y Negativista Desafiante con 0,4 % cada uno.

De este modo, es necesario señalar que en esta etapa el niño se encuentra en pleno desarrollo de sus capacidades, existiendo además gran variabilidad interindividual. Es destacable la importancia de la intervención temprana frente a trastornos, y la prevención de consecuencias mayores en etapas escolares futuras, en muchos casos, está implicado el buen quehacer de los maestros de educación primaria, la comunicación con familiares y la coordinación con los diferentes profesionales, particularmente con los psicólogos.

Los sistemas educativos actuales buscan la integralidad de los individuos, por ende se intenta dejar atrás el sistema educativo tradicional y se enfoca a las instituciones hacia la calidad. Siendo esto así, la capacitación de docentes y su actualización en trastornos infantiles es una falencia reciente, debido a la transición en los estilos de aprendizaje y la modernización de la enseñanza. Actualmente los docentes poseen la responsabilidad de

educar en saberes, pero transversalmente deben contar con habilidades para hacer parte de una escuela ética, sensible, inclusiva y que promueva la interculturalidad.

Acotando así, el docente debe reconocer la necesidad del trabajo interdisciplinario para la educación integral de sus aprendices, y por consiguiente la adquisición y refinación de habilidades son necesarias para identificar situaciones particulares en el aula de clase de manera oportuna, ya que es el educador el primer filtro para dar solución a las necesidades de los infantes, puesto que es quien está en contacto con el infante la mayoría de tiempo.

Norte de Santander es un departamento fronterizo que posee en sus aulas menores de diferentes procedencias, con condiciones de vulnerabilidad, siendo este el contexto idóneo para el estudio de las competencias que poseen los educadores en la identificación de situaciones y trastornos que afectan mentalmente a sus educandos, específicamente en las instituciones educativas oficiales y no oficiales, quienes deben apegarse a las leyes de inclusión nacional regidas por el Ministerio de Educación colombiano.

Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos de los docentes de básica primaria, acerca de los trastornos mentales prevalentes en la población infantil, de instituciones educativas de la ciudad de San José de Cúcuta en el año 2018?

Justificación

Se ha demostrado que la promoción de salud mental durante la infancia, disminuye las alteraciones en el desarrollo e impide que muten a trastornos crónicos que afecten al individuo (Lecannelier, 2006). Según el Ministerio de Salud colombiano a través de la encuesta de salud mental realizada en el 2015, el 4.7% de la población infantil encuestada (2727 infantes) padece de trastornos mentales. Siendo éste un indicador preponderante para revisar el proceso de identificación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en la infancia.

A nivel mundial y nacional la discapacidad es un tópico relevante desde la perspectiva social y legal. Según el censo realizado por el DANE en 2005, se presume que en el país para la época había 400.313 personas menores de 18 años con discapacidad, de los cuales el 19,8% tiene una discapacidad mental, el 34,8% discapacidad cognitiva, el 9,1% posee discapacidad motriz y el 14% una discapacidad sensorial.

De igual forma, los resultados estimaron que el 22,5% de los individuos con diversidad funcional son analfabetas, frente al 8,7% de analfabetismo de las personas sin discapacidad. Conjuntamente, las personas con discapacidad efectúan 4,49 años escolares en promedio, en contraste con las personas sin discapacidad que cursan 6,48 años.

Es oportuno desde la Psicología estudiar los diversos padecimientos que se presentan en las aulas de clases, promover las políticas de inclusión implementadas por el Estado colombiano en los últimos años, fomentar la formación docente, al ser entes indispensables de la ruta de atención a los menores, y generar prevención frente a fenómenos como la patologización de la infancia, que conllevan al mal diagnóstico y uso de etiquetas que estigmatizan a la población infantil con trastornos mentales no corroborados por los profesionales indicados (Dueñas, 2011).

Los docentes suelen ser los primeros en vislumbrar las manifestaciones de los trastornos mentales debido a que observan una gran cantidad de comportamientos de los niños, ya que comparten con ellos durante muchas horas, en situaciones ordenadas y de esparcimiento. Además, el contacto diario con diversos grupos de infantes les permite contrastar los comportamientos de los niños (Percy, Clopton y Pope, 1993; Runnheim,

Frankenberger y Hazelkorn, 1996; Snider, Frankenberger y Aspenson, 2000; Weber, Frankenberger y Heilman, 1992).

Conforme a esto, el Ministerio de Educación establece la creación de Plan Territorial de Formación para Docentes y Directivos docentes (PTFD), con el fin de fomentar programas de capacitación, dando la potestad a cada Secretaria de Educación departamental para establecer las necesidades de actualización de los educadores.

De tal forma, desde la Psicología Educativa y Clínica es imperioso examinar dicha preparación académica, ya que la identificación y conocimiento de trastornos mentales garantizaría la remisión a psicólogos y la implementación de estrategias pedagógicas que sintonicen con el derecho a la equidad de la educación tal como se estipula a continuación:

“La formación, capacitación, actualización y perfeccionamiento de los educadores en servicio deben contribuir de manera sustancial al mejoramiento de la calidad de la educación y a su desarrollo y crecimiento profesional” (Art. 38 Decreto 1278 de 2002).

La necesidad educativa que emerge en el país, requiere formar con calidad y pertinencia al profesional de la educación para que tenga las habilidades de atender estas nuevas demandas. A través de la revisión teórica, no se identifican investigaciones que abarquen de forma conjunta el fenómeno que es objeto de estudio en la presente investigación (trastornos infantiles), los estudios tienden a direccionarse en trastornos infantiles específicos, siendo por ende de gran relevancia teórica estudiar en conjunto los diversos trastornos que prevalecen en la población colombiana.

Los resultados obtenidos contribuirían a la Psicología abriendo campo a futuras investigaciones que analicen el aumento de los casos de trastornos mentales infantiles en las aulas de clases y la posibilidad de falsos positivos.

La indagación a su vez, permitiría que se generen proyectos y herramientas para la formación de los docentes y su actualización académica, con el fin de favorecer e impactar las políticas de inclusión estatal, generando la apremiante necesidad de incentivar aún más la capacitación de los educadores, tal como lo refiere el Decreto 1278 de Junio 19 de 2002 en su artículo 38 sobre la formación y capacitación docente, tema que es de gran

relevancia social en lo que concierne a la educación integral de la niñez, y se relaciona con el reciente decreto 1421 de 2017, el cual posee el propósito de cerrar las brechas de desigualdad, y garantizar que personas con discapacidad puedan acceder a una educación inclusiva y de calidad.

Los resultados cuantitativos serán guía para la estipulación de una herramienta pedagógica que facilite la formación docente con relación a los trastornos más frecuentes en los infantes, y el fomento de procesos de inclusión educativa que promuevan el acceso a una educación equitativa y de calidad.

Es por ello, que la apuesta para lograr una sociedad incluyente requiere la formación de un docente que se transfigure, según lo expresa Correa y Restrepo en: “Un agente cultural de inclusión, generador de cambio, con necesidad de formación académica, científica y cultural; y la institución educativa, como el escenario para atender las necesidades particulares de las personas y grupos poblacionales, requiriendo acompañamiento y apoyo en su proceso de transformación”.

Es así, como el proyecto de investigación pretende intrínsecamente generar el reconocimiento del rol protagónico del docente en las transformaciones de los sistemas educativos, obteniendo como consecuencia la consolidación del concepto de desarrollo profesional docente, aludiendo a las distintas acciones ejecutadas por el docente en su proceso de formación, posibilitando su desempeño profesional, la creación de identidades y el mejoramiento de sus competencias profesionales como aporte significativo a la región.

Objetivos

General

Determinar los conocimientos que poseen los educadores de básica primaria sobre los trastornos mentales prevalentes en la infancia a través un estudio cuantitativo que permita el fomento de la formación docente y la inclusión educativa.

Específicos

Evaluar los niveles de conocimiento de los docentes sobre trastornos prevalentes en la población infantil mediante un instrumento que indique las características sociodemográficas y la detección de las psicopatologías.

Describir los conocimientos de docentes acerca de trastornos mentales en la infancia y aspectos sociodemográficos a través del análisis de datos, generando un contraste de la información recabada con respecto a las discusiones teóricas.

Promover la inclusión de la población con diversidad funcional por medio del diseño de una herramienta pedagógica que facilite la adquisición de conocimientos básicos a los docentes acerca de los trastornos mentales que priman en la infancia colombiana.

Estado del Arte

La revisión de la literatura indica que no hay una investigación que busque evaluar los conocimientos de los docentes acerca de un cúmulo de trastornos prevalentes en la infancia, no obstante algunas investigaciones se enfocan en un solo trastorno infantil, o en el estudio de las actitudes de docentes frente a la inclusión educativa y los infantes con necesidades educativas especiales, siendo estas orientaciones un acercamiento similar al objeto de esta investigación.

A nivel internacional se han realizado estudios que sirven de sustento teórico para la indagación del problema de investigación.

En Perú se buscó describir los conocimientos de los docentes de primaria de Chiclayo sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) durante el año 2015 (Gamarra, Mendoza, León, León, Campos, 2017). Se implementó un diseño descriptivo transversal, mediante un muestreo por conglomerados monoetápico. Se aplicó un cuestionario de 21 preguntas validado por expertos y prueba piloto. Se realizó un análisis univariado y bivariado exploratorio.

Los resultados indican se entrevistaron a 434 docentes: 211 (48.6%) de colegios privados y 223 (51.4%) de públicos. La media de edad fue de 39 años. El 74,1% de docentes opinó que el TDAH es un problema importante para el niño, 42.1% que el tratamiento farmacológico es adictivo, 32.5% que puede ser causado por el azúcar y otros aditivos alimentarios, 29.6% que es ocasionado por mala crianza y maltrato de los padres y 8.1% que es tan frecuente que puede ser una invención de los médicos.

Por otro lado en México, con el fin de contribuir a la investigación epidemiológica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad–TDAH se analizaron las semejanzas y diferencias en los cuestionarios contestados por padres y maestros para la identificación de síntomas del TDAH en niños que acuden a consulta psicológica al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara (Hernández, Montiel y Martínez, 2014).

Padres y maestros de 168 niños (46 niñas, 122 niños, edad promedio de 8 años) contestaron respectivamente un cuestionario de 18 preguntas, estructurado a partir de los criterios diagnósticos para el TDAH propuestos en el DSM-IV. Como resultados, el análisis estadístico arrojó una concordancia moderada entre padres y maestros, observando diferencias significativas en seis de los 18 reactivos. Los criterios concordantes se refieren, en su mayoría, a síntomas de desatención, mientras que las diferencias observadas tienen que ver con conductas asociadas a hiperactividad e impulsividad, con puntuaciones más altas otorgadas por parte de los padres.

También se observó que al analizar en forma separada a niños y niñas no se encuentran diferencias significativas en la mayoría de las puntuaciones otorgadas a las niñas, mientras que las discrepancias son observadas principalmente en los puntajes otorgados a los niños, tanto de los primeros como de los últimos grados escolares, con mayores puntuaciones asignadas por los padres de familia.

Se concluye que, efectivamente, tanto padres como maestros dan diferente significación a la conducta de los menores, dependiendo de su edad y su género, principalmente por su capacidad de control atencional y de su actividad motora, tanto en casa, como en la escuela.

Estos datos evidencian que las diferencias encontradas en la muestra completa se deben básicamente a diferencias en las calificaciones otorgadas por los padres de familia a los niños, mientras que en el caso de las niñas, los resultados son similares a los encontrados en los cuestionarios contestados por el profesor.

Lo anterior permite pensar que a pesar de que culturalmente se percibe como algo habitual que los niños muestren mayores niveles de hiperactividad e impulsividad en relación con sus pares femeninos, los cuestionarios contestados refieren que estas mismas conductas resultan más notorias para los padres de familia que para los maestros, muy posiblemente por aspectos intrínsecos o idiosincráticos al interior de la familia.

Con relación al uso de instrumentos para la evaluación de actitudes y conocimientos de los docentes, en isla de Tenerife en España se llevó a cabo una investigación que tenía como foco el diseño de un instrumento para la identificación del conocimiento y actitudes

del profesorado hacia inclusión de los alumnos con necesidades educativas especiales (Pérez, Alegre, Rodríguez, Márquez, 2016).

Se diseñó un cuestionario sobre actitudes del profesorado hacia los alumnos con NEE a tres niveles: conocimiento y actitud hacia la discapacidad, organización de la respuesta educativa para atender a los alumnos con NEE y competencias profesionales para responder adecuadamente a las NEE.

Se usó una muestra de 430 profesores (56,3%, de colegio público y un 43,7% de centros privado), los cuales el 40,6% eran hombres y el 59,4% mujeres, y además participaron que de forma voluntaria dando su opinión respecto a la forma de relacionarse y trabajar con alumnos con discapacidad. La consistencia interna del instrumento diseñado, en términos globales, resultó satisfactoria.

Las seis subescalas mostraron valores de fiabilidad superiores a 0,89, siendo el valor total de la prueba de 0,932. De los 52 ítems que conformaron la prueba no se detectaron ítems problemáticos, permitiendo detectar las necesidades tanto formativas como de falta de cualificación del profesorado en el ámbito de respuesta a la diversidad y a las necesidades educativas.

Asimismo, en Ecuador también se implementó una investigación para describir las actitudes, conocimientos y prácticas de los docentes de la ciudad de Esmeraldas ante la educación inclusiva (Montánchez, Ortega y Moncayo 2014), el cual consistió en un estudio de encuesta, de carácter exploratorio/descriptivo, y se centra en la investigación acerca de las actitudes, conocimientos y prácticas de los docentes de la ciudad de Esmeraldas ante la Educación Inclusiva.

La base instrumental para la recogida de información es un cuestionario de cinco escalas, para una muestra de 321, fue un estudio diferencial multivariado: análisis de perfiles mediante conglomerados de k-Medias realizado, con el objetivo de poder identificar grupos de opinión a nivel multivariado.

Los resultados arrojaron en cuanto a los conocimientos los docentes de las escuelas privadas son los que dicen detectar los casos de niños con necesidades especiales con

mayor claridad y qué factores indiquen en su proceso de enseñanza/aprendizaje. En cambio, con respecto a conocimientos específicos para trabajar dentro del aula con niños/as con alteraciones de conducta las escuelas públicas tienen mayor nivel debido a que manejan mayor número de población diversa.

Otro aspecto preponderante para la actual investigación es la formación de los docentes, por consiguiente el estudio orientado a la “Formación inicial docente para la Educación Inclusiva. Análisis de tres programas chilenos de pedagogía en Educación Básica que incorporan la perspectiva de la educación inclusiva” (San Martín, Villalobos, Muñoz y Wyman, 2017), indaga en la importancia de la educación inclusiva en la formación inicial docente en tres programas de Pedagogía en Educación Básica del sistema de educación superior chileno (dos universidades privadas y una pública), que incorporan elementos de la educación inclusiva en sus descripciones y perfiles de egreso.

Específicamente, la investigación busca conocer cómo se entiende la educación inclusiva en el diseño curricular de estos programas y de qué manera estos incluyen esta dimensión dentro de los procesos formativos que llevan a cabo.

A través de una metodología de métodos mixtos con un diseño explicativo secuencial, se realiza un análisis de los perfiles de egreso y de las mallas curriculares de cada programa, que se contrastan con los discursos de actores clave de cada uno de ellos, mediante seis entrevistas semiestructuradas a directores de los programas y a docentes de las asignaturas orientadas a la educación inclusiva.

Los resultados muestran que la mayoría desarrolla una aproximación hacia la educación inclusiva basada en el discurso por sobre la implementación de prácticas pedagógicas concretas y en una incorporación parcializada y específica en algunas asignaturas. Adicionalmente, no existen altos niveles de coherencia interna respecto de qué se entiende por educación inclusiva y cómo esta se debe desarrollar para la formación inicial del profesorado en los programas analizados.

En el contexto colombiano las cifras sobre trastornos infantiles no tienen una actualización constante, y las investigaciones que estudien la identificación de trastornos por parte de docentes son escasas, los avances a nivel legislativo en los últimos años

apuntan a la inclusión educativa de infantes con diversidad funcional y esto incluye los trastornos mentales.

La gestión para la atención a la diversidad en Colombia se ha ido consolidando a partir de diferentes estrategias que se implementan en el programa de educación inclusiva con calidad; una de éstas radica en la formación para el fortalecimiento del enfoque de inclusión, orientada a 2182 docentes en ejercicio de 65 municipios, en el período 2006-2012. Por ende, se estudió la formación de docentes participantes en el programa de educación inclusiva con calidad en Colombia (Correa, Bedoya y Agudelo, 2014).

Para la investigación se analizan 545 sistematizaciones de experiencias realizadas por los docentes participantes y se orienta por los parámetros del enfoque hermenéutico, utilizando la técnica de análisis documental para procesar la información de las experiencias producto del proceso formativo y, de la información obtenida en la línea base y de salida para los logros en los talleres de formación.

El procesamiento de los datos se realiza con el software Atlas ti v.7, y del cruce de los datos, experiencias y líneas base y de salida surgen las categorías conceptuales. Los resultados se agrupan en competencias, obteniendo en niveles de significación alto las competencias humana y pedagógica, en un nivel medio la social e investigativa y en nivel bajo la de tipo política.

Con referencia a la temática, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Mundial sobre Educación y el Decreto 366 del 9 de febrero de 2009, entre otras, reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva.

Esto implica planeación y preparación por parte de las entidades educativas que servirán a este propósito. Por ende, En Colombia se realizó una investigación sobre la inclusión educativa de personas con discapacidad (Padilla, 2011), que pretende describir la apertura y la preparación de los docentes para brindar una atención adecuada a personas con discapacidad en tres establecimientos educativos de Bogotá de acuerdo con la normatividad existente.

El estudio fue tipo encuesta de corte transversal en docentes de tres colegios públicos de la localidad de Usaquén, en Bogotá. Se elabora un instrumento autodilucidado con preguntas tipo Likert y de aplicación voluntaria, confidencial y anónima a docentes de cada uno de los colegios.

Los instrumentos fueron ingresados a una base de datos y se realizaron análisis con frecuencias simples, porcentajes y puntajes obtenidos en el cuestionario.

Los resultados describen la heterogeneidad de la discapacidad y la dificultad para incluir a las personas en condición de discapacidad de manera homogénea dentro de las legislaciones. Se encuestaron 343 docentes (93,4%) de los 367 previstos, con un promedio de edad de 48 años; de los cuales 292 (81,1%) son mujeres.

Un 28,9% (97) de los docentes refieren sentirse preparados para educar estudiantes con discapacidad física; un 19,9% (67), para educar estudiantes con discapacidad sensorial; un 19,3% (65), para educar estudiantes con discapacidad mental (cognitiva) y un 45,8% (154), para educar estudiantes con problemas emocionales.

En conclusión el tópico de la discapacidad es heterogéneo y esto se representa en la apreciación diferencial de los docentes respecto a su preparación para atender diferentes problemáticas. Hay pocos docentes preparados para esta población y ello puede incidir en la inclusión escolar. Aunque las legislaciones evidencian una evolución en la terminología sobre discapacidad y aunque ellas muestran un apoyo al tema en los ámbitos nacional e internacional, todavía existen vacíos para incluir educativamente a esta población.

Por consiguiente, con el fin de establecer cifras certeras sobre salud mental y discapacidad en Colombia se ejecutó la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia en el 2015, uno de los temas abordados fue la prevalencia de posibles trastornos mentales en niños con condiciones crónicas (Gómez, Ramírez, Tamayo, Rodríguez y Rengifo, 2015).

La prevalencia mundial de condiciones crónicas está en aumento, y este fenómeno abarca a las poblaciones pediátricas. No se ha estudiado lo suficiente la interrelación entre las condiciones crónicas y los problemas de salud mental en el caso de los niños.

El objetivo fue medir la frecuencia de problemas y trastornos mentales en la población colombiana de 7-11 años en función de la presencia o ausencia de condiciones crónicas. La información pertenece a la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia 2015, un estudio observacional de corte transversal, con representatividad nacional para el grupo de 7-11 años.

Se midieron los problemas mentales con el cuestionario de reporte de niños (RQC), la prevalencia en los últimos doce meses de siete trastornos mentales de interés en esta población utilizando el Diagnostic Interview Schedule for Children versión para padres (DISC-P), además de diferentes condiciones crónicas. Se realizó un análisis univariado y estratificado.

Los resultados indicaron que fue positivo el RQC del 41,6% de los niños sin condiciones crónicas, el 56,7% de los niños con 1 y el 70,8% de los que tienen dos o más; los que presentan la mayor prevalencia de síntomas son los que tienen enfermedad pulmonar inflamatoria crónica, seguidos de aquellos con diabetes mellitus y alergias.

La prevalencia de uno o más de los trastornos mentales en los niños sin condiciones crónicas es del 3,1%, mientras que en los que tienen por lo menos 1 es del 13,8%. Se evidenció una importante asociación entre las condiciones crónicas en niños y los problemas de salud mental, lo que hace que estos niños requieran una evaluación especializada.

De igual manera la encuesta de salud mental permitió profundizar en la realidad de la situación mental de los menores de edad de Colombia, teniendo en cuenta la carga de enfermedad que representan y que algunos trastornos mentales del adulto tienen su origen en la niñez o en la adolescencia, lo cual exige un mayor conocimiento del problema para diseñar intervenciones oportunas y disminuir las complicaciones a largo plazo,

Por tanto el artículo sobre la “Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos” (Gómez et al, 2015) pretendía determinar dicha prevalencia y los factores asociados de los trastornos en los últimos 30 días y los últimos 12 meses, mediante la aplicación de la entrevista estructurada Diagnostic Interview

Schedule for Children (DISCP), que provee diagnósticos del DSM-IV a los cuidadores de niños no institucionalizados de 7–11 años.

La muestra es de tipo probabilístico, estratificada por sexo y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá). Se evaluaron los siguientes trastornos: depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, déficit de atención e hiperactividad en sus tres presentaciones (mixto, inatento e hiperactivo), negativista desafiante y de conducta. El instrumento fue asistido por computador.

De acuerdo a esto los resultados muestran las prevalencias de los trastornos tanto en los últimos 30 días como en los últimos 12 meses, y se observa una prevalencia de cualquiera de los trastornos medidos del 3% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 2,2%-4,0%) en los últimos 30 días y del 4,7% (IC95%, 3,6%-6,2%) en los últimos 12 meses, siendo más frecuentes en las mujeres.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es el más frecuente (el 2,3 y el 3,0%). Además, los trastornos de la conducta de inicio habitual en la infancia son los más frecuentes en este grupo etario, con prevalencias del 2,5% en los últimos 30 días y el 3,2% en el último año. Se presentan factores de riesgo asociados.

A nivel regional, se ha realizado una investigación en los últimos años que se relaciona con el tópico de la educación, la cual se denomina “Políticas públicas en educación para la población vulnerable de Norte de Santander” (González, Manzano, Vera y Barbosa, 2017); el artículo presenta los resultados de una investigación con enfoque cualitativo de tipo fenomenológico.

El propósito del estudio fue identificar el impacto de las políticas públicas en educación para la población vulnerable de Norte de Santander. La población objeto de estudio la conformaron: jóvenes y adultos iletrados, comunidades étnicas, menores con necesidades educativas especiales, afectadas por la violencia, menores en riesgo social, habitantes de frontera y población rural dispersa, mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Los resultados encontrados permitieron comprender que para mejorar el impacto de las políticas públicas para la población vulnerable de Norte de Santander es necesario que la población conozca los derechos y los haga valer, exista diferenciación clara del apoyo que requiere la población vulnerable, se distribuyan en forma adecuada los recursos y exista una articulación entre las entidades de apoyo. Adicionalmente se debe fortalecer la sensibilidad de la población ante los problemas de vulnerabilidad.

El índice de necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) arrojado por el Censo 2005 es de 30.3% acentuándose en la zona rural con un 58.2%. El 87.9% de la población de 5 años sabe leer y escribir, presentándose un notorio desequilibrio entre las zonas urbanas y la rural (91.3% y 75.4% respectivamente) (Gobernación de Norte de Santander, 2012).

La información educativa de la población arroja que el 42% de la población ha alcanzado el nivel básica primaria, el 27,9% secundaria, el 5,7% ha alcanzado el nivel profesional y el 0,9% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 13,5% (Gobernación de Norte de Santander, 2012).

En Norte de Santander funcionan trece modelos educativos flexibles, como alternativa pedagógica para atender poblaciones diversas o en condiciones de vulnerabilidad: Etno educación, Telesecundaria, Transformemos, Post primaria, A Crecer, Círculos de aprendizaje, Media rural, Adultos, Escuela Nueva, Ser, Aceleración del Aprendizaje, CAFAM (Caja de Compensación Familiar) y Sistema de aprendizaje tutorial (SAT).

Así como las políticas educativas son relevantes, también existen factores que influyen en los procesos educativos, los cuales son medidores del rendimiento de las instituciones educativas, por consiguiente en el entorno municipal se realizó un “Estudio de los factores de calidad educativa en diferentes instituciones educativas de Cúcuta” (Avendaño, Paz y Parada, 2016). El objetivo de esta investigación era analizar los factores de calidad educativa en algunas escuelas de Cúcuta.

Se trata de un estudio cualitativo de tipo descriptivo no experimental transeccional en el que participaron docentes y directivos docentes de 29 instituciones educativas públicas. Para la recolección de la información, se diseñó una matriz de evaluación de la calidad

educativa según la literatura dispuesta y la selección de variables implementadas en otros modelos específicos de evaluación de la calidad educativa.

Además, se realizaron jornadas pedagógicas con 10 instituciones educativas en las que participaron directivos docentes y docentes, y el registro de las contribuciones de los docentes permitió complementar la información contenida en el instrumento diligenciado.

Los hallazgos demuestran que las instituciones educativas evaluadas se han focalizado en aspectos administrativos y técnicos y en la formulación de documentos e informes, pero han dejado a un lado temas importantes, como la praxis y reflexión pedagógica, la escritura y la lectura, la formación ciudadana, el currículo, el proceso de enseñanza-aprendizaje y las prácticas innovadoras y científicas.

En consecuencia, se invita a replantear la visión de calidad en la educación para que se supere la visión que reduce la escuela a informes y documentos, trasladándose a la práctica pedagógica y lo que ello implica.

Las investigaciones en el marco nacional e internacional se encauzan en determinados trastornos mentales que aquejan a la infancia, principalmente el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y no se halla una investigación que se cimiente en un conjunto de trastornos representativos de la población infantil; asimismo la formación de los docentes en estos tópicos es poco estudiada, y las investigaciones relacionadas apuntan a que la inclusión educativa no es una fortaleza dentro de las habilidades que poseen, y se orientan más a procesos de enseñanza.

De igual manera, los estudios no se encauzan a medir la identificación de características elementales sobre trastornos mentales, sino en su mayoría, percepciones, opiniones, creencias y actitudes que los educadores tienen de los niños y las políticas de inclusión educativa.

Marco Teórico

El conocimiento es producto del acto de conocer, y se relaciona con aspectos como las creencias basadas en la experiencia y la memoria, siendo un proceso común inherente al ser humano y sus capacidades cognitivas (Dancy, 1993).

Alavi y Leidner (2003) definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, la cual se vincula con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables.

Dicha información se transforma en conocimiento una vez ha sido procesada en la mente del individuo, y luego nuevamente en información una vez es compartida o comunicada a otras personas mediante el lenguaje. En este sentido, señalan Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento.

En relación a los anterior, el conocimiento se estructura por niveles, los cuales se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad (González, 2014).

Por ende, estudiar los niveles de conocimientos de determinados sujetos acerca de un objeto en particular, es conceptualmente apropiado. Asimismo, estos sujetos en el presente estudio son los docentes, quienes según la Ley 715 de 2001 (Art. 104) son descritos como los orientadores en las instituciones educativas, de un proceso de formación, enseñanza y aprendizaje de los estudiantes, acorde con las expectativas sociales, culturales, éticas y morales de las familias y la sociedad.

Dichos conocimientos, que es preponderante medirlos, están ligados intrínsecamente a un proceso inclusión de la diversidad, partiendo del énfasis del desarrollo de una educación que valore y respete las diferencias derivadas de: género, raza, religión, cultura, posibilidades de aprendizaje, entre otras, viéndolas como una oportunidad para optimizar el desarrollo personal y social, como medio para enriquecer los procesos educativos (Blanco, 2006).

En el marco del desarrollo de la investigación se usa el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última edición DSM 5, teniendo en cuenta que se busca promover la inclusión y evitar el mal uso de etiquetas diagnosticas en la población infantil. Para efectos de Colombia, se da uso en el sistema de salud del CIE-10, guía proporcionada por la Organización Mundial de la salud, no obstante no se toma como referente para el presente estudio por su lenguaje peyorativo.

Tabla 1

Comparación de trastornos mentales según cada manual

Clasificación		
CIE 10	CIE 11	DSM 5
Trastorno depresivo recurrente	Trastorno depresivo	Depresión mayor
Retraso mental	Trastorno del desarrollo intelectual	Discapacidad del desarrollo intelectual
Autismo infantil	Trastorno de espectro autista	Trastorno de espectro autista
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	Trastorno de ansiedad por separación	Trastorno de ansiedad por separación
Trastorno disocial desafiante y oposicionista.	Trastorno negativista desafiante	Trastorno negativista desafiante
Trastornos disociales	Trastorno disocial y de conducta	Trastorno de conducta
Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	Trastorno de aprendizaje evolutivo	Trastornos específicos del aprendizaje
Trastorno específico de la lectura	Con deterioro en la lectura.	Dificultad en la lectura
Trastorno específico de la ortografía	Con deterioro en las matemáticas	Dificultad en matemáticas
Trastorno específico del cálculo	Con deterioro en la expresión escrita	Dificultad en expresión escrita
Trastornos hiperkinéticos	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención o hiperactividad/impulsividad
X	X	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Fuente. Elaboración propia

Capítulo I. Salud Mental Infantil

Los niños pasan gran cantidad de horas en los colegios, y en muchas ocasiones ese tiempo representa la mayor proporción de horas de vigilia de los pequeños, en comparación con el tiempo que pasan con sus padres.

La salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, y es parte integral de la salud pública (OMS, 2007). En esencia, existen muchos determinantes sociales que afectan la salud mental de la población, de modo que en la actualidad es creciente el número de consultas de personas, en cualquier etapa del ciclo vital, para recibir asesoría, consejería o tratamiento de diversos eventos en salud mental, incluyendo enfermedades y trastornos mentales y del comportamiento.

Se estima que unos cuatrocientos millones de personas en el mundo padecen o han padecido alguna vez en su vida trastornos y enfermedades de esta clase, pero en realidad esta cifra puede ser duplicada o triplicada si fueran incluidas todas las personas que han llevado a cabo procesos de atención en salud orientados a algún evento propio de la salud mental, sin que constituyera necesariamente un trastorno o enfermedad (Augsburger, 2002; OMS, 2005).

De cualquier manera, debe considerarse que los trastornos mentales, como cualquier otro motivo de consulta en relación con la salud mental, aparecen a edades más tempranas que otras condiciones médicas de tipo crónico y no transmisible y; por ende, la carga de enfermedad atribuible a este tipo de eventos es considerable y requiere de acciones prioritarias de promoción y prevención (Kohn et al., 2005)

Los trastornos mentales en la infancia más comunes son los trastornos del neuordesarrollo, los trastornos por déficit de atención y trastornos de conducta, siendo más prevalentes en niños que en niñas (AEN, 2009; Alaez, Martínez-Arias, y Rodríguez-Sutil, 2000). En líneas generales y atendiendo a la edad de aparición de dichos trastornos, son difícilmente diagnosticables antes de los seis años, aunque pueden aparecer

previamente signos de su existencia (APA, 2002; AEN, 2009; Alaéz, Martínez y Rodríguez, 2000).

De este modo, es necesario señalar que en esta etapa el niño se encuentra en pleno desarrollo de sus capacidades, existiendo además gran variabilidad interindividual. Es destacable la importancia de la intervención temprana frente a trastornos, y la prevención de consecuencias mayores en etapas escolares futuras, en muchos casos, está implicado el buen quehacer de los maestros de educación infantil y primaria, la comunicación con familiares y la coordinación con los diferentes profesionales, por consiguiente es relevante abarcar la infancia como grupo etario objeto de investigación.

Muchos de los trastornos son más fácilmente apreciables al estar en contacto con otros niños coetáneos, y por tanto esto se presenta cuando acuden a la escuela. De acuerdo a la formación de los maestros, éstos pueden discriminar con mayor facilidad si ocurre algún desfase o problema en el correcto desarrollo del niño. Por estos motivos, el maestro es una figura clave para la prevención y detección precoz de cualquiera de los trastornos que pudieran presentarse en el alumnado de educación infantil y primaria (Aranda y Andrés, 2004).

Adicionalmente, en la investigación de Reinke, Stormont, Herman, Puri y Goel (2011), se encontró que si bien los docentes perciben su responsabilidad en las intervenciones básicas en salud mental en el salón de clase, consideran que el aspecto socio emocional de sus estudiantes, es fundamentalmente responsabilidad de los psicólogos (Kratochwill y Shernoff, 2004, citados por Reinke, y Cols., 2011). La falta de formación en este sentido puede incrementar el estrés docente y dificultar el responder adecuadamente a los niños que presentan dificultades emocionales o de comportamiento, lo que se vuelve un círculo vicioso que incrementa el estrés del docente y las dificultades del niño (Yost, y Mosca, 2002, citados por Sepulveda, Garza, y Morrison, 2011).

Patologización de la infancia.

El gran impacto de la psicología en todos los ámbitos de la vida cotidiana, como por ejemplo la escuela, ha generado procesos de normalización de diversas conductas, con el fin de que las personas sean aceptadas y no rechazadas, teniendo como base evitar procesos de estigmatización de los individuos.

Por consiguiente "... se traduce a nivel psicológico, la construcción de un campo habitual de conocimiento, en el cual se codifica y organiza la realidad cotidiana mediante procesos de habituación, normalización de las situaciones adversas y familiarización de nuevas circunstancias adecuándolas a las habituales." (Montero, 1991). Siendo este proceso de familiarización un gran esfuerzo por normalizar lo que antes se consideraba anormal.

En Colombia estos procesos se ven reflejados en las políticas de inserción impulsadas por el gobierno, donde se busca incluir a las personas con distintos tipos de discapacidad, promoviendo la igualdad en la educación tal cual como lo estima el artículo 47 de la Ley 115 de 1994 : "El Estado apoyará y fomentará la integración al sistema educativo de las personas que se encuentren en situación de discapacidad a través de programas y experiencias orientadas a la adecuada atención educativa y asimismo la formación de docentes idóneos".

Como lo menciona la ley de igualdad en la educación, se requiere de la formación de docentes idóneos para lograr el objeto de educar y atender poblaciones en situación de discapacidad tales como intelectual, de aprendizaje, control de impulsos, discapacidad visual y auditiva y otros tantos trastornos infantiles.

Así mismo, fue promulgada la ley de inclusión 1618 en el año 2013 donde se establece que las personas que posean alguna discapacidad cognitiva pueden incursionar en el sistema educativo convencional, mostrando así lo que se referenciaba anteriormente acerca del proceso de normalización, siendo el fin último de esta ley la no exclusión y fomento de una educación de calidad que tenga en cuenta las necesidades educativas específicas.

La patologización de la infancia, en los últimos años, se ha vuelto un proceso frecuente en las instituciones educativas, los profesores desconocen los diversos problemas que podrían afectar a los infantes, “se omite nuestra condición de sujetos históricos y culturales, fechados y situados, para pretender reducirnos a una biología de cuerpos sin vida” (Untoiglich, 2013).

Se empieza a considerar, en un primer momento, como lo dice Untoiglich (2004) “[...] los diagnósticos son absolutamente necesarios para que los profesionales se orienten hacia donde tienen que apuntar el trabajo con un niño [...]” porque le permiten conocer biológica y psicológicamente lo que sucede con éste y su comportamiento y de cierto modo, conocer cuáles son sus dificultades y habilidades. Por tanto es pertinente contemplar, respaldados en la ley, la necesaria preparación de los docentes sobre trastornos infantiles con el fin de implementar estrategias de inclusión educativas garantizando el derecho a la educación.

Por tanto, es necesario comprender como lo indica Rodríguez y Aguilar (2009) que la infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en la cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar del futuro. Los trastornos emocionales y del comportamiento que se inician en la infancia o adolescencia, además del sufrimiento que generan en el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como repercusiones sociales por los costos económicos y de vida productiva.

Estos trastornos disminuyen los logros académicos y posibilidades laborales, alteran las relaciones afectivas y la elección de parejas, aumentan el riesgo de los embarazos no deseados y el funcionamiento general en la adultez.

Algunas de las alteraciones que se presentan en esta etapa del desarrollo (aunque no necesariamente se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia) son los trastornos de conductas disruptivas. Este término agrupa tres condiciones que se manifiestan con síntomas de la atención y concentración, conductas de hiperactividad, impulsividad, hostilidad, negativismo o comportamientos antisociales como lo manifiesta Maughan y Offord (2004).

La importancia de estos trastornos en cuanto a su prevención, detección por los servicios de salud o educación, y su tratamiento, es crucial para los gobiernos y la sociedad. Estas alteraciones son los principales factores de riesgo para la desescolarización temprana, los bajos logros escolares en niños y adolescentes con inteligencia normal, farmacodependencia, conductas antisociales y criminales, agresión y violencia (Sonuga-Barke, 2010).

Como lo menciona Augsburger (2005), para reconocer la magnitud de la ocurrencia de estos eventos en la población, es necesario que el gobierno, desarrolle estudios que permitan tener datos epidemiológicos confiables. Como parte de la iniciativa global de realizar estudios internacionales de prevalencia de eventos en salud mental, en el año 2003, el entonces Ministerio de la Protección Social de Colombia (hoy Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud) desarrolló, en convenio con la Fundación FES Social, el Estudio Nacional de Salud Mental, con el propósito de “contar con un conocimiento actualizado sobre la situación de salud mental en el país” (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Posteriormente en el año 2015 se llevó a cabo el siguiente estudio sobre salud mental en los distintos grupos etarios de la población colombiana, generando aportes para el desarrollo de proyectos encaminados a la promoción y prevención de los trastornos mentales.

Capítulo II. Trastornos Mentales Prevalentes en la Infancia

En Colombia con el objetivo de desarrollar programas de promoción y prevención, el gobierno realiza la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), la cual permite identificar los problemas y trastornos, así como los factores que predisponen el desarrollo y los que favorecen la salud mental, sobre todo, desde la óptica de los determinantes sociales, para apoyar el desarrollo de políticas públicas e intervenciones en salud pública que permitan la promoción de la salud, la prevención de los problemas y trastornos mentales, el tratamiento de estas condiciones y la inclusión social.

En este sentido, la OMS ha diseñado la Iniciativa de la Encuesta Nacional de Salud Mental ejecutada en 28 países, en los cinco continentes; en Colombia se han llevado a

cabo tres encuestas, en los años 1993, 1997 y 2003, y la del 2015 continúa con estos lineamientos.

Los resultados obtenidos en la reciente Encuesta de Salud Mental (2015) donde se aplicaron 2.727 encuestas a población infantil entre 7 y 11 años, arrojaron que por lo menos un 44,7 % requieren de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para evaluar problemas o posibles trastornos. El 27,6 % tienen un síntoma, 10,5 % tiene dos (estos tienen una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental) y finalmente un 6,6 % reportan tres síntomas o más positivos, sugerirían aún mayor riesgo de tener un trastorno mental.

Los síntomas que más frecuentemente se presentan son: lenguaje anormal (19,6%), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4%), presentar cefaleas frecuentes (9,73%) y jugar poco con otros niños (9,5%).

Otros síntomas sugestivos de psicopatología, demuestran alta frecuencia de aparición de posibles trastornos del aprendizaje donde los cuidadores consideran que el 19,4 % de la población infantil tiene problemas para aprender matemáticas, el 13,1 % problemas para aprender a leer o escribir, el 15,9 % problemas para fijar, mantener la atención o concentrarse y el 7,3 % parece lento o retardado para aprender

La prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales es de 4,7 % para los últimos 12 meses y 3,0 % para los últimos 30 días en niños según los resultados de la Encuesta. Los trastornos mentales en la infancia son en general más frecuentes en niñas que en niños. Para la prevalencia del último año, las niñas padecen más trastornos 5,6% vs 3,8 %.

Los trastornos mentales más frecuentes en los últimos 12 meses fueron: el trastorno por déficit de atención con una prevalencia 3,0 % siendo la variedad con hiperactividad la más frecuente, seguido del trastorno de ansiedad de separación 1,8 %, seguidos por los trastornos de ansiedad generalizada y negativista desafiante con 0,4 % cada uno.

Tabla 2

Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, en Colombia.

	Hombres		Mujeres			Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Cualquier trastorno depresivo	0,2*	0,1 - 0,5	0,01*	0 - 0,1	0,1*	0 - 0,3	
Depresivo mayor	0,2*	0,1 - 0,5	0,01*	0 - 0,1	0,1*	0 - 0,3	
Cualquier trastorno de ansiedad	1,6*	1 - 2,6	2,3*	1,1 - 4,8	2,0*	1,2 - 3,2	
Ansiedad de separación	1,6*	1 - 2,5	2,0*	0,9 - 4,6	1,8*	1,1 - 3	
Ansiedad generalizada	0,5*	0,2 - 1,3	0,3*	0,1 - 0,7	0,4*	0,2 - 0,8	
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia	2,9*	1,8 - 4,6	3,6*	2,3 - 5,5	3,2	2,4 - 4,4	
TDAH cualquier tipo	2,6*	1,6 - 4,2	3,3*	2,1 - 5,2	3	2,1 - 4,1	
Negativista desafiante	0,6*	0,3 - 1,3	0,3*	0,1 - 0,8	0,4*	0,2 - 0,8	
De la conducta	0,4*	0,1 - 1,7	+	+	0,2*	0,1 - 0,9	
Prevalencia de cualquier trastorno	3,8	2,8 - 5,3	5,6*	3,7 - 8,3	4,7	3,6 - 6,2	

Nota 1: Estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas dado que tienen un CVE mayor al 20%, aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Nota 2: Estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: no se encontraron casos para distimia

Nota 4: TDAH cualquier tipo incluye inatento, hiperactivo y combinado.

Por consiguiente, los trastornos anteriormente nombrados son los que actualmente prevalecen en la infancia colombiana y los seleccionados para la presente investigación. Además, se tiene en cuenta el Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes de diciembre de 2017, donde se estipula que los problemas mentales más frecuentes en los niños, niñas y adolescentes son las dificultades del lenguaje, los síntomas de ansiedad o depresión, el consumo de alcohol, el intento de suicidio; a su vez que los trastornos mentales más usuales en los niños, niñas y adolescentes son el trastorno de la atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno de ansiedad y la ansiedad por separación

Depresión.

La depresión en la infancia y la adolescencia puede estar relacionada con la frecuencia de eventos estresores, bajo nivel de enseñanza, violencia familiar (Nichols y Schwartz, 2001; Carter y McGoldrick, 1998). Presenta una sintomatología peculiar, como: irritabilidad e inestabilidad, desmotivación, alteraciones del sueño, aislamiento, dificultad en la concentración, bajo rendimiento en la escuela. La importancia de estudiar la depresión en niños y adolescentes se debe a la posibilidad de evitar el desarrollo de problemas mayores o trastornos futuros en las siguientes fases evolutivas.

Hoy se posee un repertorio de síntomas (criterios diagnósticos) consensuados por expertos (anhedonia, disforia, irritabilidad, problemas de peso y apetito, problemas de sueño, fatiga, agitación o retraso motor, sentimientos de culpabilidad, problemas de concentración, pensamientos mórbidos o de suicidio).

Spitz (1965), ya había propuesto como síntomas de depresión infantil: llorosidad, pérdida de peso, retraimiento, insomnio, proclividad a contraer enfermedades, enlentecimiento motor, inexpresividad. Impresiona ver que esa observación del comportamiento de niños entre 6-18 meses (cuando todavía no existía teóricamente la Depresión infantil) se ajusta como un guante a la sintomatología depresiva actual, ahí sólo faltarían los síntomas cognitivos, que lógicamente no podían aparecer al ser una observación sobre niños de un rango de edad tan temprana.

Se afirma que no hay novedades respecto al concepto ni tampoco en los distintos marcos teóricos que explican la depresión. El único matiz innovador es que el auge del estudio de la emoción en los últimos años ha acentuado la concepción de la depresión como un afecto negativo, procedente de la emoción básica de miedo, frente a concepciones más cognitivas del pasado inmediato. Teniendo presente, que en el niño es bien evidente el carácter emocional de la depresión infantil (Del Barrio, 2007; Costello, Erkanli, y Angold, 2006).

Según Lang y Tisher (1997) los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados. Esto se puede atribuir a diferentes motivos: las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, los niños e incluso los

adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y los adultos relevantes en la vida menor no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión, además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores. Los pequeños pueden estar severamente deprimidos y puntuar bajo en las escalas, contrariamente a lo que sucede con adultos.

Así, la depresión infantil se debe considerar una entidad distinta a la depresión en los adultos. Los procedimientos e instrumentos evaluativos deben ser adaptables a la variabilidad evolutiva y concordar con el nivel de comprensión del niño, siendo recomendable utilizar entrevistas semiestructuradas y la observación directa. (Lorente, 1988).

Debe resolverse el problema de si la depresión puede considerarse un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, o representa un fenómeno patológico (Lang y Tisher, 1997). La peor de las consecuencias de una depresión infantil es el suicidio (Lorente, 1988; Linares, 2000).

El DSM-IV (APA, 1995) expresa que los niños y las niñas están afectados en la misma proporción por el trastorno depresivo mayor y la distimia. El trastorno provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. Están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima, escasas habilidades sociales y son pesimistas.

Los niños presentan un estado de ánimo reactivo en mayor medida que los adultos. Pueden no verbalizar su disforia o no demostrar que siempre está triste, así el estado de ánimo varía de un día al otro. Presentan ideas de auto desprecio, irritabilidad y agitación, alteraciones del sueño, alteración del rendimiento escolar, disminución de la socialización, cambios de actitud respecto a la escuela, quejas somáticas, pérdida de energía habitual y cambios del apetito y del peso (Parmelee, 1998).

Si bien los criterios para el diagnóstico de depresión infantil no están estandarizados (Lorente, 1988) y muchas veces los padres no saben cómo llamar al problema (Lang y Tisher, 1997), es innegable la demanda que hay para su tratamiento.

Según el Manual de diagnóstico psiquiátrico (2013) la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

El trastorno depresivo se diagnostica teniendo en cuenta con la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las dos últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, pérdida o ganancia de peso, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o en el infante.

Discapacidad intelectual (DI).

En el DSM-5 (APA, 2013) se sustituye el término de ‘retraso mental’ que aparece en el DSM-IV (APA, 1995) y DSM-IV-TR (APA, 2000), por el de Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI), manteniéndose la subclasificación existente aunque con los nombres de: TDI leve, TDI moderado, TDI severo, TDI profundo y retraso global del desarrollo (por ‘retraso mental de gravedad no especificada’).

El cambio de terminología se debía haber hecho hace ya mucho tiempo y por la misma razón por la que el término ‘retraso mental’ sustituyó a los términos de ‘morón’, ‘imbécil’ e ‘idiota’ con los que se denominaban al RM leve, RM moderado y al RM severo hasta bien entrado el siglo XX: porque el término ‘retraso mental’ puede resultar ofensivo. Los TDI quedan englobados, en DSM-5, dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo.

Verdugo y Schalock (2010), parten de cinco premisas para definir operativamente la DI, estas son; las limitaciones en el funcionamiento se deben considerar en ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura; una evaluación válida tiene en cuenta

la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales; en una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades; un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo; y si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará (Verdugo y Schalock, 2010).

Así pues “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (Schalock et al., 2010).

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Se ha descrito como uno de los trastornos de ansiedad más relevantes debido a su elevada prevalencia y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad (Roemer, Orsillo y Barlow, 2002). Según Barlow (2002), se trata del trastorno de ansiedad más frecuente y sus características centrales representan las comunes a todos los trastornos de ansiedad. Los resultados en el caso del TAG muestran un aumento de su prevalencia, pasando de un 8.4% anterior a 2006, a un 11.7% en 2006-2007, y a un 19.7% en el periodo 2010-2011 (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012).

El TAG se caracteriza, según el DSM-5 (APA, 2013), por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades. Asimismo, se le añaden síntomas como temblores, dificultades para concentrarse, inquietud persistente, tensión muscular excesiva, dolores musculares frecuentes, fatiga, irritabilidad, o trastornos del sueño (Bados y Sanz, 2005).

Uno de los aspectos fundamentales del trastorno es la percepción, por parte de los individuos, de preocupaciones excesivas e incontrolables, entendiendo éstas como cierta actividad cognitiva negativa, repetitiva y predominantemente verbal (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983). Se considera que no existen diferencias acerca del contenido de las preocupaciones de individuos con TAG respecto al resto de individuos.

Sin embargo, Dugas y Ladouceur (1997) señalan que éstos últimos se preocupan por una mayor variedad de situaciones con relevancia menor, las preocupaciones tienen mayor frecuencia, duración e intensidad y son más difíciles de controlar. Además, dichas preocupaciones se asocian a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad acerca de los mismos.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes. En el caso de los niños, solo se requiere uno de los ítems: inquietud o sentirse agitado, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (dificultad para conciliar o mantener, dormir poco o inquieto).

Trastorno de ansiedad por separación (TAS).

Antes era conocida como fobia escolar, ya que se pensaba que era un temor solo al colegio, (Buendía, 1996). Pero se ha visto que es una ansiedad intensa que experimenta el niño al separarse de los padres (generalmente de la madre) o de las personas que lo cuidan, o de que a estas personas les ocurra algo cuando el niño no esté presente. Siendo la ansiedad desproporcionada a la edad y a la situación, y pudiendo llegar hasta el pánico. Y aparece de forma más precoz en la niñez, Buendía (1996) señalando a Marks (1987), Barrera (2003), Mardomingo (2002) y Pacheco (2009).

El estudio de este trastorno tiene su origen en la investigación que hace Hylett y colaboradores en 1956, (Barrera, 2003), quienes lo clasificaron por el estado emocional patológico del niño y sus padres; por una relación de dependencia hostil; y una necesidad de ambos, padres y niños, de proximidad física.

Algunos niños que presentan un trastorno de ansiedad por separación pueden evitar ciertas situaciones sociales por miedo a ser apartados de las personas que lo protegen, como ir al colegio, participar en excursiones, o pasar la noche en la casa de un amigo, y en ocasiones incluso evitan ir a dormir a su propia habitación, (Horacio, 2002; Moore, 2005).

Y mientras que los niños de menor edad tienden a experimentar la ansiedad cuando la separación ya es un hecho, a medida que crecen sufren ansiedad anticipatoria ante la sola posibilidad de la separación o cuando perciben esa separación como inevitable, (Mardomingo, 2002). Estas definiciones no se contradicen con las del DSM-IV (1995), el CIE- 10 (1999) ni con el nuevo DSM-V (2014), donde se la describe como un miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, en relación a por al menos tres de las siguientes circunstancias:

A. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.

B. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.

C. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.

D. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo, o a otro lugar por miedo a la separación.

E. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

F. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.

G. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

H. Quejas repetidas de síntomas físicos (dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes.

J. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

A principios de la década de 1990, algunos médicos comenzaron observando a los niños con hiperactividad, irritabilidad y explosiones de temperamento severo. Estos síntomas interfieren mucho con su vida en el hogar, escuela y amigos. Porque otros diagnósticos, como TDAH y ODD, no captar a la gravedad de la irritabilidad y la ira de los niños, muchos de estos niños fueron diagnosticados con trastorno bipolar (Parens y Johnston, 2010).

Estudios longitudinales demostraron que niños con arrebatos de irritabilidad y temperamento crónicos desarrollaron a menudo más adelante problemas de ansiedad y depresión y el trastorno bipolar raramente desarrollado en la adolescencia o edad adulta (Leibenluft y Dickstein, 2008). En consecuencia, los desarrolladores del DSM-5 creado una nueva etiqueta diagnóstica, DMDD, para describir a los niños con estallidos de enojados e irritabilidad persistente. En 2013, DMDD fue definido como un trastorno del humor en la quinta revisión de la Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5).

Mayoría de los padres de niños con reporte DMDD que sus hijos primero muestra signos y síntomas de la enfermedad durante los años preescolares (Stringaris, Cohen, Pino, D.S. y Leibenluft, 2009). Los niños con DMDD Mostrar estallidos de temperamento severo y recurrente. Aunque muchos niños tienen berrinches ocasionales, jóvenes con DMDD tienen arrebatos que están fuera de proporción en cuanto a su intensidad o duración (Wakschlag, Choi, Carter, Quemaduras y McCarthy, 2012).

Estas explosiones pueden ser verbales o conductuales. Arrebatos verbales a menudo son descritos por los observadores como "rabia" o "ajustes". Niños pueden gritar, gritar y llorar por períodos excesivamente largos de tiempo, a veces con poca provocación. Explosiones físicas pueden ser dirigidas hacia la gente de la propiedad. Los niños pueden lanzar objetos; golpe, bofetada o muerden a otros; destruir juguetes o muebles; o cualquier

otra forma actuar de manera perjudicial o destructiva. Ser diagnosticado con DMDD, estos estallidos se deben producir, en promedio, tres o más veces por semana (APA, 2013)

Los niños con DMDD también mostrarán ánimo persistentemente irritable o enojado que es observable por los demás. Padres, maestros y compañeros de clase describen a estos niños como habitualmente enojado, susceptible, malhumorado. Irritabilidad es una característica de muchos trastornos de la infancia; por ejemplo, los niños con ODD, trastornos de ansiedad y otros trastornos del humor (por ejemplo, trastorno depresivo mayor) puede mostrar irritabilidad. Sin embargo, la irritabilidad o enojo demostrado por los niños con DMDD es "persistente"; se muestra la mayor parte del día, casi cada día.

Criterios de diagnóstico según DSM 5:

A.- Episodios de Cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B.- Los episodios de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo del menor.

C.- Los episodios de cólera se producen (en promedio) tres veces por semana.

D.- El estado de ánimo entre los episodios es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi toda la semana y es observable por otras personas (maestros, padres y amigos).

E.- Los criterios A al D han estado presentes durante al menos 12 o más meses. Durante este tiempo no ha tenido un periodo de 3 meses o más sin cumplir los criterios A-D.

F.- Los criterios A y D se observan en al menos dos contextos distintos (casa, escuela, lugares de recreación).

G.- Antes de los 6 años no se puede diagnosticar, ni después de los 18 años.

H.- Por la historia clínica y/o la observación los criterios A-E inician antes de los 10 años.

Trastorno de conducta (TC).

En la cuarta edición revisada del DSM (DSM-IV-TR; APA, 2000), el Trastorno Disocial (TD) se localizaba en la desaparecida categoría “Trastornos de Inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. En el DSM-5 (APA 2013) aparece agrupado bajo el nuevo epígrafe “Trastornos Perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta” y recibe el nombre de Trastorno de Conducta (antes disocial).

Los denominados problemas de conducta se están convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general. Aparecen cuando los niños o adolescentes tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina (Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, 2006) que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata.

Los trastornos del comportamiento perturbador –trastornos de la conducta– en la infancia y en la adolescencia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación, más o menos crónica, de la convivencia con otras personas: compañeros, padres, profesores y personas desconocidas (Fernández y Olmedo, 1999).

En la definición de estos trastornos influyen una serie de factores propios de la psicopatología infantil que complican la caracterización de los problemas, su curso y su resultado final (Luciano, 1997; Olivares y Méndez, 1998; Mash y Graham, 2001; Moreno, 2002, 2005; Díaz y Díaz, 2005; Méndez, Espada, y Orgilés, 2006). Entre estos factores figuran la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo, su ambiente familiar y otros aspectos socioculturales.

El DSM-5 establece los siguientes criterios diagnósticos:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social o académica.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

Trastornos específicos del aprendizaje (TA).

Se llaman Trastornos Específicos del Aprendizaje a todas las alteraciones que se producen tanto en la lectura, escritura y/o cálculo. Dichas dificultades también pueden evidenciarse por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante seis meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades (DSM 5, 2013):

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).

2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p., puede leer un texto con precisión pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).

3. Dificultades ortográficas (puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).

4. Dificultades con la expresión escrita (hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en un oración; organiza mal el párrafo; la expresión escrita de ideas no es clara).

5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones; cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales; se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).

6. Dificultades con el razonamiento matemático (tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

Con dificultades en la lectura.

La dislexia tiene una implicancia personal y social grave, ya que impide que se enriquezcan los patrones conceptuales y que la persona se integre a la sociedad como ciudadano responsable y consciente (Cuadro, 2010).

- A. Precisión en la lectura de palabras
- B. Velocidad o fluidez de la lectura
- C. Comprensión de la lectura

La dislexia es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica

Con dificultad en la expresión escrita.

- A. Corrección ortográfica.
- B. Corrección gramatical y de la puntuación.
- C. Claridad u organización de la expresión escrita

"Es un trastorno de la escritura que afecta a la forma (motor) o al significado (simbolización) y es de tipo funcional. Se presenta en niños con normal capacidad intelectual, adecuada estimulación ambiental y sin trastornos neurológicos, sensoriales, motrices o afectivos intensos" (Portellano, 1988).

Con dificultad matemática.

Temple y Sherwood (2002) utilizan para definir una dificultad del desarrollo relacionada con la competencia aritmética, que afecta al almacenamiento o la recuperación de hechos aritméticos. Además, añaden que tales dificultades pueden surgir a causa de un deterioro en un sistema especializado en el almacenamiento de hechos aritméticos, o como resultado de una discapacidad en otro dominio cognitivo.

- A. Sentido de los números
- B. Memorización de operaciones aritméticas
- C. Cálculo correcto o fluido
- D. Razonamiento matemático correcto

Trastorno espectro del autismo (TEA).

En el DSM-IV (Pichot, 1995) se incluyen dentro de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) los siguientes trastornos específicos Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

“Estos trastornos se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados” (Pichot, 1995).

En el DSM-5 (APA, 2013) la categoría TGA pasa a denominarse Trastorno del Espectro Autista (TEA) e incluye cuatro de los cinco trastornos anteriores, el trastorno de Rett desaparece en TEA, de esta forma se eliminan cuatro categorías diagnósticas y queda únicamente el, ya citado, Trastorno del Espectro Autista. De esta manera, la denominación Trastornos Generalizados del Desarrollo, deja de existir y de emplearse.

En DSM-IV, el TGD se caracteriza por perturbación grave y generalizada de las habilidades para la interacción social, las habilidades para la comunicación, y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

En DSM-5, estas tres áreas se convierten en dos socio-comunicativa e intereses fijos y conductas repetitivas.

El objetivo de estos cambios es el de poder ‘situar’ en un continuo referido a las dos áreas anteriores a los sujetos afectados de TEA (Kupfer, Kuhl y Regier, 2013) en lugar de etiquetarlos con su correspondiente ‘trastorno específico’. Así pues ya no consideramos que un sujeto está afecto de autismo o que sufre el síndrome de Asperger, se considera

que tiene un TEA y que está en un punto determinado de un continuo referido a las dos áreas citadas anteriormente.

Los dos criterios principales según DSM 5 hacen referencia a dos aspectos:

Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diferentes contextos.

Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Este último criterio, puede que no se manifieste en el momento actual de un niño o adulto, pero es válido si ha estado presente en años anteriores.

Como todos los trastornos mentales, la presencia de esos dos síntomas causan un deterioro significativo en lo social, académico o en el funcionamiento habitual de la persona que los presenta.

Trastorno negativista desafiante (TND).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta Edición (DSM-5) (APA, 2013), clasifica el TND dentro de los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, en los cuales también se encuentra el trastorno explosivo intermitente, trastorno de la conducta, trastorno de la personalidad antisocial, piromanía y cleptomanía.

El TND se define como un patrón persistente y frecuente de enfado / irritabilidad, discusiones/ actitud desafiante o vengativa. Los síntomas tienen una duración por lo menos de seis meses y son agrupados en tres dimensiones:

a) Enfado / irritabilidad: a menudo pierde la calma; está susceptible o se molesta con facilidad, está enfadado y resentido; b) discusiones / actitud desafiante: discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes, desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas; c) molesta a los demás deliberadamente, culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento; y vengativo: ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses (APA, 2014).

Para establecer el diagnóstico se deben presentar como mínimo cuatro o más síntomas (no se exige un número mínimo de criterios por categoría), y manifestar que, durante la interacción con un individuo, éste no sea un hermano.

El TND es una de las perturbaciones psiquiátricas más comunes en la niñez, cuya prevalencia está entre el 2 y el 17% en la población mundial (APA, 2008), siendo más frecuente en los hombres en quienes se presenta más deterioro funcional y malestar (Trepát de Ancos, 2014). Según el estudio de Salud Mental realizado en Medellín, la prevalencia para el TND es de tres veces más en hombres que en mujeres (Universidad CES, Universidad de Harvard y Secretaría de Salud de Medellín, 2012).

La conducta de oposición puede tomar diferentes formas, desde la pasividad extrema (no obedecer sistemáticamente mostrándose pasivo o inactivo) a sus formas más activas, es decir, verbalizaciones negativas, insultos, hostilidad o resistencia física con agresividad hacia las figuras de autoridad, ya sean los propios padres, maestros o educadores.

La presencia de conducta desafiante por oposición o agresión social en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo, y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos, comparado con el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1997).

Trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH).

Según el DSM-5 (2013), los síntomas fundamentales que definen el TDAH siguen siendo los problemas de atención, la hiperactividad y la impulsividad que pueden ser observados en el niño de modo diverso en función del predominio de unos síntomas sobre otros.

De este modo se configuran cuatro formas de presentación del trastorno en el momento de la evaluación: la presentación hiperactivo/impulsivo (H/I) si están presentes seis o más síntomas de H/I pero menos de cinco de inatención, la presentación falta de atención si se cumplen seis o más de inatención pero de tres a cinco de hiperactividad impulsividad, la

presentación de desatención restringida si se cumplen seis o más de inatención pero dos o menos de hiperactividad/ impulsividad y la presentación combinada si se producen seis o más de uno y otro.

A estos síntomas principales que definen el trastorno, se suelen añadir de forma comórbida otros trastornos de diversa índole. Los estudios actuales indican que alrededor de la mitad de los niños con TDAH tienen asociada al menos una dificultad o incluso dos ó más trastornos. Frecuentemente encontramos junto al TDAH, trastornos de conducta oposicionista desafiante (TOD), alteraciones del humor, trastornos de ansiedad, tics, Síndrome Gilles de la Tourette o dificultades de aprendizaje (Jensen, Hinshaw, Kraemer, H.C, Lenora, Newcorn y Abikoff, 2001).

De forma general se acepta que los alumnos/as con TDAH tienen un mayor riesgo de presentar problemas académicos y de aprendizaje, dificultades sociales y rechazo entre sus iguales, aunque aquellos que presentan TDAH con predominio de inatención suelen presentar prioritariamente problemas de aprendizaje (Daley y Birchwood, 2010), mientras aquellos con predominio de hiperactividad impulsividad suelen mostrar mayores problemas de conducta y de relación social (Greenfield y Fischel, 2005).

Esta variedad de manifestaciones son observadas a diario en el contexto escolar y pueden provocar disfunciones importantes en la dinámica del aula si tenemos en cuenta que los maestros todavía tienen niveles de formación mejorables respecto a este trastorno (Jarque y Tárraga, 2009).

Por ello los profesionales de la orientación educativa o psicopedagogía deben realizar una evaluación adecuada para poder asesorar y orientar la respuesta más adecuada en función de los medios disponibles. En este proceso de evaluación, es frecuente el uso de diferentes instrumentos como entrevistas con padres y profesores, cuestionarios y escalas de estimación conductual que han demostrado propiedades psicométricas aceptables.

En la edición anterior, el DSM-IV TR, al TDAH se le subclasificaba en tres “subtipos”. Esto se ha modificado en el DSM-5 (2013) y a los subtipos ahora se les denomina “presentaciones clínicas”. Además, las “presentaciones clínicas” de la persona pueden

variar en el transcurso de su vida. Se presentan en grado leve, moderado o severo. Esto se basa en el número de síntomas que la persona experimenta y cuán dificultosos dichos síntomas hacen la vida cotidiana

Presentación clínica de falta de atención. No presta atención a los detalles o comete errores por descuido, tiene dificultad para mantener la atención, parece no escuchar, tiene dificultad para seguir las instrucciones hasta el final, tiene dificultad con la organización, evita o le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, pierde las cosas, se distrae con facilidad y/o es olvidadizo para las tareas diarias.

Presentación clínica hiperactivo/impulsivo. Mueve o retuerce nerviosamente las manos o los pies, o no se puede quedar quieto en una silla; tiene dificultad para permanecer sentado, corre o se trepa de manera excesiva; dificultad para realizar actividades tranquilamente; actúa como si estuviera motorizado; habla en exceso; responde antes de que se haya terminado de formular las preguntas; dificultad para esperar o tomar turnos e/o interrumpe o importuna a los demás.

Presentación clínica inatento e hiperactivo-impulsivo combinado. El individuo presenta síntomas de ambas presentaciones clínicas mencionadas.

Capítulo III. La Inclusión Educativa

El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno social (Muñoz, 2010).

Los sistemas educativos del mundo a partir de mediados del siglo pasado se han enfocado en la capacidad de integrar los educandos. A raíz de lo anterior las escuelas realizan una metástasis hacia espacios diversos para el desarrollo de la enseñanza, generando la concomitancia de infantes con diferente etnia, nacionalidad, capacidad física, intelectual o sensorial, y estrato socioeconómico, por ende las escuelas se plantean

el desafío de lograr que todos los estudiantes participen de un proceso de aprendizaje más inclusivo que incluya a quienes presenten una discapacidad.

Es pertinente precisar que las disparidades a nivel académico, las variadas habilidades psicosociales y la prevalencia de hitos disruptivos en la trayectoria escolar de poblaciones minoritarias o subordinadas agudizan el diagnóstico (Glick, Yabiku y Bates, 2008; Román y Perticará, 2012).

Al hablar de educación inclusiva, no existe un consenso que permita postular una única definición en términos generales la mayoría de expertos coinciden en que la escuela inclusiva se relaciona con el hecho de la aceptación de todos los alumnos, el reconocimiento de sus singularidades, la valoración de sus posibilidades y su participación de la vida escolar de acuerdo a sus competencias y capacidades (Alegre, 2000; Pérez y Leal, 2011).

Por tanto, las instituciones inclusivas deben satisfacer las necesidades educativas de los niños, brindándoles oportunidades educativas y ayudas (curriculares, personales, materiales y de apoyo) de igual manera, las cuales son indispensables para su progreso académico y personal. Los procesos de cambio que orientan la escuela actual hacia la escuela inclusiva se vertebran alrededor de la organización escolar, las políticas educativas, la cualificación y formación competencial del profesorado (Pérez y Alegre, 2006).

Pese a que todos comparten el principio de lo que ha de ser una escuela inclusiva, la realidad es que existen una serie de restricciones que impiden que se dé una inclusión real. No existe lo que Echaíta (2016) denominó “full inclusion”, debido a la ineficacia de los procesos inclusivos, teniendo en cuenta que se sigue escolarizando en centros de educación especial porque se considera que las necesidades de apoyo y los recursos educativos necesarios no se pueden proveer en los de forma regular a todas las instituciones educativas. (Echaíta, 2016, p.109)

Una de las estrategias internacionalmente reconocidas para potenciar la perspectiva de la educación inclusiva en los sistemas escolares está relacionada con la capacidad de los

estados de contar con docentes capacitados para trabajar y desenvolverse en salas de clases con un alto grado de diversidad (Darling y Baratz, 2007).

La literatura internacional ha indicado que el no contar con un currículo que promueva el desarrollo de prácticas pedagógicas inclusivas contribuye a perpetuar la segregación escolar, al disminuir las oportunidades de participación, aprendizaje y progreso de todos los estudiantes en el sistema escolar (Florian, Young y Rouse, 2010).

Además, la ausencia de una formación de profesores inclusivos promovería y perpetuaría una visión del ser humano centrada en el utilitarismo, donde se acepta que personas pertenecientes a algunas minorías se sientan excluidas o sean perjudicadas por el sistema educativo (Lewin, 2014).

Capítulo IV. Formación de Docentes

En los informes y debates políticos de las últimas décadas la formación de docentes para la inclusión educativa se ha concebido como un asunto prioritario (Vaillant, 2009). La inclusión educativa de la población infantojuvenil no puede generarse sin la intervención de los docentes. Para que esto sea posible, es ineludible situar su rol como centro de la educación, y exponer que no se puede progresar en este tema sin transformar lo que cree, puede hacer y hace el docente.

En Latinoamérica los docentes se forman en todo tipo instituciones (Vaillant, 2005): en los institutos de enseñanza superior, en institutos municipales, en instituciones superiores de enseñanza técnica y en las universidades públicas o privadas, también, están aquellos que se desenvuelven como docentes sin contar con un título que los acredite. De igual forma, los contenidos de formación son incididos por la relación entre lo pedagógico y lo didáctico; tal cual como lo menciona Vaillant (2007), existe una separación teoría y práctica, los contenidos de formación han sido fragmentados, por ende la escasa relación entre didáctica y pedagogía.

En efecto, la formación de docentes para la inclusión educativa trasciende los programas de formación inicial y amerita programas de formación continua que privilegien el acompañamiento a las prácticas docentes en contextos de vulnerabilidad

social. De igual manera es relevante señalar, que los docentes formados para la inclusión educativa requieren tener competencias para el trabajo en equipo y para conformar grupos multidisciplinarios, en aras de favorecer una comprensión y una atención integral a la vulnerabilidad (Calvo, 2013).

Al remontarse a la larga tradición en la historia de la Educación Colombiana, la formación de los Educadores, desde la creación de las Escuelas Normales, Rurales y Superiores, y desde la puesta en marcha de las Facultades de Educación, por los años de 1930 se hizo impostergable la urgencia de dar a los Maestros una formación profesional, en planteles especialmente concebidos para tal fin.

En 1994, se expide la Ley 1150 Ley General de Educación, preferencialmente para los niveles de Educación Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media, en donde se dedica el Capítulo II a la formación de Educadores. El Artículo 109, de este Capítulo, fija como fines:

“...Formar un Educador de la más alta calidad científica y ética, b) desarrollar la teoría y práctica pedagógica como parte fundamental del saber del educador, c) fortalecer la investigación en el campo pedagógico y el saber específico y d) preparar Educadores a nivel de pregrado y de postgrado para los diferentes niveles y formas de prestación del servicio educativo” (MEN., 1994).

Por igual, esta Ley mantiene la responsabilidad de la formación y actualización de los Educadores, del nivel de pregrado y postgrado, en las Universidades e instituciones de Educación Superior, en su Artículo 112 (MEN, 1994).

La formación docente con respecto a la inclusión educativa precisa que la misma:

“Significa que los programas de formación avanzada propuestos para los educadores deben ser consecuentes con los lineamientos de política para la educación superior inclusiva, entendida allí como “una estrategia central para luchar contra la exclusión social y para afrontar ese proceso multidimensional”, que incluye cinco características: participación, calidad, equidad, diversidad e interculturalidad” (MEN, 2013).

Bajo esta mirada, el subsistema de formación avanzada tendría que acoger el propósito de formar un educador inclusivo, y que de conformidad con los lineamientos. El Ministerio de Educación Nacional (2012) señala:

“Que tenga la capacidad de desarrollar el proceso pedagógico, valorando la diversidad de los estudiantes en términos de equidad y respeto por la interculturalidad, que participe de forma activa en el desarrollo de los currículos, que transforme las prácticas pedagógicas siendo auto reflexivo en el desarrollo de su labor, capaz de valorar la diversidad de sus estudiantes y potenciarla como parte del proceso educativo. Un educador capaz de incluir en su didáctica el contexto en el cual desarrolla su acción pedagógica y utiliza material de apoyo para que el conocimiento sea accesible”.

La deuda histórica que la educación colombiana tiene con las minorías, las comunidades en condición de discapacidad y con capacidades y talentos excepcionales, debe ser asumida por todos los momentos de formación de educadores desde los subsistemas de formación inicial, en servicio y avanzada (dos subsistemas de formación).

No obstante lo anterior cobra especial relevancia en el subsistema de formación avanzada, teniendo en cuenta que el objetivo de los programas que allí se imparten es fortalecer y actualizar la formación en servicio. Así mismo, se espera que los formadores de educadores hayan pasado por programas de formación avanzada y puedan referirse con profundidad a temas de inclusión educativa en los programas de formación inicial.

En conclusión, es en este subsistema de formación avanzada que se pueden alcanzar mayores logros y desde allí impactar a los educadores tanto en servicio como en formación inicial. Al respecto, el subsistema de formación avanzada, en su condición de espacio de construcción de política, tiene en cuenta las expectativas y necesidades educativas de los colombianos tal como lo afirma Garcés (2008):

“La pertinencia en materia de educación superior debe estar en estricta relación con los propósitos sociales, culturales y económicos en el marco de la docencia y la investigación de manera articulada a las regiones, de tal forma que pueda responder a las necesidades de formación etnocultural, profesionalización y su contribución a la solución de los problemas considerados prioritarios por las comunidades. La pertinencia se concibe en la

medida que se cumplen con objetivos que incrementan o enriquecen la producción de bienes culturales por medio de investigación básica, valores que involucran la moderna ciudadanía y el mejoramiento del nivel socio cultural a través de la crítica y autocrítica”.

Las secretarías de educación son las entidades responsables de liderar y concretar la constitución y funcionamiento del Comité Territorial de Formación Docente (CTFD) en su entidad territorial. Para ello, debe comenzar por reconocer la necesidad de configurar este escenario de reflexión y valorar la asesoría que le puedan brindar los diferentes agentes educativos. Es la encargada de convocar y dinamizar el CTFD (MEN, 2010).

Es así como los CTFD tienen como función acompañar a las secretarías de educación para formular, ejecutar y hacer seguimiento al Plan Territorial de Formación Docente PTFD, según lo indica el capítulo V del Decreto 709 de 1996 y la Directiva Ministerial 28 de 2009, el cual está conformado y reglamentado mediante acto administrativo expedido por la secretaría de educación de la entidad territorial certificada.

El Decreto 709 de 1996, al respecto, expresa en su artículo 20:

“...en cada departamento y distrito, se creará un comité de capacitación de docentes, que estará bajo la dirección de la secretaría de educación respectiva. A este comité se incorporarán de manera permanente, representantes de las universidades, de las facultades de educación, de las escuelas normales superiores y de los centros especializados en investigación educativa, con sede e influencia en la respectiva entidad territorial y del correspondiente centro experimental piloto o del organismo que haga sus veces...”.

Por otra parte, al revisar la Ley 1753 (2015). Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Uno de los Pilares del Plan, lo constituye la educación, para lo cual se expresa:

“El Plan asume la educación como el más poderoso instrumento de igualdad social y crecimiento económico en el largo plazo, con una visión orientada a cerrar brechas en acceso y calidad al sistema educativo, entre individuos, grupos poblacionales y entre regiones, acercando al país a altos estándares internacionales y logrando la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos” (Artículo 3º, inciso 3º).

El Ministerio de Educación Nacional en el documento “Sistema Colombiano de formación y lineamientos de política” que recoge como construcción participativa con instancias y actores representativos en la formación de educadores presenta la formación como un sistema integrado por el subsistema de formación inicial, el subsistema de formación en servicio y el subsistema de formación avanzada, cuyos ejes transversales la pedagogía, la investigación y la evaluación como se aprecia en la siguiente figura.

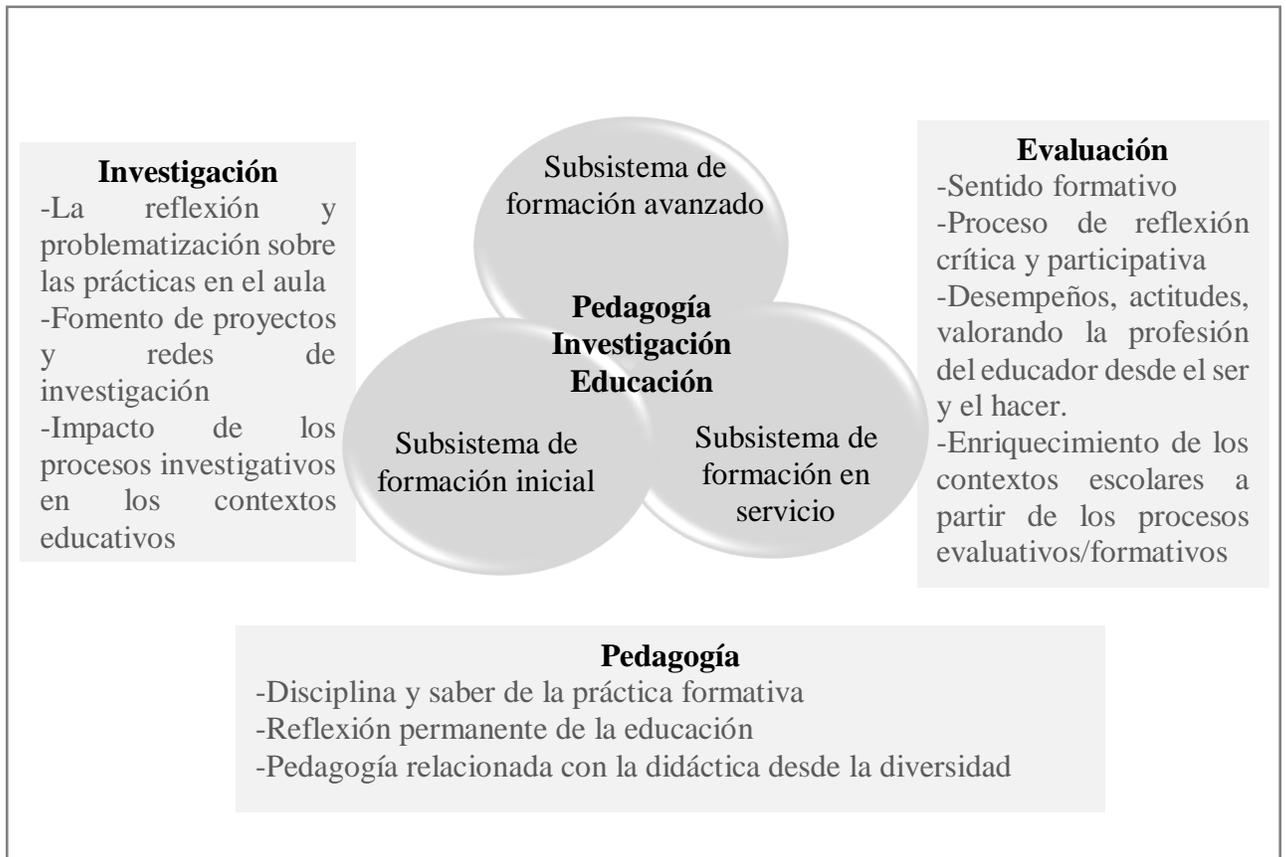


Ilustración 1 Estructura y ejes de la Formación de Educadores.

Nota. Fuente: PTFD 2017-2019

De acuerdo a esto, constituyen retos para la formación de docentes el concebirla como un sistema de interrelaciones: sujetos, instituciones y prácticas desde lugares y roles diferenciados, tanto en lo teórico, como en lo práctico, cultural, político y social; fortalecer la formación, como un proceso continuo y constante, desde el entramado de sentidos, significados y prácticas, en el marco de dinámicas sociales y culturales particulares; a su vez forjar sinergias, puestas en diálogo y estrategias de trabajo conjunto entre diferentes instancias de formación.

Programas de pregrado en Cúcuta.

Programas relacionados con educación en Cúcuta y el área metropolitana.

Tabla 3

Programas de pregrado en educación.

Programa Académico	Institución	Modalidad	Materias relacionadas con TI
Licenciatura en Matemáticas	Universidad Francisco de Paula Santander	Presencial	Práctica pedagógica en contextos especiales
Licenciatura en Pedagogía Infantil	Universidad de Pamplona	Presencial	-Diagnostico e intervención de NEE -Neuropsicología del desarrollo infantil -Educación en y para la diversidad
Licenciatura en lengua Castellana y Comunicación	Universidad de Pamplona	Presencial	-Educación en y para la diversidad -Problemas de lengua castellana en el aula -Problemas de lecturabilidad y escriturabilidad.
Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes	Universidad de Pamplona	Presencial	- Aprendizaje y desarrollo motor -Educación en y para la diversidad
Licenciatura en educación artística	Universidad de Pamplona	Presencial	-Psicología del aprendizaje - Aprendizaje y desarrollo motor

Nota. Fuente: Elaboración propia

De los programas descritos el único ofertado en la ciudad que posee una materia académica enfocada a procesos identificación de necesidades educativas específicas, es el pregrado en Pedagogía Infantil de la Universidad de Pamplona (Diagnóstico e intervención de NEE).

Marco Contextual

Colombia es un país con 49.709.520 habitantes, constituido por 32 departamentos, entre ellos Norte de Santander ubicado al nororiente colombiano, haciendo parte de la región andina, limitando al norte y este con Venezuela, al sur con Boyacá, al suroeste con Santander y al oeste con Cesar. Está compuesto por 40 municipios congregados en seis subregiones, dos provincias y un área metropolitana (Plan de Desarrollo de Cúcuta, 2016-2019)

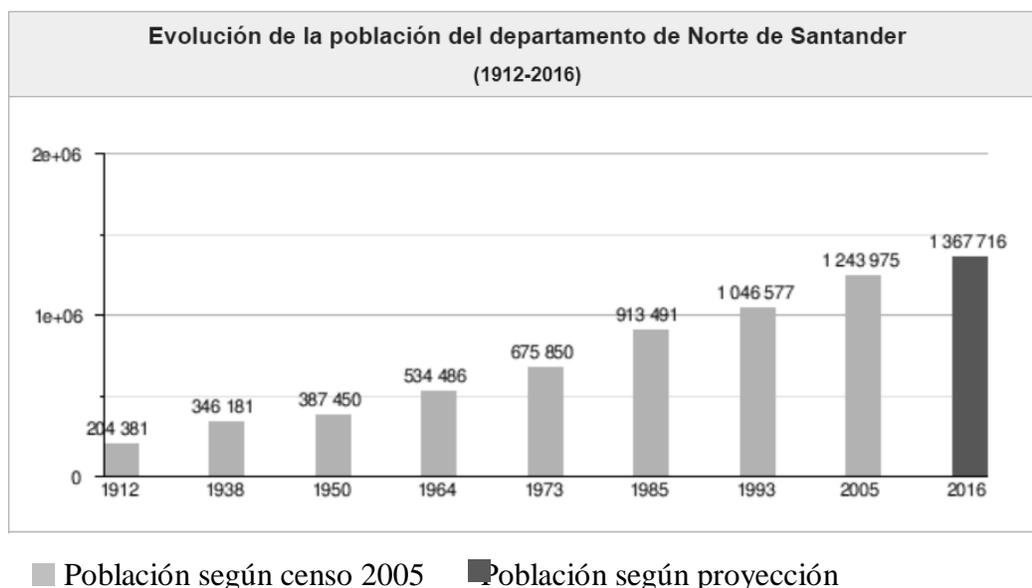


Figura 1 *Población de Cúcuta*

Nota. Fuente: *Plan decenal de Cúcuta 2016-2019*

La población de Norte de Santander ha ido creciendo, para el año 2016 era de 1.367.716 habitantes. Según cifras del DANE, la población en Cúcuta para 2017 estaba proyectada en 663 mil habitantes; sin embargo, debido a la llegada masiva de venezolanos y el retorno de colombianos por la crisis económica de Venezuela, dicha población alcanzó los cerca de 900 mil habitantes, los cuales arribaron a la ciudad en busca de una mejor calidad de vida, de trabajo, salud, medicamentos, alimentos y educación.

En relación a lo anterior, las autoridades educativas de Norte de Santander notificaron dificultades de cobertura y financiación del sistema escolar de la región fronteriza, producto de la inscripción de 5.084 niños venezolanos para el año 2018. La cifra es cinco

veces la población extranjera que se estaba atendiendo en 2017, calculada en 1.221 menores de edad.

Particularmente en Cúcuta se matricularon un total de 3.500 niños venezolanos para el período académico de 2018; el número triplicó los casi 1.000 migrantes que el año anterior asistían a 58 colegios públicos de la ciudad. Este agresivo repunte en la población matriculada de niños venezolanos en centros educativos, se debe en gran medida al éxodo de venezolanos que se vive a diario por este tramo de la línea divisoria entre Colombia y Venezuela (Secretaría de Educación, 2018)

Por consiguiente, la “crisis migratoria” es un aspecto social preponderante en el desarrollo de la presente investigación, ya que guarda relación estrecha con el sistema educativo municipal, incrementando las necesidades sociales de la población que actualmente es más numerosa y posee características de vulnerabilidad, teniendo en cuenta que como afirman Gómez, Linares y Bradshaw (2000) la ciudad es el paso natural más activo para ambos países, y el área de frontera con mayor presencia población, con fuertes nexos históricos y socioculturales.

Según Bustamante y Chacón los habitantes de esta zona fronteriza “a partir de las coyunturas socio económicas derivadas de la dinámica política de cada país, adoptan a su conveniencia rasgos identitarios para reclamar beneficios que en determinados momentos pudieran favorecerles. Es así como en el intercambio de bienes y servicios, especialmente los relacionados con consumo de alimentos, salud y educación, asumiendo una posición de ciudadano de frontera” (Bustamante y Chacón, 2013).

La vulnerabilidad de la población implica que los entes territoriales deben dar respuesta oportuna a las diferentes necesidades, con el fin de minimizar los riesgos que puedan generar una crisis humanitaria, mediante la garantía de derechos fundamentales, tales como una educación inclusiva y de calidad.

Con referencia a los trastornos mentales en la infancia, al discriminar por con región se observa que la prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental, es mayor en la región central (7,1%), seguido de la región Pacífica (5,5), Oriental (4,6%) y Atlántica (1,9%).

Por ende, la zona que incluye a Cúcuta se encuentra en el tercer lugar de presencia de trastornos mentales en infantes según la Encuesta de Salud Mental del 2015.

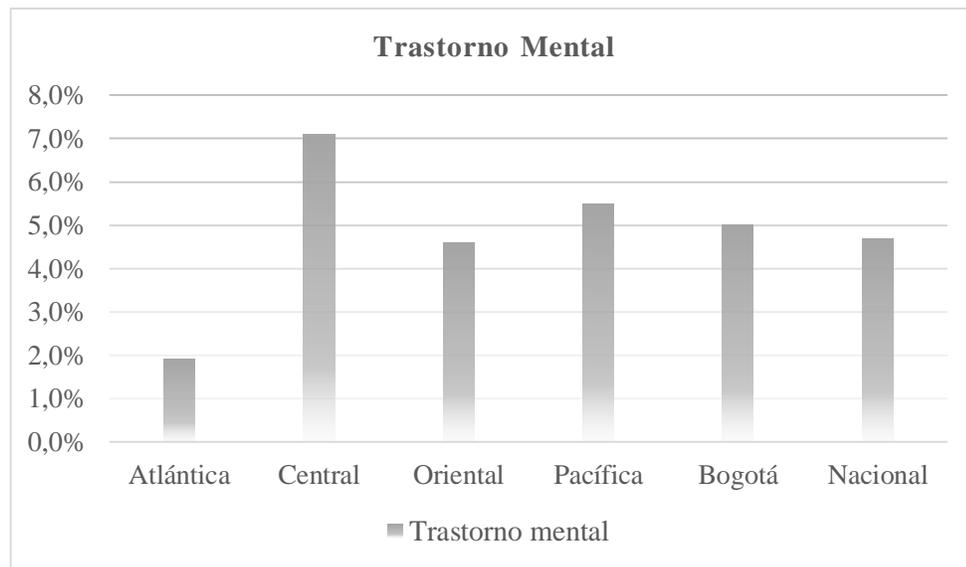


Figura 2 *Trastornos mentales en las regiones de Colombia*

Nota. Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Respecto a escolarización o no, de acuerdo con los resultados, se reporta que la mayoría de la población con trastorno está escolarizada y la prevalencia es cercana al promedio nacional. Además, la tasa de deserción en el país se encuentra en un 3,26%

Tabla 4

Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según escolarización en Colombia

Cualquier trastorno mental	Escolarizado	No escolarizado
En los últimos 12 meses	4,8%	0,10%
En los últimos 30 días	3%	0,10%

Nota. Fuente: Encuesta nacional de salud mental del 2015

Según la Fundación Saldarriaga Concha (2015) sobre la educación inclusiva en Colombia, el 56,8% de las personas con discapacidad que se encuentran entre los 5 y los 20 años están vinculados a procesos de formación básica; sin embargo, solo el 5,4% de estas personas logran terminar el bachillerato.

En este sentido, Talou y Borzi (2008), en su artículo “Niños con discapacidades y educación inclusiva”, resaltan la importancia de la vida escolar, la cual además de ser un derecho fundamental, genera una inclusión basada en la igualdad de oportunidades y a su vez crea espacios inclusivos en favor de la autonomía y la dignidad, que no se reducen al ámbito escolar sino que involucran a la sociedad en su conjunto, pues los estudiantes con necesidades educativas especiales, por su condición de discapacidad o de excepcionalidad, se pueden y deben educar en los mismos espacios en los que se educan los demás.

Los principales actores de los sistemas educativos son los docentes, la formación de los mismos es uno de los principales factores de la calidad educativa, y por tanto se constituye en aspecto fundamental de las políticas y planes educativos. Una de las distancias entre las políticas educativas y los programas de formación docente, se sitúa en la escasa atención que se brinda a la formación de todos los educadores para atender poblaciones con necesidades educativas especiales o en situación de vulnerabilidad, con el fin de se logre una participación equitativa en una sociedad pluriétnica, pluricultural y diversa dentro del marco de una cultura incluyente.

En efecto, la comprensión de la diversidad, como lo expresa Correa y Restrepo (2017): "Es una concepción que abre la discusión sobre la pluralidad humana: género, cultura, tendencias sexuales, lengua, entre otras, y en la unicidad para profundizar en el debate sobre la alteridad, la otredad donde se comprende al ser humano desde cada una de sus dimensiones".

Se requiere entonces, que las instituciones formen a los docentes para educar en y para la diversidad que implica, según Magendzo (2000) una apertura para aceptar valores distintos, costumbres distintas, hábitos distintos, y miradas distintas. Por ello la búsqueda

con los maestros estará centrada en poder reconocer en la práctica cotidiana la diversidad étnica, lingüística, cultural y social de un país, que invita a hacer diálogo de lecturas simultáneamente en lo local y lo global, lo particular y lo general para tener una sociedad más solidaria, equitativa y sensible a las diferencias humanas.

El plan territorial de formación docente -PTFD- además de ser un requerimiento normativo contemplado en las Leyes 115 (1994), 715 (2001) y el Decreto 709 (1996), y normas compiladas en el Decreto 1075 (2015), se convierte en una estrategia para enriquecer las prácticas de directivos y docentes, el municipio de Cúcuta cuenta con una planta viabilizada de 3.815 docentes de aula, de ellos en el año 2015 participaron en programas de formación docente en diferentes áreas el 52,54% y el 26,21% participaron en programas de formación en las TIC -Tecnología de la Información y Comunicación.

Se registra en el PTFD 2016-2019 la planta de personal directivo y docente del Departamento Norte de Santander como entidad certificada en educación, indicando 5.754 cargos oficiales asignados a 174 establecimientos educativos que atienden 117.303 estudiantes (85.8 del total). La entidad territorial atiende 18.936 estudiantes mediante la modalidad de contratación con 1.060 directivos y docentes en 42 establecimientos ubicados en diez municipios denominados del Catatumbo y 350 estudiantes de la institución etnoeducativa U'wa Izqueta.

Por otro lado, la revisión del Plan Territorial de Formación Docente 2017-2019 muestra que los planes de mejoramiento institucional -PMI- presentados por los establecimientos educativos referencian como necesidad de formación la capacitación en el Programa de Educación Inclusiva, sin embargo de los seis ejes de formación para docentes y directivos docentes en ejercicio establecidos para el actual periodo en la ciudad de Cúcuta ninguna guarda estrecha relación con la inclusión educativa, los trastornos mentales infantiles y la salud mental.

Los cargos están distribuidos de la siguiente manera: 320 directivos docentes (94 rectores, 66 directores rurales, 141 coordinadores, 4 supervisores y 15 directores de núcleo

educativo) y 5.433 docentes de aula. Por vinculación se determina que el 66% corresponden al estatuto docente 2277 de 1979 y el 34% al nuevo estatuto docente 1278 de 2002.

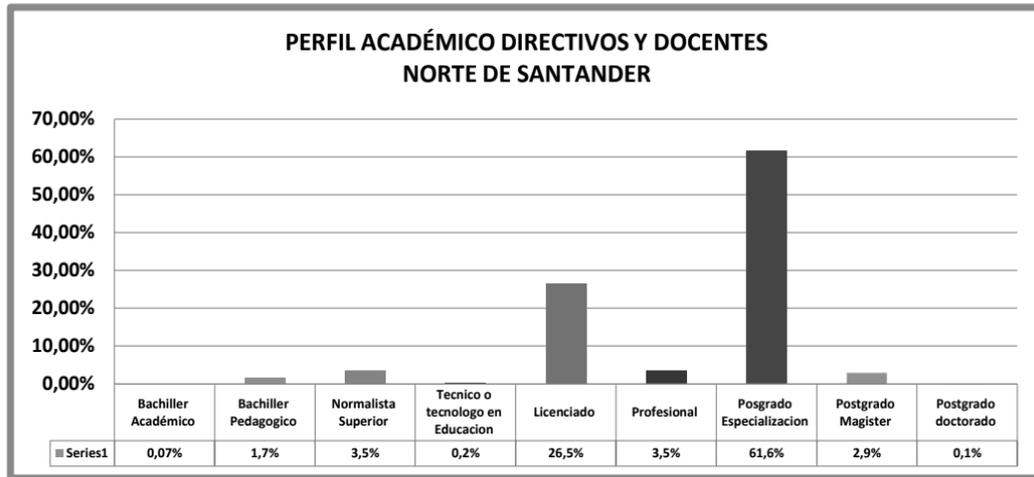


Figura 3 Perfil académico de docentes y directivos

Nota. Fuente: Plan decenal de Cúcuta 2016-2019

El perfil académico de los directivos y docentes del Departamento muestran que el 61,6% son licenciados y profesionales con posgrado especialización, el 26,5% son licenciados, el 3,5% son profesionales no licenciados, el 3,5% son normalistas, el 1,8% son bachilleres, el 2,9% tienen maestría y el 0,1% han adquirido el doctorado. Lo anterior, determina que en general el 95,5% del total tienen el perfil académico satisfactorio para el sector (5.654 directivos y docentes) y existen 100 docentes que aún conservan la condición de bachilleres.

Como profesionalización docente se aprecia que existe un 64,6% con posgrado con alta proporción en especialización (61,6%) y baja en maestría y doctorado (3%); indicándose que aunque no es tan relevante, se puede afirmar que constituye una cifra favorable para la calidad de la educación.

A partir del nuevo estatuto docente 1278 de 2002, que permite el ingreso al sector educativo de profesionales, se identifica la existencia de 204 profesionales con un abanico de profesiones donde se destaca la ingeniería (119 docentes) y sus ramas ambiental, química, de producción, electrónica, de alimentos, de sistemas, industrial, biotecnológica, agronomía, mecánica, en transporte de minas y civil; la administración (21 docentes), la

ciencias de la salud (17 docentes) en bacteriología, microbiología, biología y enfermería) y 16 docentes en psicología.

No obstante la planes de formación docente establecidos por los entes territoriales se enfocan es los educadores del sector oficial, siendo relevante apuntar que la formación y actualización de docentes de instituciones educativas privadas depende de ellos mismos, ya que no están adscritos como funcionarios del Ministerio de Educación Nacional, sino que laboran de forma independiente.

Los Planes de Desarrollo elaborados por la Secretaría de Educación del Departamento presentan en sus análisis los siguientes aspectos como factores incidentes en la calidad educativa, lo cual refuerza la necesidad de formación docente en tópicos de inclusión social:

“Deficientes procesos de formación y actualización docente; contenidos y prácticas evaluativas descontextualizadas; inexistencia de herramientas pedagógicas que permita la medición intelectual de los estudiantes con posible discapacidad intelectual, comunidad educativa indiferente sobre la aceptación a la inclusión educativa y; docentes y padres de familia sin capacitación en el manejo de los estudiantes con discapacidad y/o talentos o capacidades excepcionales...”.

La cobertura educativa municipal de Cúcuta se distribuyó en el 2015 con 22.6% en el sector privado y el 77.4% atendida por el sector oficial, incluyendo los tres colegios en concesión. Se observa un incremento en la atención del sector privado y a su vez una disminución en el sector oficial.

Tabla 5
Cobertura educativa, SIMAT

Sectores	2013	2014	2015
No oficial	27.380	32.140	33.100
Oficial	110.490	108.920	109.236
Concesión	3.761	4.100	4.100
Total	141.631	145.160	146.436

Nota: Fuente Plan de desarrollo de Cúcuta 2016-2019

Marco Legal

Desde la constitución política de 1991 en Colombia se empezó a dilucidar el derecho a la educación, el gran escalón fue la ley 115 de 1994 que estipula la regulación de la educación como derecho de los colombianos, a partir de ahí se empiezan a establecer avances para la protección y garantía de la educación de personas con discapacidad, no obstante las normas propuestas sugerían la educación especial en centros especializados y entidades competentes, generando segregación y diferenciación de individuos que según el marco legal colombiano de la fecha se denomina población con limitaciones.

A partir del decreto 366 de 2009 se empieza hablar de inclusión en el ordenamiento jurídico colombiano, induciendo el cambio del paradigma de educación especial a una educación inclusiva.

Tabla 6
Leyes de Educación en Colombia

Norma	Objeto
Ley 115 de 1994 (Artículo 111)	Ley General de educación: regulación del servicio público de la educación en consonancia con las disposiciones relacionadas con educación de la constitución política
Decreto 2277 de 1979	Se establece el Estatuto de Profesionalización Docente
Decreto 709 de 1996 (Artículo 7)	Por el cual se establece el reglamento general para el desarrollo de programas de formación de educadores y se crean condiciones para su mejoramiento profesional.
Ley 715 de 2001	Modificada por la Ley 863 de 2003 reglamenta una parte de los ingresos de los municipios del país, a saber, la transferencia a salud, educación.
Ley 361 de 1997	Ley de discapacidad: Determina el conjunto de derechos de las personas en situación de discapacidad. Establece intervenciones a nivel de prevención, educación y rehabilitación, integración laboral, bienestar social y, accesibilidad para las personas con discapacidad.
Decreto Ley 1278 de 2002	Se establece el Estatuto de Profesionalización Docente
Decreto 3020 de 2002	Por el cual se establecen los criterios y procedimientos para organizar las plantas de personal docente y administrativo del servicio educativo estatal que prestan las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones

Ley 1098 de 2006	Código de Infancia y Adolescencia: Todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tendrá derecho a recibir atención, diagnóstico, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, educación, orientación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención. Igualmente tendrán derecho a la educación gratuita en las entidades especializadas para el efecto (Artículo 36. Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad).
Decreto 4791 de 2008	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 11, 12, 13 y 14 de la Ley 715 de 2001 en relación con el Fondo de Servicios Educativos de los establecimientos educativos estatales.
Decreto 366 de 2009	Por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o con talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva.
Ley 1618 de 2013	Establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. El objeto de esta ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad.
Decreto 1421 de 2017	Reglamenta la prestación del servicio educativo para la población con discapacidad desde el acceso, la permanencia y la calidad, para que los niños puedan transitar por la educación desde preescolar hasta la superior o educación para el trabajo y el desarrollo humano.

Nota. Elaboración propia

Marco Metodológico

Diseño

La investigación es cuantitativa de corte trasversal, se implementa un diseño no experimental con alcance descriptivo, con el cual según Hernández, Fernández y Baptista (2014), se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Con este diseño se miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

Conforme a lo mencionado, en este caso, los conocimientos de los docentes sobre trastornos infantiles son el objeto de estudio, y por consiguiente se pretende estimar y medir dichos conocimientos y posteriormente, de acuerdo a los resultados, describir el nivel de conocimientos que poseen en la detección e identificación de los diez trastornos determinados como prevalentes en la infancia colombiana según la Encuesta de Salud Mental del año 2015.

Población

Según Tamayo (2004), “la población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”, por ende la población está compuesta por los docentes de las instituciones educativas de la ciudad de San José de Cúcuta en Norte de Santander.

Muestra

El proceso de muestreo a implementar es no probabilístico por cuotas, siendo esta una técnica donde el investigador establece grupos de la población, determinando el número de individuos a seleccionar en cada uno de ellos, y elige intencionadamente individuos para completar las cuotas establecidas. Entre las principales ventajas del muestreo por cuotas se encuentra su bajo coste, además de que puede asegurar la heterogeneidad y proporcionalidad de la muestra, garantizando la presencia de dimensiones sociales

(Alaminos y Castejón, 2006), en este caso la característica a controlar es el tipo de institución educativa.

Docentes de 1° a 5° de básica primaria de instituciones educativas oficiales y no oficiales de la ciudad de San José de Cúcuta en Norte de Santander. Se establecen los docentes de básica primaria, teniendo en cuenta que es el área de cobertura de la población infantil, y se abarcan todos los grados escolares debido a que el profesorado realiza rotaciones en los distintos cursos desde el primer al quinto grado de los centros educativos.

La muestra determinada es de cuatro instituciones educativa de la ciudad de Cúcuta seleccionadas por conveniencia, estableciendo una cuota de 20 docentes de básica primaria por cada uno de los centros educativos.

Tabla 7
Distribución de la muestra

Característica de control	Composición de la muestra	%
Institución oficial (Iof)	2	50
Institución no oficial (Inof)	1	20
Institución en concesión (Ic)	1	20

Los subgrupos establecidos son colegios oficiales (2), un colegio no oficial (1) y un megacolegio en concesión (1) de la ciudad de Cúcuta.

Tabla 8
Muestreo por cuotas

Tipo de institución	Cuotas	%
Iof 1	20	50
Iof 2	20	
Inof 1	20	25
Ic 1	20	25
Total cuota	80	100

De cada uno de los centros educativos seleccionados, aleatoriamente se aplicará el instrumento a 20 docentes de básica primaria que cumplan con los requisitos de inclusión, para un total de la muestra de 80 docentes a evaluar.

Los criterios de inclusión de los participantes son:

- A. Ser docente de básica primaria.
- B. No se discrimina sexo, ni edad; no obstante serán variables a evaluar.
- C. Ser licenciado, docente normalista o profesional ejerciendo la docencia.
- D. Participar de forma voluntaria y anónima.
- E. Firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión:

- A. No ser docente de estudiantes de 1° a 5°.
- B. Ser docente en formación o periodo de prácticas.

Procedimiento

El proceso de investigación se desarrolla mediante las siguientes fases:

Fase 1. Revisión de la literatura para establecer los trastornos prevalentes en la infancia colombiana, siendo estas afecciones las seleccionadas para el posterior diseño del instrumento que permita medir si los docentes conocen acerca de los trastornos mentales establecidos.

Fase 2. Diseño del instrumento sobre trastornos mentales infantiles que permitirá determinar los conocimientos de docentes de básica primaria.

Fase 3. Establecer a los centros educativos que por conveniencia han sido seleccionados, posteriormente solicitar la debida autorización (Anexo A), y requerir la colaboración de la institución y los profesores en la presente investigación.

Fase 4. Solicitar consentimientos informados a los participantes de forma escrita (Anexo B). Aplicar los instrumentos a la muestra seleccionada según los parámetros de inclusión y exclusión.

Fase 5. Después de aplicados los cuestionarios se procede a la correspondiente calificación según los criterios que describen los diez trastornos (doce enunciados) a evaluar en los docentes. Por ende, se obtienen resultados de nivel de conocimientos y aspectos sociodemográficos.

Fase 6. Análisis de resultados y descripción de la información obtenida, se realiza la estimación del nivel de conocimiento de la muestra seleccionada sobre los trastornos infantiles y datos sociodemográficos. De acuerdo a esto, se procede a realizar una discusión de los datos obtenidos generando conclusiones, sugerencias, recomendaciones y aportes a próximas investigaciones.

Fase 7. Según los resultados descritos se diseña herramienta pedagógica para reconocer el rol del docente en las instituciones educativas y una guía para la identificación de los trastornos prevalentes en la infancia.

Instrumento

Un cuestionario según Chasteauneuf (citado por Hernández, 2014) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis (Brace, 2013). Para determinar el nivel de conocimientos se elaboró un cuestionario de preguntas (TMI: Test de Trastornos Mentales Infantiles, Anexo C) compuesto de doce enunciados, donde el docente debe relacionar los doce trastornos (enumerados de la A a la L) con el enunciado que describe cada trastorno, sin repetir la elección. Ha sido validado por cuatro expertos en Psicología Clínica y Educativa (Anexo D)

El nivel de medición del instrumento es de razón. En este nivel, además de tenerse todas las características del nivel de intervalos, el cero es real y absoluto (no es arbitrario), lo cual implica que hay un punto en la escala donde está ausente o no existe la propiedad medida, en este caso el conocimiento sobre trastornos mentales infantiles.

La caracterización de los trastornos se realizó de forma general, según los criterios obtenidos del DSM-5, manual que maneja un lenguaje incluyente y no peyorativo. Fueron seleccionados diez trastornos, no obstante los Trastornos específicos del aprendizaje que era el trastorno número diez, se subdivide en tres por lo cual el número de enunciados del cuestionario es de doce:

- A. Depresión
- B. Discapacidad Intelectual
- C. Trastorno de Ansiedad Generalizada
- D. Trastorno de Ansiedad por Separación
- E. Trastorno de desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo.
- F. Trastorno de Conducta
- G. Dificultad para la lectura
- H. Dificultad para la expresión escrita
- I. Dificultad para las matemáticas
- J. Trastorno Espectro del Autismo
- K. Trastorno Negativita-Desafiante
- L. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Además se evalúan aspectos sociodemográficos importantes para el análisis de resultados, como género, edad, tipo de institución educativa (oficial y no oficial), nivel académico y años de experiencia en el ejercicio educativo de los docentes participantes en el estudio.

Calificación del instrumento.

El test de trastornos infantiles para docentes está compuesto de doce reactivos cada uno posee un valor de diez (10) puntos sí es acertado, por ende la calificación máxima será de 120 unidades. A continuación se presenta la escala de calificaciones (baremos establecidos) para la evaluación de los conocimientos de los educadores:

Nivel de conocimientos

<i>Alto</i>	100-120
<i>Intermedio</i>	70-90
<i>Bajo</i>	0-60

Figura 4 Niveles de conocimiento

Fuente. Elaboración propia

Los niveles de conocimiento fueron determinados según el número de respuestas correctas que el docente haya obtenido, por ende cada nivel indica un mejor desempeño en la asociación del enunciado con el trastorno. Las variables de calificación son cuasicuantitativas de tipo ordinal (alto, intermedio y bajo).

Análisis de Información Recolectada

Se utilizará la matriz de datos para analizar la información recabada, la cual permite ordenar los datos de manera que sea visible la estructura, siendo importante porque facilita contrastar la realidad con la teoría para hacerla inteligible.

El análisis de los datos se efectúa sobre la matriz de datos utilizando programas computacionales (SPSS y Excel) para el manejo de grandes cantidades de datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), lo cual facilita la realización de tablas cruzadas que comparan los datos, generando así graficas que indiquen los datos cuantitativos recabados y permitiendo el análisis de los mismos.

Resultados

Según los cuestionarios aplicados a los 80 docentes de distintas instituciones educativas en diversas zonas de la ciudad de Cúcuta, se analizan aspectos sociodemográficos y se determinan los niveles de conocimiento en la detección de trastornos mentales en la infancia.

Datos Sociodemográficos

Con relación a la edad de los participantes, se establecen rangos de edades con un intervalo de cinco años, de 20 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años, 36 a 40 años, 41 a 45 años y de 46 a 50 años.

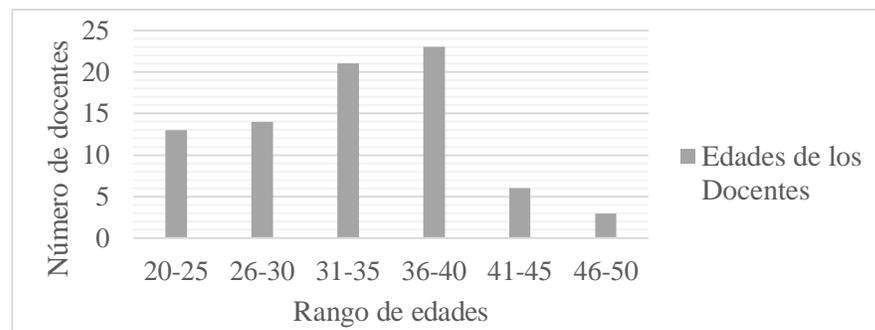


Figura 5 Edades de los docentes participantes

El rango de edades más frecuente es de 36 a 40 años con 23 docentes los cuales representan el 28.75% de la población encuestada, seguido de 21 de ellos que oscilan entre 31-35 años de edad (26.25%). Los docentes evaluados entre 26 y 30 años fueron 14 (17.5%), entre 20 y 25 han sido 13 (16.25%) y en un rango de edad entre 46 a 50 años estuvieron tres docentes (3.75%). El promedio de edad es de 33 años, la más repetida 37.

Tabla 9
Frecuencia de los datos

N	80
Media	33
Mediana	34
Moda	37
Mínimo	21
Máximo	52

Nota. N: número total de participantes

Al comparar el nivel de formación de los educadores con el tipo de institución educativa a la que pertenecen se observa lo expuesto a continuación:

Tabla 10 Comparación entre nivel educativo y tipo de institución educativa

		Tipo de institución educativa			
		Oficial	No oficial	Total	
Nivel educativo	Pregrado	Recuento	16	31	47
		% del total	20,0%	38,8%	58,8%
	Posgrado	Recuento	24	8	32
		% del total	30,0%	10,0%	40,0%
	Normalista superior	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%
Total		Recuento	40	40	80
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Los docentes de las instituciones no oficiales el 20% (16) posee un título de pregrado y el 30% (24) una formación de posgrado, y las instituciones no oficiales cuentan con el 38,8% (31) de los docentes con un título universitario superior, el 10% (8) con un posgrado y el 1,3% con un normalista superior.

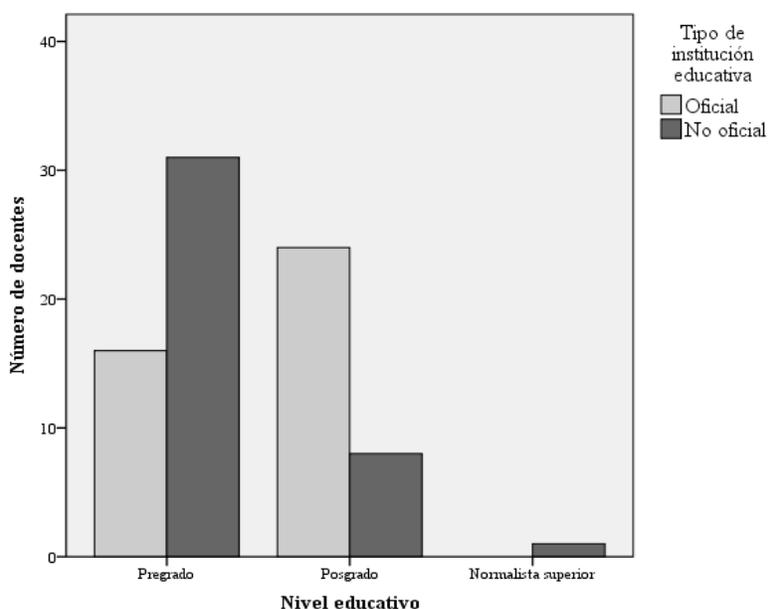


Figura 6 Nivel formativo en las instituciones educativas

El nivel de formación académica de los docentes fluctúa entre normalista superior, estudios de pregrado y estudios de posgrado.

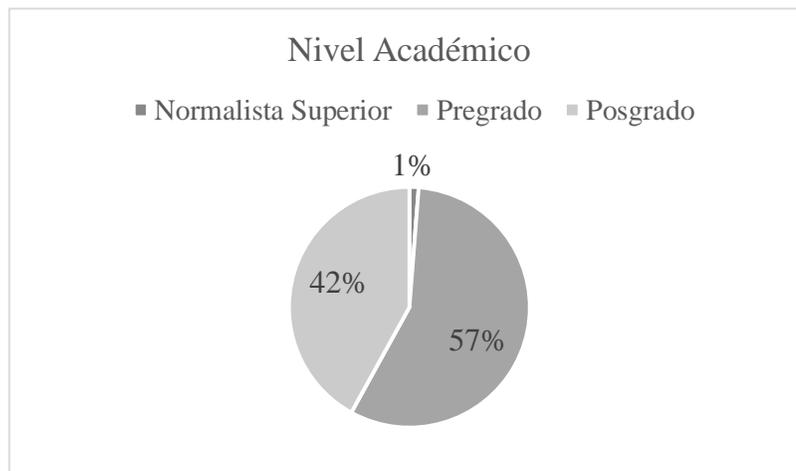


Figura 7 Nivel de formación de los participantes

El 57% de los docentes participantes poseen estudios pregrado entre licenciaturas y diversos programas académicos de formación superior (46 individuos), el 42% de los mismos han desarrollado procesos de posgrado entre especialización y maestría (34 individuos) y el 1% es normalista superior (un individuo).

De igual forma, la experiencia de los individuos se establece por rango de años en el desempeño de la labor como docentes, constituyendo intervalos de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, 10 a 15 años y más 15 años de experiencia en el rol de profesor.

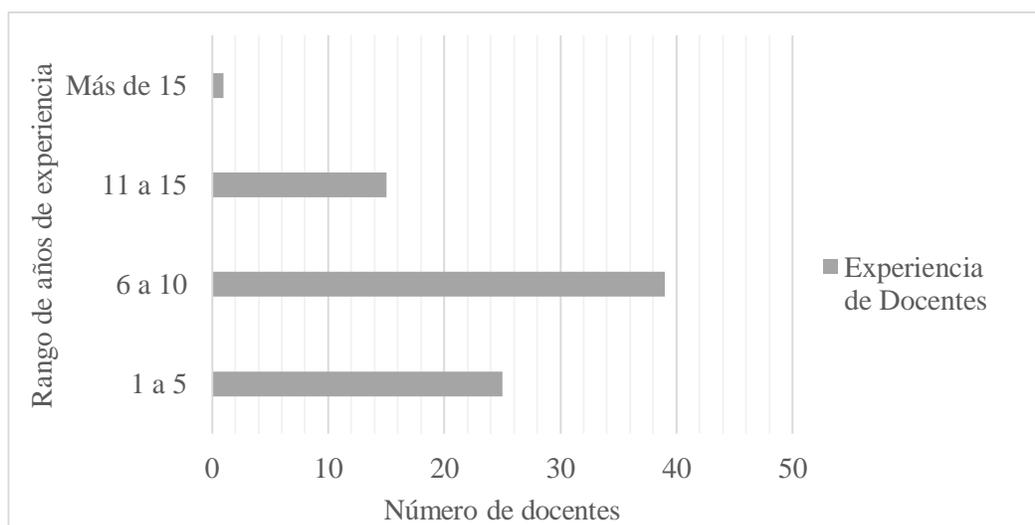


Figura 8 Años de ejercicio docente

La experiencia de los profesores de acuerdo al tipo de institución educativa se presenta a continuación:

Tabla cruzada Años experiencia *Tipo de institución educativa

	Tipo de institución educativa		
	Oficial	No oficial	Total
2	0	4	4
3	0	3	3
4	0	5	5
5	6	8	14
6	5	5	10
7	3	2	5
8	6	3	9
9	6	3	9
10	4	1	5
11	2	1	3
12	5	1	6
13	2	1	3
14	1	0	1
15	0	2	2
30	0	1	1
Total	40	40	80

Los resultados muestran que los docentes con menos años de experiencia se concentran en instituciones educativas no oficiales de 2-4 años, y de los 5 años en adelante en ambos tipos de centros educativos.

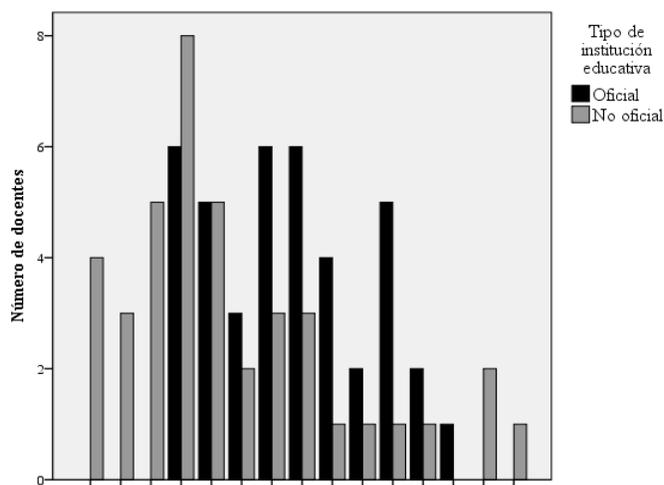


Figura 10 Años de experiencia

El 48.75% (39 individuos) de los docentes sondeados poseen una experiencia laboral como educadores entre 6 a 10 años, un 31.25% (25 individuos) afirmó tener entre uno y cinco años de labor, asimismo el 18.75% (15 individuos) posee una experiencia que varía de 11 a 15 años, y el 1.25% (un individuo) refirió más de 15 años de experticia como educador.

Por otro lado, el cuestionario identificó 60 docentes de género femenino y 20 de género masculino.

Tabla 11

Comparación de género tipo de IE

Institución	Docentes por Género	
	Femenino	Masculino
Iof1	17	3
Iof2	16	4
Inof	14	6
Ic	13	7
Total	60	20

Los datos indican que en las instituciones participantes 33 de los individuos son de género femenino en las instituciones oficiales y 7 de género masculino; por otra parte en las no oficiales 27 de los participantes son de género femenino y 13 masculino.

A nivel general el 95% de docentes participantes es de género femenino y el 5% masculino, estableciendo que la mayoría de encuestados son mujeres que ejercen el rol de docentes.

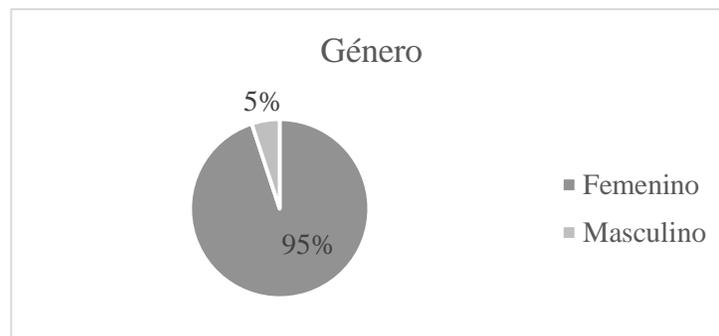


Figura 11 *Género de los participantes*

Test de Trastornos Mentales Infantiles

A continuación se exponen los resultados obtenidos en el cuestionario sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia, partiendo de la identificación correcta o incorrecta (Sí o No) del docente acerca de los doce trastornos mentales presentados.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de animo

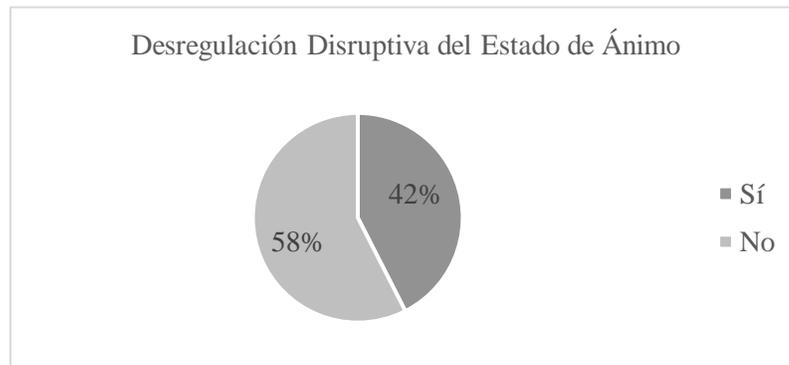


Figura 12 Resultados TDDEA

El primer enunciado hace referencia a características del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el 58% (46 individuos) de los participantes no identificó de forma acertada el trastorno señalado, y el 42% (34 individuos) relacionó las características de forma correcta.

Discapacidad intelectual.

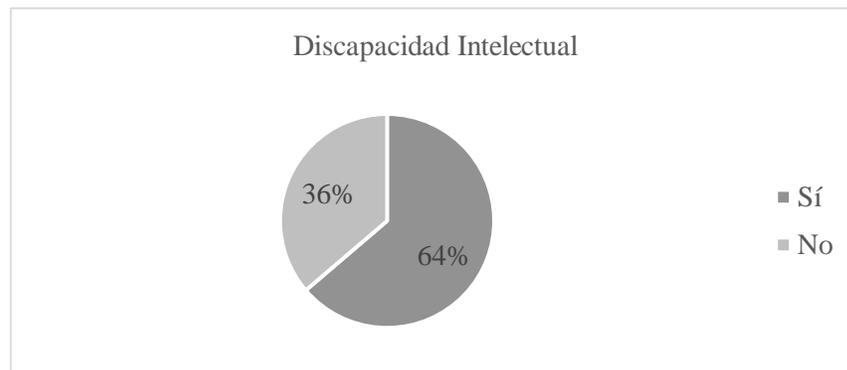


Figura 13 Resultados DI

Frente al ítem de discapacidad intelectual el 64% (51 individuos) detectó el trastorno mental y el 36% (29 individuos) no relacionó las características con el trastorno.

Trastorno específico del aprendizaje: dificultad en matemáticas.

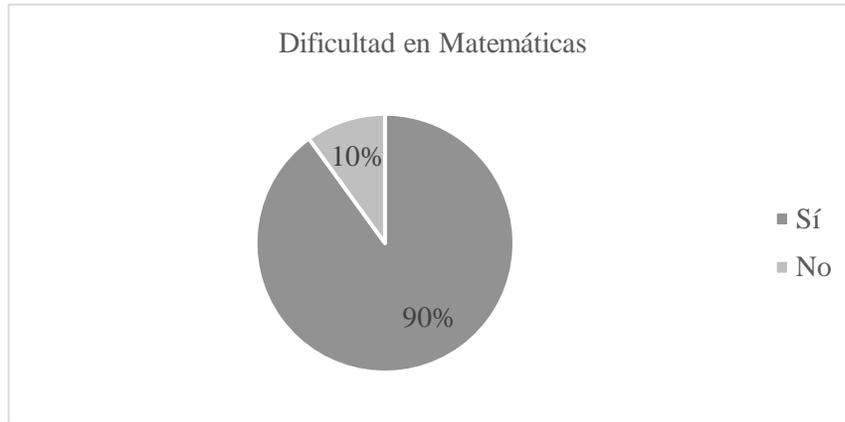


Figura 14 Resultados dificultad en matemáticas

De los 80 evaluados, 72 de ellos (90%) acertaron en la elección del trastorno y 8 sujetos (10%) erraron en la respuesta.

Trastorno del espectro autista.

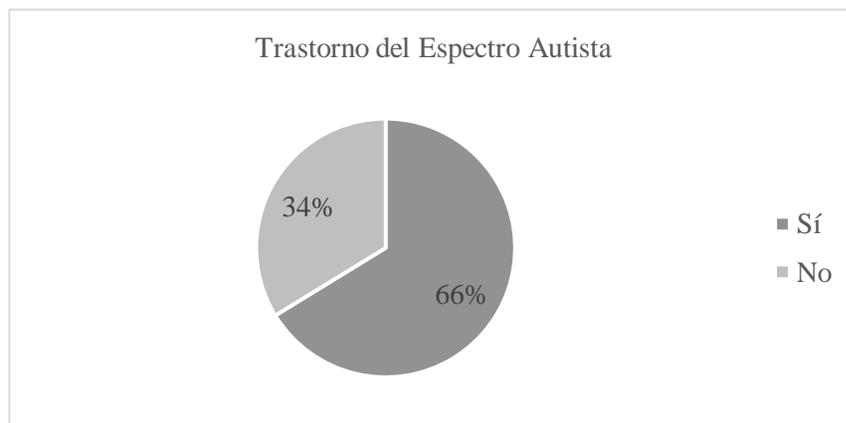


Figura 15 Resultados TEA

De los docentes evaluados, 53 (66%) de ellos acertaron en la identificación del Trastorno de Espectro Autista (TEA) y 27 (34%) participantes no lograron identificarlo correctamente.

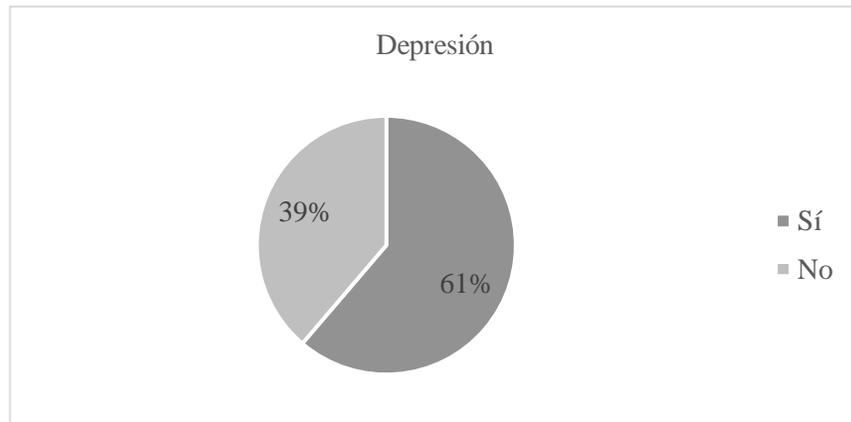
Depresión.

Figura 16 Resultados Depresión

Los resultados obtenidos en la evaluación de la identificación del trastorno depresivo indican que 49 docentes (61%) si identificaron la afección y 31 (39%) de los 80 sujetos evaluados no lo detectaron.

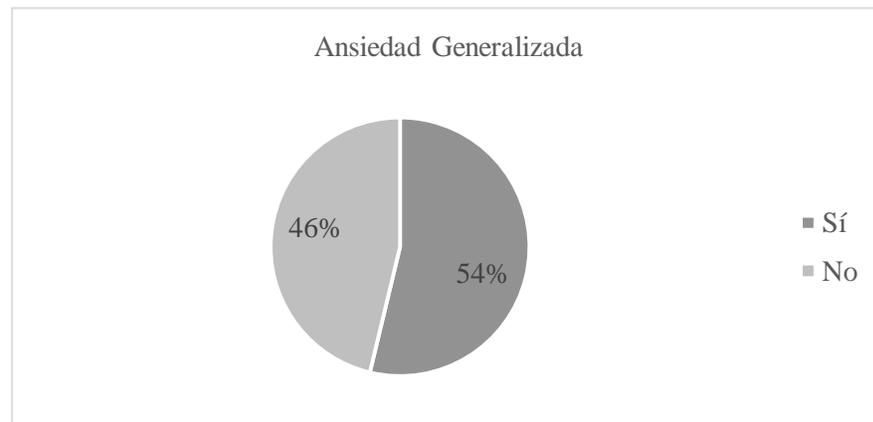
Trastorno de ansiedad generalizada.

Figura 17 Resultados TAG

El 54% de los evaluados corresponde a 43 docentes que identifican el trastorno de Ansiedad Generalizada y el 46% hace referencia a 37 que no acertaron.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

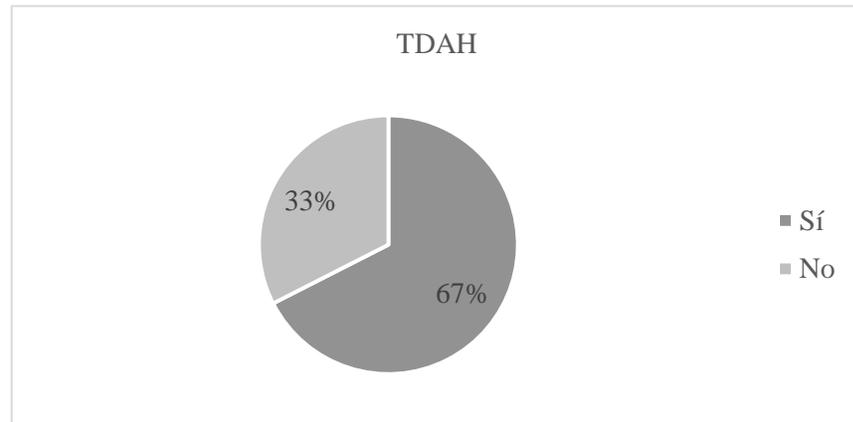


Figura 18 Resultados de TDAH

De los 80 docentes, 54 (67%) reconocieron el TDH y los 26 (33%) restantes no lograron identificar el ítem de forma correcta.

Trastorno específico del aprendizaje: dificultad en expresión escrita.

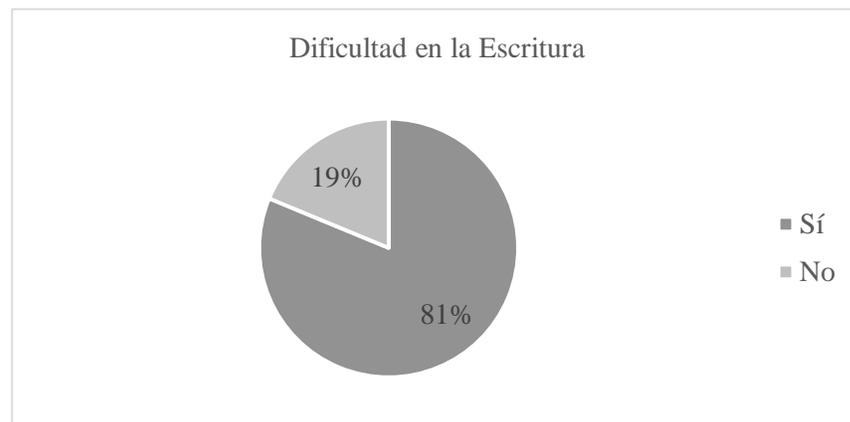


Figura 19 Resultados Dificultad en escritura

Con relación a la dificultad en expresión escrita la gran mayoría de los encuestados respondió correctamente al ítem logrando el 81% detectarlo (65 individuos) y el 19% (15 individuos) otorgó una respuesta incorrecta.

Trastorno de conducta.

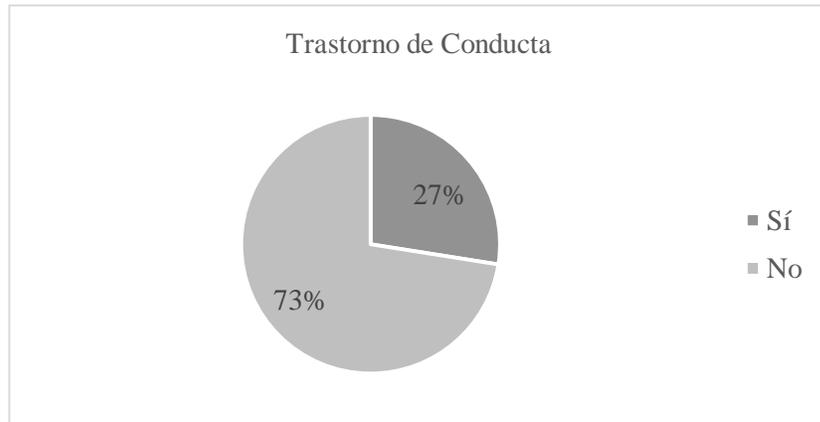


Figura 20 Resultados de TC

Del total de evaluados 22 de ellos (27%) acertaron al escoger el Trastorno de Conducta y los otros 58 individuos (73%) fallaron al detectarlo en el ítem.

Trastorno específico del aprendizaje: Dificultad en lectura.

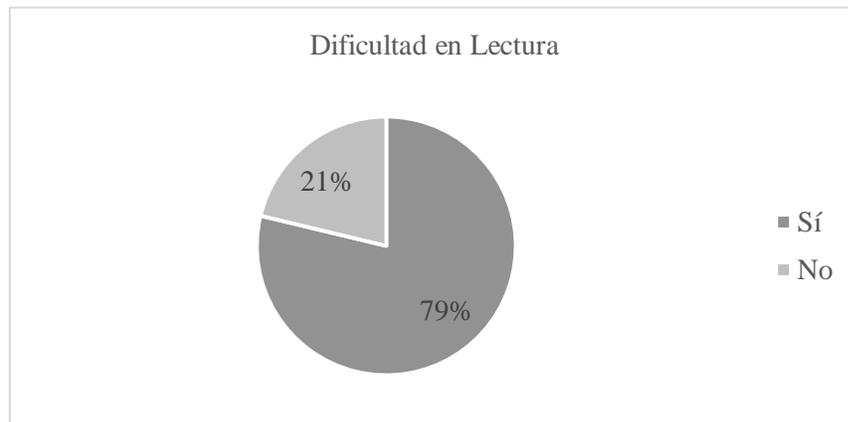


Figura 21 Resultados Dificultad en lectura

Más de la mitad de la muestra evaluada posee conocimientos sobre la dificultad en la lectura, 63 sujetos (79%) detectaron el trastorno y 17 (21%) no lo identificaron en el enunciado planteado.

Trastorno negativista desafiante.

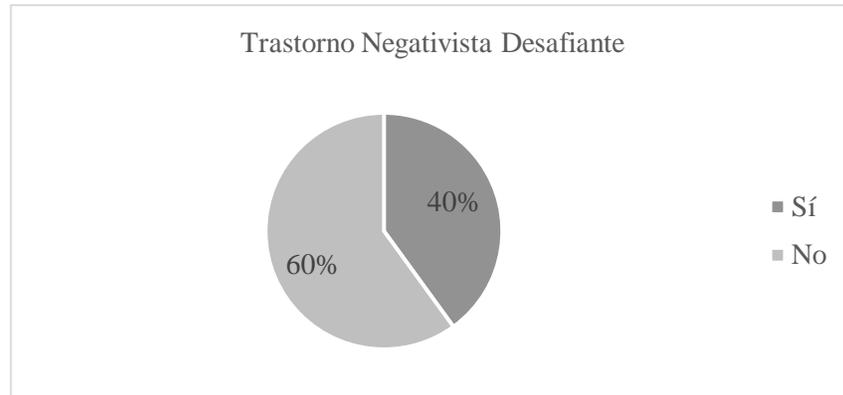


Figura 22 Resultados de TND

El 40% de los docentes que identificaron el trastorno corresponden a 32 y el 60% representa a 48 de ellos que no acertaron en la respuesta.

Trastorno de ansiedad por separación.



Figura 23 Resultados TAS

En el último enunciado del instrumento TMI se evidenció que 57 docentes (71%) lograron relacionar las características planteadas con el trastorno de ansiedad por separación, de igual forma 23 (29%) de ellos no hicieron correctamente la relación. Por consiguiente los anteriores fueron los resultados obtenidos en cada uno de los doce trastornos preestablecidos en el instrumento, y a continuación se describen los resultados generales recabados con referencia a los niveles de conocimientos medidos a través del Test de Trastornos Mentales Infantiles (TMI).

Niveles de conocimiento

Los niveles de conocimiento se establecen en bajo, medio y alto, por tanto seguidamente se observan los niveles obtenidos en las instituciones educativas evaluadas: oficiales (oficial 1 y 2) y no oficiales (no oficial y en concesión).

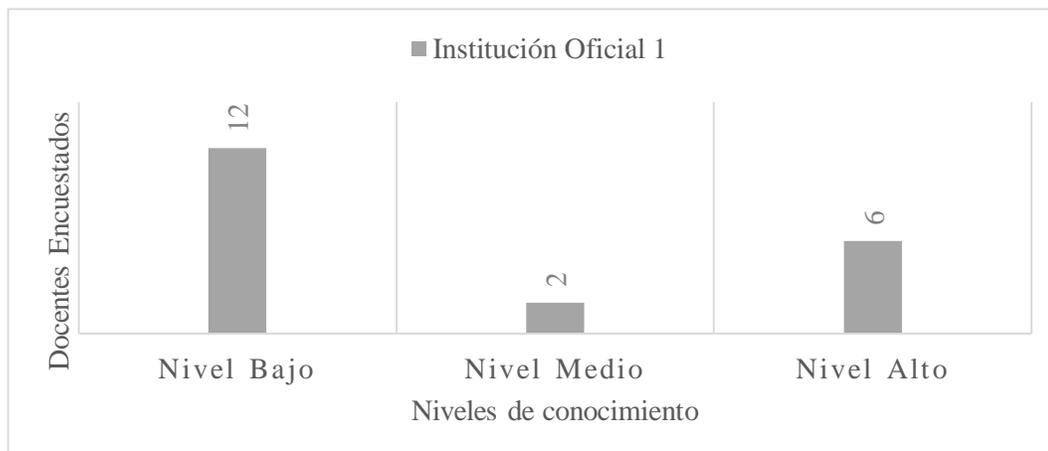


Figura 24 Conocimientos en Iof1

Los resultados obtenidos por los 20 docentes de la institución educativa oficial 1 indican que 12 (60%) de los evaluados poseen un nivel bajo de conocimientos sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia, 2 (10%) de los individuos un nivel medio y 6 (30%) un nivel alto determinado por sus respuestas en el instrumento TMI.

De igual modo, fueron medidos los conocimientos de 20 docentes de una segunda institución educativa de carácter oficial, mostrando los siguientes resultados:

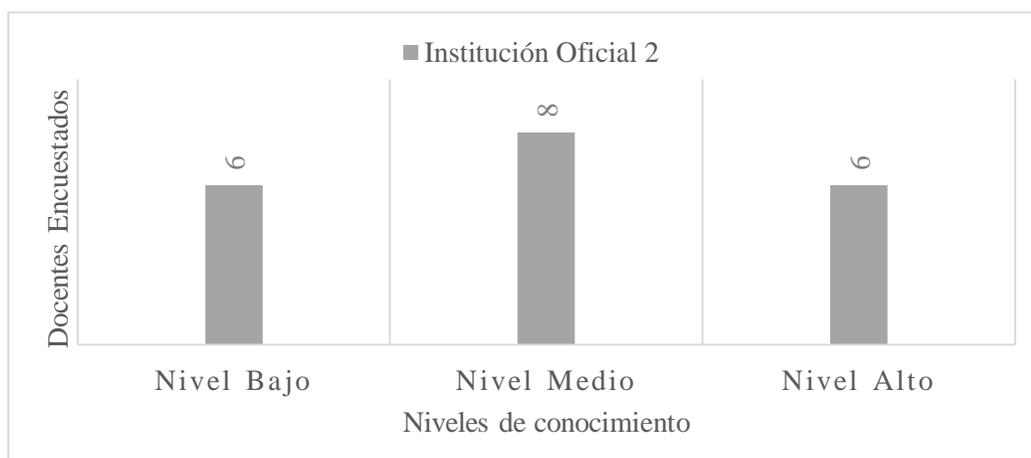


Figura 25 Conocimientos Iof2

De los docentes medidos 6 (30%) cuenta con un nivel de conocimientos bajo, 8 (40%) con un nivel medio y 6 (30%) con un nivel alto, por ende en esta institución oficial el mismo número de individuos obtuvo un nivel bajo y un nivel alto de conocimientos.

Por otro lado, los conocimientos de los docentes de las dos instituciones no oficiales, una de ellas en concesión, fueron determinados de la siguiente forma:

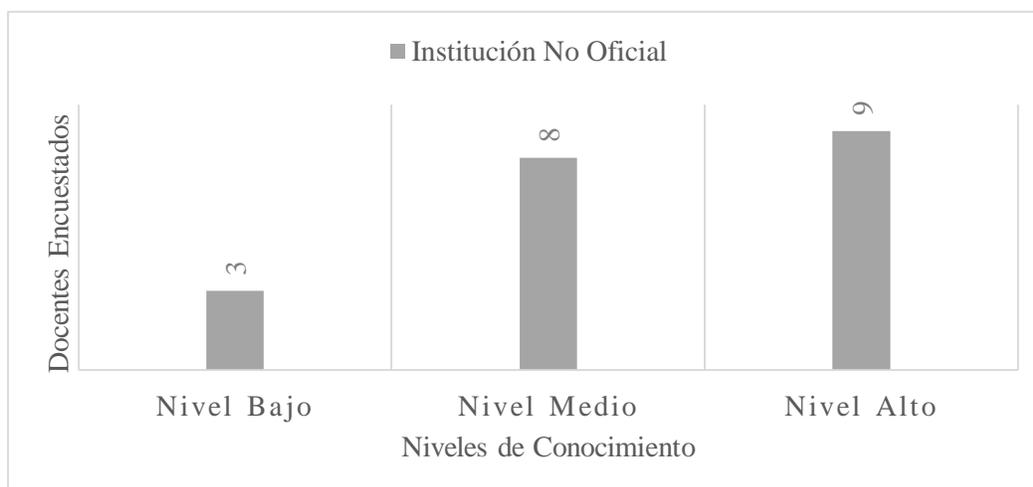


Figura 26 *Conocimientos Inof*

Los docentes que obtuvieron un nivel bajo de conocimientos frente a los doce trastornos seleccionados fueron 3 (15%), se determinó un nivel medio para 8 (40%) y un nivel alto lo obtuvieron 9 (45%) de los veinte (20) encuestados.

En discrepancia de los resultados logrados por la institución no oficial, los conocimientos de la muestra de veinte docentes de la institución en concesión se reflejan de la siguiente manera:

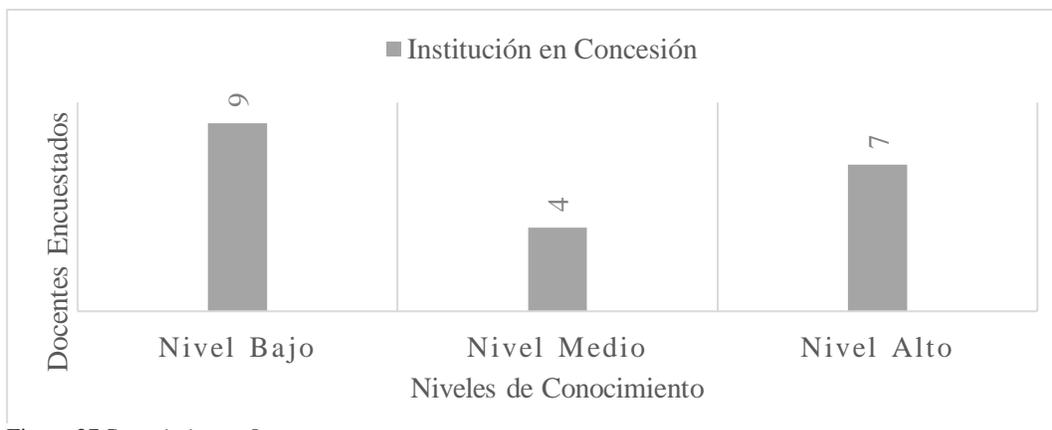


Figura 27 *Conocimientos Ic*

El instrumento TMI determinó que 9 (45%) docentes de la institución en concesión presentan un nivel bajo de conocimientos sobre los doce trastornos presentados, 4 (20%) tienen un nivel medio y 7 (35%) poseen un nivel alto.

Por consiguiente, el nivel de conocimientos de los docentes en los centros educativos oficiales y no oficiales, según la información recabada de la muestra seleccionada, indica discrepancia entre las mismas las cuales se plasman en el próximo gráfico:

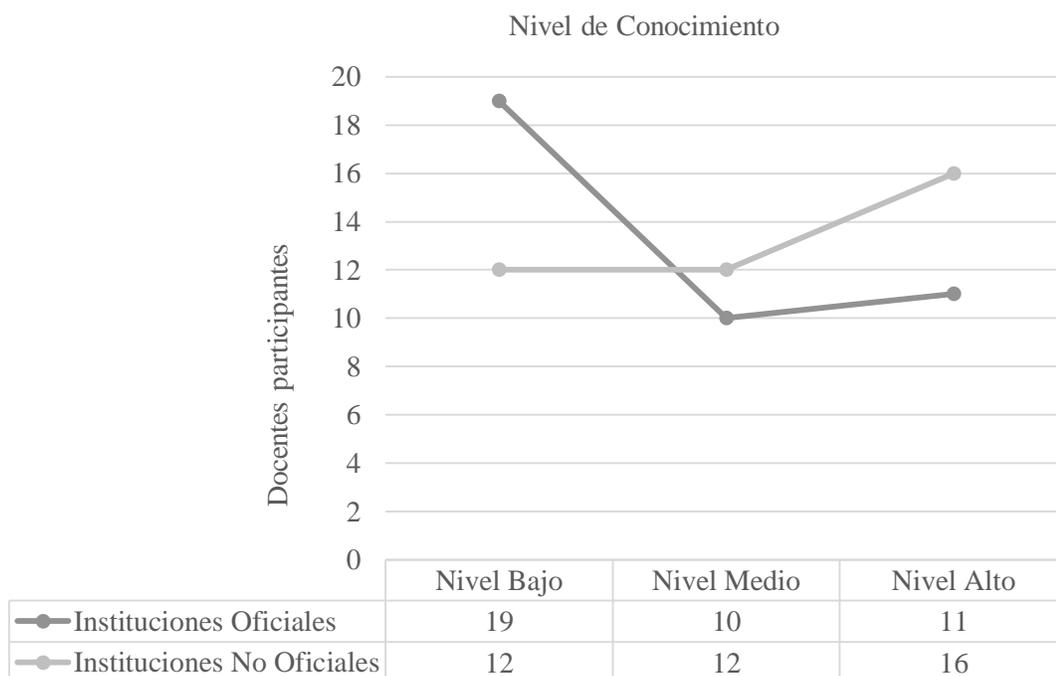


Figura 28 Comparación conocimientos en IE

Las instituciones no oficiales tienen un menor número de docentes con conocimientos bajos (12), a diferencia de las oficiales (19). En esta misma línea, las no oficiales poseen un mejor rendimiento general y por tanto mejores niveles de conocimientos, ya que poseen más docentes ubicados en nivel medio (12) y alto (16) que las oficiales.

En consecuencia, en parámetros generales, el nivel de conocimiento de los 80 docentes participantes en el estudio fue determinado como lo muestra el siguiente gráfico:

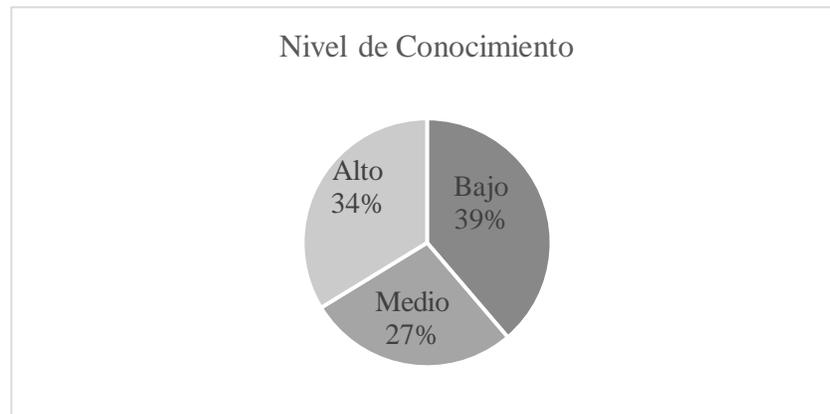


Figura 29 Niveles generales de conocimiento

Se determina que el 39% (31) de los docentes posee un nivel bajo de conocimientos sobre los doce trastornos mentales infantiles presentados por la investigación, el 27% (22) se ubica en un nivel medio de conocimientos y el 34% (27) cuenta con un nivel alto en la identificación de características básicas de los trastornos.

Lo anterior con referencia al nivel de conocimientos que se establece siguiendo los criterios mostrados a continuación:

Tabla 12

Determinación de niveles de conocimiento

Nivel de conocimientos	Número de ítems correctos	Puntuación
Bajo	1 a 6	10-60
Medio	7 a 9	70-90
Alto	10 a 12	10-120

Nota. Cada ítem correcto posee un valor de 10 para establecer la puntuación.

Es así como los niveles obtenidos por los participantes se determinan de acuerdo al número de enunciados asociados de forma certera. Entonces según los resultados de los evaluados, la mayoría de los docentes alcanzó una puntuación entre 10 y 60, lo cual determina un nivel bajo de conocimientos acerca de las psicopatologías infantiles.

En el proceso de reconocimiento de cada uno de los doce trastornos en los ítems de evaluación, se observó lo siguiente:

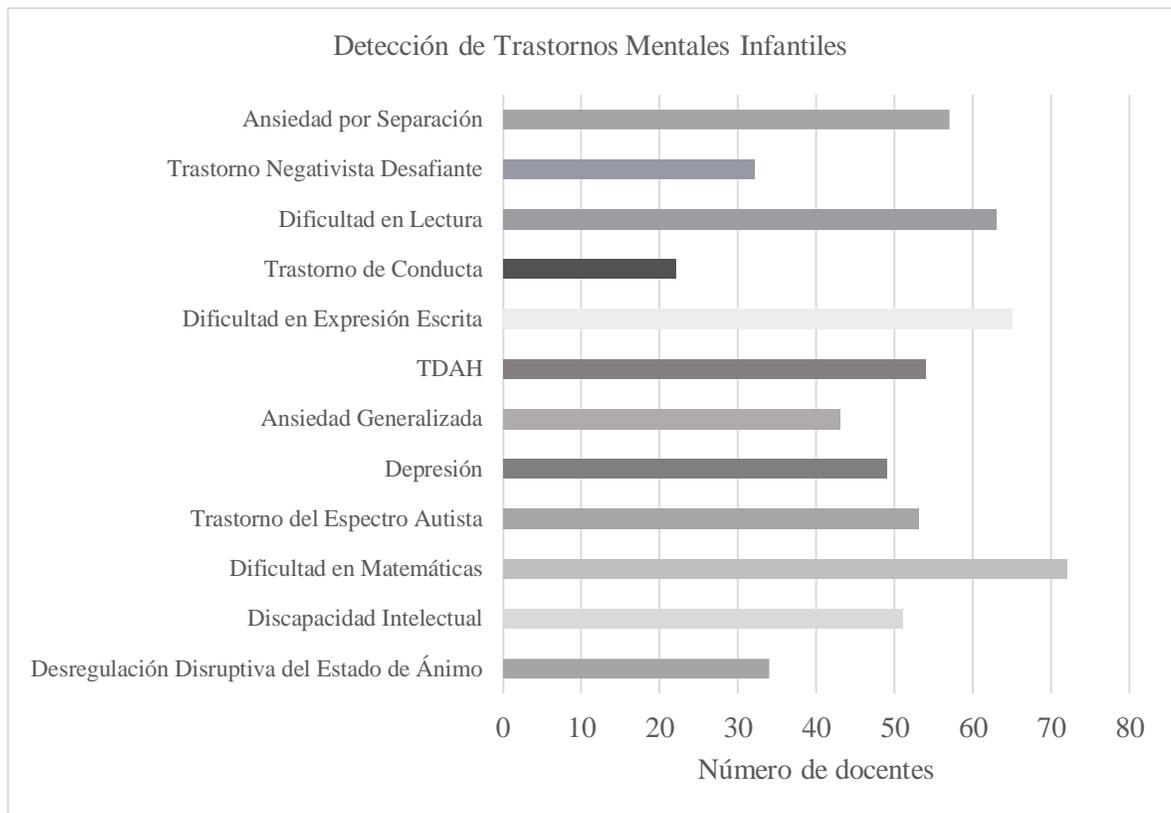


Figura 30 Resultados en la detección

El gráfico señala el número de participantes que detectaron acertadamente los doce trastornos expuestos, siendo los Trastornos Específicos del Aprendizaje (Dificultad en Matemáticas [72], Dificultad en Expresión Escrita [65] y Dificultad en Lectura [65]) los más identificados por la gran mayoría de docentes, seguido del Trastorno de Ansiedad por Separación (57), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (54) y el Trastorno del Espectro Autista (53), puntuando por encima de los demás. Estas afecciones nombradas son las que fueron mejor divisadas por la población estudiada.

En este sentido, los trastornos que fueron detectados en menor proporción por los docentes fueron el Trastorno de Conducta (22), el Trastorno Negativista Desafiante (32) y el Trastorno de Desregulación disruptiva del Estado de Ánimo (34).

Al comparar los datos sociodemográficos recabados con los niveles de conocimiento determinados, se halló lo supeditado con relación al género de los participantes:

Tabla 13
Conocimientos por género

Tabla cruzada Género*Nivel de conocimiento					
Recuento					
		Nivel de conocimiento			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Género	Femenino	22	17	19	58
	Masculino	9	5	8	22
Total		31	22	27	80

De los 31 individuos que obtuvieron un bajo nivel de conocimiento acerca de trastornos mentales infantiles, más de la mitad (22) son de género femenino.

No obstante, también fueron mayoría con la relación al género masculino, al establecerse más de la mitad de género femenino con un nivel alto de conocimientos teniendo en cuenta los 27 docentes que se ubicaron en dicho nivel.

Asimismo, los resultados permiten analizar la relación entre el nivel educativo de los encuestados y el nivel de conocimiento alcanzado.

Tabla 14
Conocimientos por nivel educativo

Tabla cruzada Nivel educativo*Nivel de conocimiento					
Recuento					
		Nivel de conocimiento			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Nivel educativo	Pregrado	22	13	12	47
	Posgrado	9	9	14	32
	Normalista superior	0	0	1	1
Total		31	22	27	80

De los individuos que poseen un nivel de conocimientos bajo, el 70% (22) poseen un nivel educativo de pregrado y el 30% (9) de ellos acreditan tener posgrado.

Además, el 52% de quienes se ubican en el nivel alto de conocimiento cuentan en su formación académica con un posgrado, el 45% (12) es profesional universitario y el 3% hace relación al único sujeto normalista superior.

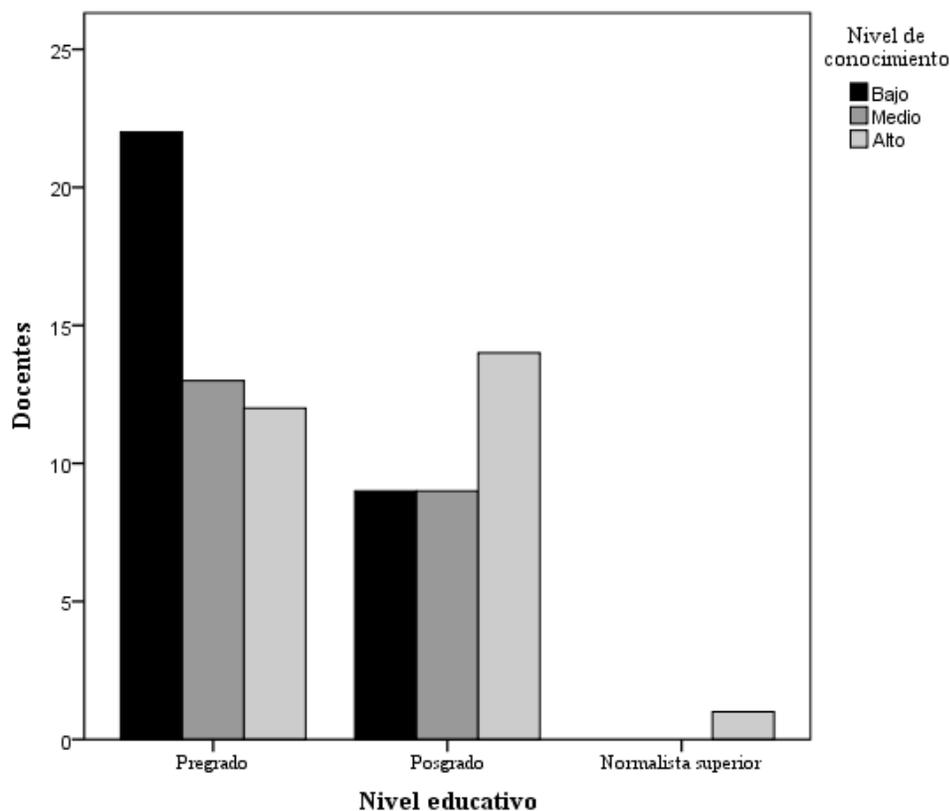


Figura 31 Comparación de conocimientos por nivel educativo

La variación más significativa según el gráfico, se ve reflejada en el nivel bajo de quienes poseen un pregrado, y el nivel medio y bajo se encuentran muy parejos en parámetros de posgrado. La persona normalista superior cuenta con un buen nivel de conocimientos según el test.

Del mismo modo, el contraste de los años de experiencia como docente frente a nivel de conocimientos determinado es el posterior:

Tabla 15
Conocimientos por años de experiencia

Tabla cruzada Años experiencia *Nivel de conocimiento

Recuento		Nivel de conocimiento			Total	Total Gen.	
		Bajo	Medio	Alto			
Años de experiencia	Rango 1	2	0	3	1	4	B: 11
		3	0	0	3	3	M: 7
		4	2	2	1	5	A: 8
		5	9	2	3	14	
	Rango 2	6	3	4	3	10	
		7	3	2	0	5	B: 12
		8	3	1	5	9	M: 11
		9	2	3	4	9	A: 15
		10	1	1	3	5	
	Rango 3	11	0	2	1	3	
		12	3	1	2	6	B: 8
		13	2	1	0	3	M: 4
		14	1	0	0	1	A: 15
		15	2	0	0	2	
	Rango 4	30	0	0	1	1	B: 1 M: 1
Total		31	22	27	80		

Nota. B: bajo, M: medio, A: alto.

El mayor número de docentes se encuentra ubicado en el rango uno 1 (1-5 años de experiencia) específicamente 14 de los 80 encuestados con una experiencia de 5 años, de los cuales 9 de ellos poseen un nivel bajo de conocimiento.

Adicionalmente, nueve (9) de los evaluados poseen una experiencia docente entre 8 y 9 años con un nivel de conocimiento acerca de trastornos mentales infantiles alto. Tan solo un individuo del rango 4, posee más de 15 años de experiencia (30 años) y de igual manera posee un alto conocimiento según el TMI.

La mayoría de los docentes del rango 1 de experiencia posee un nivel bajo de conocimientos, y la mayoría de participantes del rango 2 y 3 cuenta con un nivel alto, y los del rango 4 se encuentra en nivel bajo y medio. Lo cual permite afirmar que los años de experiencia docente influyen en los conocimientos que se poseen sobre trastornos infantiles.

La relación entre experiencia y conocimiento de los participantes del estudio se observa de forma más explícita en el adyacente gráfico:

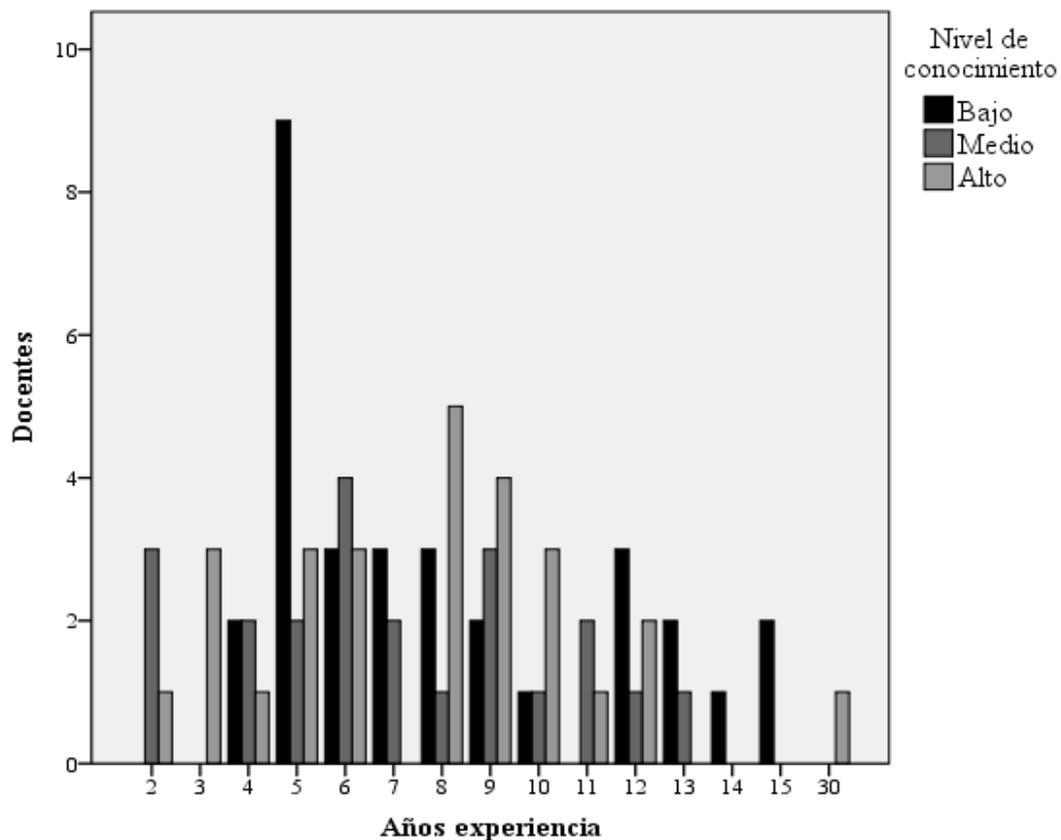


Figura 32 *Conocimientos por años de experticia*

El pico más alto de las barras se encuentra ubicado en el rango de 5 años de experiencia con un resultado de bajo conocimiento, incluyendo 9 individuos que corresponden al 29% de quienes a nivel global alcanzaron un bajo nivel de conocimiento (31 docentes con bajo nivel). El nivel medio destaca en el rango dos (6-10 años), con el 18% (4 individuos) con una experticia de 6 años de los 22 sujetos que están en este nivel.

Análisis y Discusión de Resultados

Esta investigación tenía como propósito central determinar los conocimientos de los docentes de educación básica primaria con respecto a los trastornos prevalentes en la infancia colombiana, partiendo de la premisa de que el educador es detector de dichos trastornos, lo cual le permite activar la correspondiente ruta de atención, facilitando la remisión a las áreas pertinentes para la evaluación, diagnóstico y tratamiento; a su vez de que pueda implementar estrategias educativas en el aula, acordes con las necesidades de los educandos tal como lo estipulan las leyes de inclusión educativa (Ministerio de Educación Nacional, 2017).

De los docentes participantes la gran mayoría, el 95% de los mismos eran de género femenino y tan solo el 5% masculino, concentrándose la mayoría femenina en instituciones oficiales, y la masculina en las no oficiales. El promedio de edad de los individuos fue de 33 años, el menor de ellos posee 21 años y la persona con mayor edad 52 años.

De igual forma, con relación a la formación académica ésta se cimienta en procesos formativos de normalista superior, pregrado y posgrado, lo que indicó que un poco más de la mitad de los encuestados, el 57% se caracteriza por contar con estudios de pregrado, y el 42% cuenta con algún estudio de posgrado, siendo entonces resultados muy parejos, acotando también la participación de un individuo normalista superior (1%). Los datos anteriores con respecto al género y formación profesional, concuerdan con la OCDE (2014) quien afirma que en Colombia, las mujeres representan el 68% de los egresados en el campo de la docencia, aspecto que se ve reflejado en el presente estudio.

En relación a esto, casi la mitad de los docentes participantes posee una experiencia entre 6 a 10 años de ejercicio, siendo el promedio de experticia de aproximadamente ocho (8) años en el gremio de la enseñanza. En las instituciones no oficiales se congregan los docentes que tienen entre 2 y 4 años de labor, y por ende los docentes de las instituciones oficiales cuentan como mínimo con 5 años trabajando como profesores.

Además en el aspecto de los años de labor docente, 8 personas cuentan con entre 2-5 años, 15 entre 6-10 años, 3 docentes entre 11 -15 y un individuo con más de 15 años. De ahí la importancia de contar con unos conocimientos sólidos sobre trastornos mentales infantiles, ya que deben estar en sintonía con las proyecciones estadísticas que puntúan a que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % a 15 % para el año 2020, lo cual corresponde a un incremento mayor que para las enfermedades cardiovasculares (Posada, 2015).

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas, se evaluaron los conocimientos de los docentes con respecto a lo expuesto anteriormente, a través de un instrumento diseñado de forma concisa para facilitar la identificación de las características más relevantes de los doce trastornos que componen el test de evaluación TMI.

La información recaudada indica que el nivel de conocimientos de los docentes es bajo, no obstante los niveles de conocimientos se encuentran en resultados muy similares, por ende no existen diferencias porcentuales marcadamente significativas de un nivel a otro. El hecho de conocer los síntomas o los signos iniciales de alarma de un trastorno puede conducir a una intervención que podría ayudar a reducir la gravedad de la misma e incluso retrasar su aparición y desarrollo (EP, 2018).

Los docentes poseen un bajo nivel de conocimientos en parámetros generales, y esto guarda relación con que la preparación del profesorado de educación ordinaria en materia de “educación especial”, ha estado fuera del interés de profesionales y universidades formadoras, al considerar que la educación de niños con diversidad funcional no hacía parte de las competencias del docente de aula (López, 1997).

Tal como lo menciona Jarque (2011) la detección precoz comienza por el profesor debido a que es la persona que más tiempo pasa con los infantes y mejor los conoce; sin embargo los conocimientos de los docentes tienden a ser bajos, ya que no poseen claridad con respecto a las características de los trastornos mentales que padecen los infantes.

Los trastornos que más desconocen son el Trastorno de Conducta que se tiende a confundir con el Trastorno Negativista Desafiante, este último también obtuvo un alto

número de asociaciones erradas, y seguidamente se encuentra un trastorno desconocido por más de la mitad de los sondeados y es el de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, que al parecer por ser un trastorno relativamente nuevo, ya que fue incluido en la última versión del DSM (2013), pasa por inadvertido para los docentes.

A su vez, los trastornos mayormente acertados son las tres dificultades que engloban los Trastornos Específicos del Aprendizaje (matemáticas, expresión escrita y lectura), seguido de la Ansiedad por Separación y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, teniendo presente que este último según la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) es el trastorno del comportamiento más frecuente en niños.

De los 31 individuos con un nivel bajo, 22 de ellos son de género femenino y 9 masculino, coincidiendo la misma cifra en igual orden para la formación de pregrado y posgrado, lo cual permite establecer que existe una posible relación entre los conocimientos y el nivel de estudios, ya que la gran mayoría no posee estudios posteriores a la formación de grado, aunque de la característica género no se puede estimar una relación dado a que el número de participantes de ambos géneros no fue proporcional. Además, 11 individuos poseen una experiencia de 5 años, y 12 de ellos están en el rango de 6 a 10 años de experticia pedagógica.

Es así, como algunos autores (León, Manzi y Paredes, 2004; Dixit, 2002; Mizala y Romaguera, 2000; Díaz y Saavedra, 2000) sostienen que el desempeño de los docentes incide en el aprendizaje de los educandos, por lo que es necesario destinar inversión social a la educación de los maestros, potencializando su formación y motivación.

En ese orden de ideas, es propicio señalar que el nivel medio de conocimiento logró un porcentaje del 27%, dicho resultado se relaciona al hecho de que los individuos confundieron las características de algunos trastornos y los emparejaron con otros con los que compartían ciertos aspectos similares, tal es el caso de la Depresión y el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, el TDAH, con Trastorno de Conducta y Negativista Desafiante, y el Trastorno del Espectro Autista que fue asociado como si fuese una Discapacidad Intelectual y viceversa, aunque es preciso afirmar que pueden llegar a ser trastornos comórbidos (Ospina, 2016).

Los 22 individuos que poseen un conocimiento medio, 17 de ellos son de género femenino y 5 masculino, igualmente 13 cuentan con formación profesional y 9 con título de posgrado, y con referencia al tiempo de labor la mitad (11 sujetos) se ubica en el intervalo de 6-10 años de experiencia. Por tanto, ostentar un nivel de conocimiento medio sugiere que el mecanismo más importante para mejorar la calidad educativa es intervenir en la efectividad de los docentes, por encima de cualquier otro insumo educativo, por lo que los programas continuos de formación docente deben hacer parte de la agenda y el interés público del país y la región (Perazza, 2008).

Como se había hecho mención no hubo una diferencia contundente entre los niveles de conocimiento, es así que el 34% de las personas certificó un alto nivel de conocimientos frente a las psicopatologías expuestas, un 5% de diferencia frente al nivel bajo (39%). Los docentes que consiguieron este nivel fueron 27, de los cuales 19 son de género femenino y 8 del masculino, en este caso a diferencia de los otros niveles, la mayoría cuenta con un posgrado (14), los restantes con título profesional (12) y un (1) sujeto normalista superior.

En efecto, según el análisis realizado hay variables sociodemográficas que influyen en el nivel de conocimientos, y estas son el nivel educativo, los años de ejercicio docente y el tipo de institución educativa, precisando que la edad y el género no tuvieron una influencia concreta en el conocimiento de los maestros. La preparación académica se vio reflejada en los niveles alcanzados, ya que los docentes que cuentan con estudios de posgrados, entre ellos especialidades y maestrías, lograron en criterios generales, mejores resultados que quienes detentan un título de grado. No obstante dichos datos no estipulan de forma proporcional el nivel de conocimiento.

La formación profesional está en concomitancia con el decreto 1278 del 2002 para el sector oficial, el cual clasifica a los docentes y directivos docentes, de acuerdo con su formación académica, experiencia, desempeño y superación de competencias, condicionando la asignación salarial al nivel de formación, y siendo por tanto el avance académico una forma de conseguir una mejor remuneración (motivación extrínseca), apuntando que los profesores que gozan de una alta motivación (intrínseca y extrínseca)

hacia su profesión se involucran más y están más satisfechos (Levesque, Blais y Hess, 2004).

Algo similar ocurre en el sector privado, donde el gobierno exige a los establecimientos educativos contratar personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica, con título en educación u otro título universitario emitido por una entidad de educación superior, para dictar cátedras relacionadas con su especialidad (ley 115 de 1994, art. 198).

De manera que la exigencia en la educación de los maestros es cada vez mayor, lo que ha impulsado a las entidades académicas a ofrecer diferentes alternativas que estén a la vanguardia y que cumplan con todo lo establecido por la ley (Portafolio, 2016).

Finalmente, el nivel de conocimientos también presentó disparidades en los tipos de institución educativa, aquellas que se clasifican como oficiales (dos instituciones) y no oficiales (una no oficial y una en concesión); las instituciones oficiales denotaron mayor número de individuos con un nivel bajo de conocimientos, en comparación con las no oficiales quienes fueron quienes obtuvieron mayor número de docentes con mejores conocimientos en nivel alto.

Lo anterior permite determinar que los docentes de las instituciones operadas por el sector privado mostraron mejor nivel de conocimiento acerca de trastornos mentales en la infancia y por ende poseen un mayor acercamiento a tópicos de inclusión y población con necesidades específicas.

No obstante, es preciso señalar que de los 32 docentes que cuentan con un nivel formativo de posgrado casi la mitad alcanzó un nivel alto de conocimientos, es decir 14 educadores, que con respecto al número total de participantes (80) es menos de la mitad; en contraste el estudio identifica un mayor desempeño general por parte de las instituciones no oficiales, a pesar de que cuentan con un mayor número de profesionales con pregrado.

Lo previo conlleva afirmar que el nivel formativo influye en el conocimiento sobre trastornos infantiles pero no es necesariamente determinante para todos los individuos, ya que convergen otros factores como por ejemplo el ejercicio del rol docente, es así como quienes poseen entre 5 y 10 años obtuvieron mejor desempeño en el test TMI, y quienes cuentan con más de 14 años en el profesorado presentaron bajos niveles.

Entonces, Granada, Pomés y Sanhueza (2013) afirman que los años de experiencia de los maestros influyen en la actitud que se tiene hacia la educación inclusiva, ya que con menos años de experiencia enseñando los docentes manifiestan una actitud más positiva que aquellos con más experiencia en el desempeño docente.

En resumen, los conocimientos sobre trastornos mentales infantiles son bajos, sin embargo no existen diferencias proporcionalmente significativas entre los niveles de conocimiento, es así como los niveles están ligados al ejercicio profesional, el tipo de institución y la formación académica. Por esta razón, es importante que los profesores tengan una formación inicial profesional que les permita contar con herramientas para dar respuestas educativas de calidad a la diversidad de estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En consecuencia, los docentes deben contar con una formación profesional continua que les facilite capacitarse y actualizarse permanentemente, para responder a las distintas demandas emergentes.

En este sentido diferentes estudios enfatizan la relevancia de la formación de profesores como un factor decisivo para hacer posible el proceso de inclusión educativa (Sánchez, Díaz, Sanhueza y Friz, 2008).

Conclusiones

La educación es el pilar de toda sociedad, por ende su estudio es imprescindible, es por ello que mediante la presente investigación se evaluaron los conocimientos de los docentes sobre trastornos prevalentes en la población infantil a través de la construcción de un instrumento validado por expertos, el cual indicó las características sociodemográficas y los niveles de detección de las psicopatologías que poseen los educandos.

Dicha medición fundamentó la descripción de los niveles de conocimientos (bajo, medio y alto) de docentes acerca de trastornos mentales en la infancia y aspectos sociodemográficos por medio del análisis de datos, generando un contraste de la información recabada con respecto a la revisión teórica.

El proceso de evaluación y descripción generó la determinación del nivel de conocimiento, y en aspectos generales la investigación permite concluir que los conocimientos son bajos y presentan una influencia de características sociopersonales de los individuos, como los años de experiencia, el nivel de formación académica y el tipo de institución educativa donde labora.

Asimismo, es relevante mencionar que partir del proceso de determinación de conocimientos y el análisis de la información arrojada por el instrumento implementado, los educadores confunden las características de ciertos trastornos, siendo válido afirmar que no poseen claridad de los criterios predominantes de cada psicopatología, y por consiguiente la detección se hace engorrosa y errada, conllevando al uso de etiquetas y falsos positivos.

En consecuencia, las leyes estatales de educación exigen una preparación idónea y una constante actualización por parte de los educadores, haciendo con esto alusión a la revisión teórica realizada (PTFD 2017-2019), obteniendo un contraste entre lo teórico y los resultados indicados por el cuestionario, ya que los resultados bajos no concuerdan

con las habilidades profesionales con la que debe contar el docente y los continuos programas de formación en los que debe participar.

Asimismo, casi la mitad de los participantes cuenta con estudios posteriores al título de grado, y en su mayoría hace parte de centros educativos oficiales, lo cual implicaría que su formación académica debería tener una relación proporcional a los conocimientos sobre trastornos mentales en infantes, teniendo concomitancia con procesos modernos de inclusión educativa, sin embargo los resultados indican que los niveles no son óptimos, y según la teoría el nivel educativo se relaciona con motivaciones mayormente extrínsecas.

Es por ello que se planteó una herramienta pedagógica (Anexo E), compuesta por información básica sobre los distintos trastornos mentales en los infantes, en el marco de las leyes de discapacidad colombianas, fomentando de esta forma la inclusión educativa, promoviendo el no uso de etiquetas diagnósticas, y potenciando la correspondiente activación de la ruta de atención de los educandos que hayan sido detectados con necesidades educativas específicas. La misma se entrega a las instituciones educativas participantes, mediante un espacio de retroalimentación y sensibilización acerca de la inclusión educativa y el rol del docente en el proceso.

Según la revisión teórica y los datos determinados, es imperante el cumplimiento de los programas territoriales de formación sobre tópicos de inclusión educativa y tipos de discapacidad, los cuales han sido percibidos durante los últimos años en los procesos evaluativos de necesidades de las instituciones educativas oficiales, sin embargo no se ofertan las capacitaciones pertinentes.

En sinopsis, se logró responder al planteamiento del problema concluyendo que el nivel de conocimientos de los docentes de básica primaria en la ciudad de San José de Cúcuta es bajo para la detección de trastornos mentales infantiles.

Estableciendo en conclusión, la preponderancia del debido cumplimiento de las leyes de inclusión colombianas en los aspectos relacionados a capacitación, actualización y formación docente pertinente, para la optimización de procesos educativos integradores y de calidad.

Recomendaciones

El ejercicio investigativo ha permitido tomar en consideración algunos aspectos que pueden ser motivo de procesos de investigación futuros, entre ellos dar uso de técnicas cualitativas que permitan la obtención de opiniones y observaciones del desempeño docente en las instituciones educativas.

De igual forma sería pertinente estudiar más a profundidad los conocimientos docentes sobre temas de inclusión educativa, siendo recomendado el uso de entrevistas a los maestros, y a su vez corroborar el manejo en las aulas de clase de población afectada por los trastornos mentales que son foco de estudio.

Además un tópico que puede generar una nueva investigación es la motivación que poseen los docentes acerca de procesos de capacitación y formación educativa, corroborando si los factores motivacionales son de tipo intrínseco o extrínseco.

Es importante tener en cuenta que el trabajo investigativo con docentes requiere de persistencia, debido a que no poseen muchos espacios libres que faciliten la participación masiva en estudios

Para la presente investigación es recomendado además de una herramienta pedagógica la realización de una capacitación general, si se cuentan con los recursos físicos, logísticos y económicos para el desarrollo de la misma.

Referencias Bibliográficas

- Alaminos, A. y Castejón, J. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Editorial Marfil. Alicante
- Alcaldía de San José de Cúcuta. (2016). Plan de desarrollo municipal 2016-2019.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), Washington, D.C.
- Aranda, R. y Andrés, C. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 9, 217-246.
- Augsburger, A. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médico sociales*, 81, 61-75.
- Augsburger, A. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Kairós, Revista de Temas Sociales*. Universidad Nacional de San Luis.
- Avendaño, W., Paz, L. y Parada, A. (2016). Estudio de los factores de calidad educativa en diferentes instituciones educativas de Cúcuta. *Revista de Investigación y desarrollo*. Universidad Francisco de Paula Santander. Colombia
- Bados, A. y Sanz, P. (2005). Validation of the Revised Test Anxiety Scale and the FRIEDBEN Test Anxiety Scale in a Spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, 163–174.
- Barkley, R., Murphy, K. y Bauermeister, J. (1997). Niños desafiantes: Materiales de evaluación y folletos para los padres. Reimpreso en *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico*. Nueva York: The Guilford Press.
- Barlow (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.) Guildford Press, New York.
- Barrera, L. (2003). Primer seminario intensivo de trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Artículo en línea. ve.lundbeck.com/Ve/.../Conferencias/default2.asp.
- Blanco, R. (2006). Hacia una escuela para todas y con todos. Recuperado de <http://www.inclusioneducativa.cl>.

- Borkovec, T.; Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research Therapy*, 21, 9–16
- Brace, I. (2013). Cuestionario de Diseño. Grupo Editorial Patria. En línea.
- Buendía, J. (1996). Psicopatología en niños y adultos desarrollos actuales. Madrid: Pirámide.
- Bustamante, A. y Chacón, G. (2013). Formas identitarias en la región fronteriza de Táchira (Venezuela) -Norte de Santander (Colombia). *Desafíos*, 25(1), 165-203, Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-40352013000100006&lng=en&tlng=es.
- Calvo, G. (2013). La formación de docentes para la inclusión educativa. *Páginas de Educación*, 6 (1), 19-35. Recuperado en 10 de enero de 2018, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682013000100002&lng=es&tlng=es.
- Cardo, E. (2009). Oppositional defiant disorder: aspects related to sex differences and informant. *Rev Neurol*.
- Carter, E. y McGoldrick, M. (1998). *The expanded family life cycle* (3rd ed.) Boston: Allyn y Bacon.
- CIE-10. (1999). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Psikolibro. Recuperado de www.psikolibro.blogspot.com.
- Colombia (2013). Ley No. 1616 de 21 de enero de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Correa, J. y Restrepo, N. (2017). Una mirada a la diversidad desde los lenguajes, las representaciones y las mediaciones pedagógicas. 1a. Ed. Publicar-T, Tecnológico de Antioquia. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Correa_Alzate/publication/315664440_Una_mirada_a_la_diversidad_desde_los_lenguajes_las_representaciones_y_las_

mediaciones_pedagogicas/links/58df36044585153bfe947cc7/Una-mirada-a-la-diversidad-desde-los-lenguajes-las-representaciones-y-las-mediaciones-pedagogicas.pdf

- Correa, J.; Bedoya, M. y Agudelo, G. (2014). Formación de docentes participantes en el programa de educación inclusiva con calidad en Colombia. *Revista Latinoamericana educ inclusiva*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/314142930_Formacion_de_docentes_participantes_en_el_programa_de_educacion_inclusiva_con_calidad_en_Colombia
- Costello, E., Erkanli, A. y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271.
- Cuadro, A. (2010). La lectura y sus dificultades: la dislexia evolutiva. Montevideo: Grupo Magro.
- Daley, D. y Birchwood (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: care, health and development* 36(4):455-64.
- Dancy, J. (1993). Introducción a la epistemología contemporánea. Madrid, Tecnos.
- Del Barrio, V. (2007). El niño deprimido. Barcelona, Ariel.
- Díaz, H. y Saavedra, J. (2000). La carrera de maestro: factores institucionales, incentivos económicos y desempeño. Banco Interamericano de Desarrollo, Research Network Working Paper, (410).
- Díaz, M. I., Jordán, C., Vallejo, M. A. y Comeche, M. I. (2006). Problemas de conducta en el aula: una intervención cognitivo-conductual. En Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coords.) *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*, 119-149. Madrid: Pirámide.
- Dixit, A. (2002). Incentivos y organizaciones en el sector público: una interpretación reseña *The Journal of Human Resources*, 37 (4).
- Dueñas, G. Comp. (2011) “La Patologización de las Infancias, ¿Niños o síndromes? Ed Noveduc. Bs As Argentina.
- Dugas, M. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 1, 211-240. Madrid: Siglo XXI.

- EP. (2018, marzo). Detectar a tiempo la enfermedad mental. *Infosalus*. Recuperado de <http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-detectar-tiempo-enfermedad-mental-20140328163952.html>
- Even, R. y Tirosh, D. (1995). Subject-matter knowledge and knowledge about students as sources of teacher presentations of the subject-matter. *Educational Studies in Mathematics*, 29 (1), 1-20.
- Even, R., Tirosh, D. y Robinson, N. (1994). Connectedness in teaching equivalent algebraic expressions: novice versus expert teaching. *Mathematics Education Research Journal*, 5(1), 50-59.
- Fernández, E. y Olmedo, M. (1999). Trastorno del comportamiento perturbador. Madrid: UNED-FUE.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Informe de la Fundación Saldarriaga Concha sobre el derecho a la educación inclusiva de las personas con discapacidad. Colombia. Recuperado de http://www.saldarriagaconcha.org/images/Fundaci%C3%B3n_Saldarriaga_Concha-Educaci%C3%B3n_Inclusiva.pdf
- Gamarra, O., Mendoza, J., León, F., León, C. y Campos, P. (2017). Conocimientos en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en docentes de Chiclayo, Perú. *Rev Mex Pediatr*; 84 (4):134-142. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2017/sp174b.pdf>
- Garces, D. (2008). Tensiones entre el desarrollo curricular del sistema educativo colombiano y el proceso de construcción cultural afrocolombiana. Recuperado de http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-174672_archivo.pdf
- Glick, J., Yabiku, S., y Bates, L. (julio, 2008). Inestabilidad y rendimiento estudiantil: Comprender la importancia de la movilidad escolar, el cambio residencial y la interrupción familiar. Presentación realizada en la American Sociological Association Annual Meeting, Boston, MA

- Gobernación de Norte de Santander. (2012). Plan de desarrollo Norte de Santander 2012-2015 Un Norte Pa'lante, Gobernación de Norte de Santander, San José de Cúcuta. Recuperado de http://www.nortedesantander.gov.co/archivos/79documento_Plan%20de%20desarrollo%20un%20Norte%20Palante%202012-2015.pdf
- Gómez, C. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Gómez, C., Aulí, J., Tamayo, N., Gil, F., Garzón, D. y Casas, G. (2015). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29539/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Gómez, H., Linares, R., y Bradshaw, R. (2000). El paisaje fronterizo: una visión satelital Caso San Antonio del Táchira (Venezuela)-Cúcuta (Colombia). *Aldea Mundo Año 5* (8). Universidad de los Andes-Táchira, Centro de Estudios de Fronteras e Integración
- González, J. (2014). Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. *Innovación educativa (México, DF)*, 14(65), 133-142. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009&lng=es&tlng=es.
- González, Y., Manzano, O., Vera, C. y Barbosa, J. (2017). Políticas públicas en educación para la población vulnerable de Norte de Santander. *Rev Face*, 17 (2), 15– 25.
- Granada, M., Pomés, P. y Sanhueza, S. (2013). Actitud de los profesores hacia la inclusión educativa. Papeles de trabajo - Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural, (25) Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082013000100003&lng=es&tlng=es.
- Greenfield, E. y Fischel, J.E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (7), 755–773.

- Hamilton, S. (2008). Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician*.
- Hernández, A., Montiel, T. y Martínez, J. (2014). Identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), 33-41. DOI: 10.14718/ACP.2014.17.2.4
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México. Editorial: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Horacio, A. (2002). La ansiedad y sus trastornos-manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Polemos.
- Jarque, J. (2011). Dificultades de aprendizaje en educación infantil. Descripción y tratamiento. Madrid: Editorial CCS.
- Jarque, S. y Tárraga, R. (2009). Comparación de los conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y los futuros educadores. *Infancia y Aprendizaje*, 32 (4), 517-529.
- Jensen, P., Hinshaw, S., Kraemer, H., Lenora, N., Newcorn, J., Abikoff, H.B., et al. (2001). ADHD Comorbidity findings from the MTA Study: Comparing Comorbidity Subgroups. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 147-158.
- Kupfer, D., Kuhl, E. y Regier, D. (2013). DSM-5. The Future Arrived. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 309 (16), 1691-1692. Recuperado de <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1656312>
- Lang, M. y Tisher, M. (1997). Cuestionario de depresión para niños. Madrid: TEA.
- Lecannelier, F. (2006). Estrategias de Intervención Temprana Preventivas en salud mental: Una experiencia Chilena en Investigación e Intervención. Ponencia: I Congreso Internacional de Actualizaciones en Psicología. Santiago de Cali. Cencolp.
- Leibenluft, E. y Dickstein, D. (2008). Trastorno bipolar en niños y adolescentes. En psiquiatría del niño y adolescente de Rutter M. Rutter (Ed.). Malden, MA: Blackwell.

- León, G., Manzi, J. y Paredes, R. (2004). Calidad docente y rendimiento escolar en Chile: Evaluando la evaluación. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Levesque, C., Blais, M. y Hess, U. (2004). Motivación, comités organizativos discrecionales y bienestar en un ambiente africano: ¿cuándo el deber lo obliga? *Revista canadiense*, 36, 321-332.
- Ley No. 115. Ley general de educación de 8 de febrero de 1994. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf
- Ley No. 1618. Ley de los derechos de las personas con discapacidad de 27 de febrero de 2013. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>
- Linares, J. (2000) Tras la honorable fachada. Buenos Aires: Paidós.
- López, M. (1997). La formación del maestro y la atención de las necesidades educativas especiales en una escuela para todos. *Revista electrónica UAM*, 3, 85-98.
- López, R. (1999), Conocimiento docente y práctica educativa. El cambio hacia una enseñanza centrada en el aprendizaje, Málaga, Ediciones Aljibe.
- Luciano, C. (1997). Características del comportamiento en la infancia y la adolescencia. En Luciano, C. Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia. 2ª edición, 21-70. Valencia: Promolibro.
- Magendzo, A. (2000), La diversidad y la no discriminación: Un desafío para una educación moderna. *Revista Pensamiento Educativo*, 26, 173-200.
- Mardomingo, M. (2002). Psiquiatría para Padres y Educadores - Ciencia y Arte.
- Marks, R. (1989), "What exactly is pedagogical content knowledge? Examples from mathematics", ponencia presentada en la aera Annual Conference, San Francisco, marzo.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. y Meltzer H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol & Psychiat*.
- McDiarmid, G., Ball, D. y Ch.W. Anderson (1989), "Why staying one chapter ahead doesn't really work: Subject-specific pedagogy", en M.C. Reynolds

(ed.), Knowledge Base for the Beginning Teacher, Issue paper 88-6, Oxford, Pergamon Press.

Medellín Cómo vamos. (2011). Informe de la Encuesta de Percepción Ciudadana. Medellín.

Ministerio de Educación Nacional [MEN]. (1994), Decreto 1860: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos generales. Recuperado de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_decreto1860_94.pdf, Bogotá D.C.: Ministerio de Educación Nacional.

MEN. (2010). Política y Sistema Colombiano de Formación y Desarrollo Profesional de Educadores - sin publicar -. Bogotá.

MEN. (2012). El perfil del docente orientador que se rige por el Estatuto de Profesionalización Docente (Decreto Ley 1278 de 2002). Bogotá: MEN.

MEN. (2012). Política y Sistema Colombiano de Formación y Desarrollo Profesional de Educadores - sin publicar -. Bogotá.

MEN. (2013). Documento proyecto de Inversión IDEP 2012-2016. Instituto para la Investigación educativa y desarrollo pedagógico: <http://www.idep.edu.co/convocatoria.php?cual=9>

MEN. (2013). Lineamientos de política de educación Superior. Bogotá.

MEN. (2013). Propuesta de orientaciones para promover la calidad de los programas de pedagogía para profesionales no licenciados (pppnl). Recuperado de [www.colombiaaprende.edu.co.http://www.colombiaaprende.edu.co/html/docentes/1596/w3-article-335527.html](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/docentes/1596/w3-article-335527.html)

- MEN. (2017). Documento de orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005). Estudio Nacional de Salud Mental 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud. (2017). Boletín de salud mental Salud mental en niños, niñas y adolescentes. Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. Colombia.
Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- Mizala, A. y Romaguera, P. (2000). Sistemas de incentivos en educación y la experiencia del SNED en Chile. Santiago de Chile: Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile. Documento de Trabajo de Economía (82).
- Montánchez, M., Ortega, S. y Moncayo, Z. (2014). Educación inclusiva: realidad y desafíos. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, Ecuador.
Recuperado de
https://www.uv.es/gem/gemeduco/publicaciones/Educaci%C3%B3n_inclusiva_familia_escuela_y_estilos_educativos_familiares.pdf
- Montero, M. (1991) Concientización, conversión y desideologización en el trabajo psicosocial comunitario. *Boletín de avepso*, 14 (1), 3-12.
- Moore, J. y Jefferson, J. (2005). Manual de psiquiatría médica. Madrid: Mosby– El sevier.
- Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, conceptos y modelo. *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381 - 414.
- Nichols, M. y Schwartz, R. (2001). Family therapy: Concepts and methods. Boston: Allyn & Bacon.
- OCDE. (2014). Panorama de la Educación 2014: Indicadores de la OCDE. Nota del país. Colombia. Recuperado de
http://www.oecd.org/education/Colombia_EAG2014_CountryNote_ESP.pdf
- Offord, D. y Bennett, K. (1994) Conduct Disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

- OMS. (2005). *Mental Health Policy, Plans and Programs*. Ginebra, Suiza: EDIMSA.
- OMS. (2007). ¿Qué es la salud mental? Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Mental Health Context*. Ginebra, Suiza: EDIMSA.
- Ospina, C. (2016, octubre). La invisibilidad es el principal problema de los autistas. *Revista Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/como-tratar-el-autismo/501156>
- Pacheco, B., & Tamara W. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista chilena de pediatría*. Santiago; [www.scielo.cl/scielo.php?pid= S0370...script =sci](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370...script=sci).
- Padilla, A. (2011). *Inclusión educativa de personas con discapacidad*. Bogotá. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000400007
- Parella, S. y Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Segunda edición. Caracas: Fondo editorial de la Universidad Pedagógica Libertador.
- Parens, E. y Johnston, J. (2010). "Controversias sobre el diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en niños". *Niños y adolescente psiquiatría y Salud Mental*.
- Parmelee, D. (1998). *Psiquiatría del niño y adolescente*. Madrid: Casanova.
- Perazza, R. (2008). *Lo político, lo público y lo educativo. Pensando lo público: reflexiones sobre la educación y el Estado*, Buenos Aires, Aique,
- Pérez, D., Alegre, O., Rodríguez, M. y Márquez, Y. (2016). La identificación del conocimiento y actitudes del profesorado hacia inclusión de los alumnos con necesidades educativas especiales. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Recuperado de <https://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/7119/6854>
- Pichot, P. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSMIV)*. Barcelona: Masson. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (1994), publicado por la American Psychiatric Association, Washington, D.C.).

- Polaino, A. (1988) Las depresiones infantiles. Madrid: Ediciones Morata.
- Portafolio. (2016, octubre). Posgrados en educación, la clave para un futuro exitoso. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.portafolio.co/economia/empleo/posgrados-en-educacion-la-clave-para-un-futuro-exitoso-501166>
- Portellano, J. (1989). Fracaso escolar: diagnóstico e intervención, una perspectiva neuropsicológica.
- Posada, J. (2015). La salud mental en Colombia. *Revista Instituto Nacional de Salud*, 33(4), 1-3. Recuperado de <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2214/2317>
- Reinke, W., Stormont, M., Herman, K., Puri, R., y Goel, N. (2011). Supporting Children's Mental Health in Schools: Teacher Perceptions of Needs, Roles, and Barriers. *School Psychology Quarterly*, 26 (1), 1–13.
- Rodríguez, J. y Aguilar, S. (2009) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Pan Amer Health Org.
- Roemer, S. Orsillo, D. y Barlow, B. (2002). Generalized anxiety disorder. D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders*. Guilford Press, New York.
- San Martín, C., Villalobos, C., Muñoz, C. y Wyman, I. (2017). Formación inicial docente para la Educación Inclusiva. Análisis de tres programas chilenos de pedagogía en Educación Básica que incorporan la perspectiva de la educación inclusiva. *Calidad en la educación*, (46), 20-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-45652017000100020>
- Sánchez, A., Díaz, C., Sanhueza, S. Y Friz, M. (2008). Percepciones y actitudes de los estudiantes de pedagogía hacia la inclusión educativa. *Estudios pedagógicos*, 34 (2), 169-178.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2010). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M.A. Verdugo (Dir): *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*, .29-41. Salamanca: Amarú.
- Secretaría de Educación Departamental. (2016). Plan territorial de formación permanente de docentes y directivos docentes 2016-2019. Gobernación de Norte de Santander. Recuperado de

<http://www.sednortedesantander.gov.co/images/documentos/informesdelsector/PTFD%202017-2019.pdf>

Sepulveda, C., Garza, Y. y Morrison, M. (2011). Child Teacher Relationship Training.

Shulman, L. (1986), "Those who understand: Knowledge growth in teaching", *Educational Research*, 15 (2), 4-14.

Shulman, L. y Sykes, G. (1986). "A national board for teaching?: In search of bold standard", Paper commissioned for the task force on teaching as a profession, Carnegie Forum on Education and the Economy.

Shulman, L. y Sykes, G. (1987). "Knowledge and teaching: Foundations of new reform", *Harvard Educational Review*, 57 (1), 1-22.

Shulman, L. y Sykes, G. (1993). "Renewing the pedagogy of teacher education: The impact of subject-specific conceptions of teaching", en L. Moreno y J.M. Vez (eds.), *Las didácticas específicas en la formación de profesores*, Santiago, Tórculo, 53-69.

Shulman, L. y Sykes, G. (1999). "Foreword", en J. Gess-Newsome y N. Lederman (eds.), *Examining Pedagogical Content Knowledge*, Londres, Kluwer Academic Publishers, pp. ix-xii.

Sonuga, E. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention? *J Child Psychol Psychiatry*.

Spitz, R. (1965). *The first day of life*. New York: International University Press. Ed. Española: Fondo de Cultura Económica.

Stringaris A. (2010). ¿What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.

- Stringaris, A., Cohen, P., Pino, D. y Leibenluft, E. (2009). "Resultados adultos de adolescente irritabilidad". *Diario americano de la psiquiatría*, 66, 1048-54).
- Talou, C., Borzi, S., Sánchez, M., Gómez, M. y Escobar, S. (2008). Niños con discapacidades y educación inclusiva. La importancia del nivel inicial y el rol mediador del docente. *Compart Vida Esc ¿Qué Piensan Los Niños?. Orientación Soc.*
- Temple, C., y Sherwood, S. (2002). Representation and retrieval of arithmetical facts: Developmental difficulties. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*.
- Trepast de Ancos, E. (2014). Sexo y prácticas parentales como variables moderadoras y mediadoras en el Trastorno negativista desafiante. Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284999/etda1de1.pdf?sequence=1>
- Universidad CES, Universidad de Harvard, Secretaría de Salud de Medellín. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín: L Vieco e Hijas Ltda. Recuperado <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>.
- Untoiglich, G. (2004). Intersecciones entre la clínica y la escuela. En Janin, B. (Comp.) Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Untoiglich, G. (2013) En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Vaillant, D. (2005). Formación de docentes en América Latina. Re-inventado el modelo tradicional. Barcelona: Octaedro.
- Vaillant, D. (2009). Estudios en profundidad sobre políticas estatales y otras iniciativas que atienden a problemáticas de reingreso para estudiantes de educación básica en Colombia, México y Uruguay. Informe final. Madrid: OEI.

Anexos

Anexo A. Autorización institución educativa



San José de Cúcuta, 22 de abril de 2018.

Señores
 I.E. Minuto de Dios Policarpa Salazarrieta
 Valles del Rodeo
 Ciudad

Asunto: Autorización para realización de investigación.

Cordial saludo,

Desde el programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, se solicita amablemente la autorización para la participación de la institución educativa en el desarrollo del proceso investigativo del trabajo de grado "Conocimientos de docentes de básica primaria sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia" de la psicóloga en formación Carolina Pino Silva, siendo los participantes directos de la investigación los docentes de básica primaria de 1° a 5°, por lo cual se requiere la presente autorización para el diligenciamiento de un instrumento compuesto de doce enunciados sobre trastornos infantiles.

Cabe destacar que el objetivo de la investigación es fomentar el rol imprescindible del docente en el aula de clase, asimismo de su constante capacitación con el fin de brindar una educación inclusiva y de calidad a los educandos. Es preponderante mencionar que se dará uso de un consentimiento informado para el manejo de datos, los cuales solo serán usados con fines académicos, manteniendo en anonimato datos personales. Además, los resultados obtenidos serán socializados si la institución lo amerita; de igual forma será entregada una herramienta pedagógica para el uso de docentes con información relevante sobre trastornos mentales infantiles.

Agradecemos de antemano la colaboración, la atención prestada, y su loable contribución a la educación e investigación en la región.

Atentamente,

Luis Alberto Molano
 Coordinador del Programa
 de Psicología

Ricardo Sotrez Jauregui
 Director Trabajo de Grado

Carolina Pino Silva
 Psicóloga en Formación



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

Anexo B Consentimiento informado



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de la investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en la misma.

La presente investigación es realizada por la psicóloga en formación Carolina Pino Silva, de la Universidad de Pamplona. El objetivo del estudio es determinar los conocimientos de los docentes de básica primaria sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia, con el fin de reconocer su imprescindible labor en el aula de clase y fomentar la capacitación docente.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario de emparejamiento compuesto de doce enunciados y datos sociodemográficos. Esto tomará aproximadamente de 10 a 12 minutos de su tiempo, se le hará entrega del presente documento, hoja de preguntas y hoja de respuestas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, y con autorización previa de la institución educativa. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera del objetivo académico de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y los datos aquí recabados serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Asimismo puede disponer de una herramienta pedagógica que posteriormente será entregada a la institución educativa con el fin de informar acerca de los trastornos mentales en la infancia.

Agradecemos su participación y contribución al proceso investigativo.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al correo psicarolinapino@gmail.com

 Nombre del Participante Firma del Participante Fecha



Anexo C Instrumento

**Test de Trastornos Infantiles**

CUESTIONARIO PARA DOCENTES

Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Edad:	Años de experiencia:
Nivel educativo:	Institución educativa:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada

Lee los enunciados y relaciónalos con las letras que identifican la lista de trastornos infantiles, no se pueden repetir.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| (A) Ansiedad Generalizada | (G) Discapacidad Intelectual |
| (B) Ansiedad por Separación | (H) Trastorno de Conducta |
| (C) Depresión | (I) Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad |
| (D) Dificultad en Matemáticas | (J) Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo |
| (E) Dificultad en Expresión Escrita | (K) Trastorno del Espectro Autista |
| (F) Dificultad en Lectura | (L) Trastorno Negativista Desafiante |

1	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	H O J A D E R E S P U E S T A
2	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
3	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
4	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
5	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
6	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
7	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
8	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
9	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
10	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
11	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	
12	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L)	

HOJA DE PREGUNTAS

1. El niño (mayor de 6 años) presenta rabietas verbales, agresión a personas, cuya duración es desproporcionada a la situación. Además, el estado de ánimo es irritable la mayor parte del día, en casa, con los padres y compañeros. Estos comportamientos se han presentado durante un año o más.

2. El niño posee deficiencias en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Estas deficiencias limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos como el hogar, la escuela y la comunidad. Las características se originan antes de los 18 años.

3. El niño no puede entender conceptos numéricos básicos, o no está seguro cómo y cuándo aplicar su conocimiento para resolver problemas. Tiene problemas para aprender a contar, especialmente cuando debe asignar un número a cada objeto perteneciente a un grupo. No reconoce los símbolos que representan a los números. Le resulta difícil conectar un número a una situación real. Tiene problemas recordando números y omite números mucho tiempo después que niños de su misma edad, no se debe a una condición neurológica.

4. Los niños tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. No realizan juegos de simulación, evitan el contacto visual y quieren estar solos. Tienen dificultades para comprender los sentimientos y ser recíprocos emocionalmente. Tienen intereses obsesivos. Muchos también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas, estos comportamientos se presentan en casa y la escuela, durante toda la vida .

5. El niño se nota triste, se le ve lloroso o con estado de ánimo irritable. Por ejemplo, posee pérdida del interés hacia el entorno, el juego y actividades escolares. Rechaza ir al colegio, se le ve desanimado, habla poco. Tiene sentimiento de inferioridad o culpa. Puede presentar problemas de conducta y bajo rendimiento académico. Variaciones en la alimentación y el sueño. Estos comportamientos se presentan mínimo durante dos semanas.

6. Los niños con frecuencia se preocupan mucho por cosas como eventos futuros, comportamientos pasados, aceptación social, problemas familiares, sus capacidades personales y/o desempeño escolar o deportivo. Se muestran perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus actividades por excesiva insatisfacción, sienten que los resultados no son perfectos, se sienten fatigados. Persiguen la aprobación de los demás, presentan miedos irracionales, como a ser juzgados, hacer al ridículo o fallar. Pueden tener problemas físicos que no parecen tener una causa justificada, y dificultades del sueño. Esto se presenta por más de seis meses.

HOJA DE PREGUNTAS

7. El niño no atiende como es debido en la casa o en el colegio, necesita que se le repitan las órdenes o instrucciones, tiene dificultad para organizar sus actividades, a la menor dificultad abandona lo que está haciendo y pasa de una actividad a otra sin centrarse en ninguna, o puede permanecer en silencio realizando tranquilamente una actividad, extravía prendas u objetos, se distrae con cualquier estímulo, es descuidado en sus actividades diarias. Con otros niños surgen problemas porque no escucha y es incapaz de concentrarse en las normas del juego.

8. Para los niños el simple hecho de sostener un lápiz y organizar las letras en una línea es muy difícil. La escritura a mano tiende a ser desordenada. Muchos batallan con el deletreo, la ortografía y para poner sus ideas en un papel. Tienen problemas con la discriminación de las formas y el espacio entre letras. Tienen problemas para leer mapas, dibujar o reproducir formas. Copian los textos lentamente. Las características no se deben a daños neurológicos o motores.

9. El niño posee comportamientos agresivos y destructores hacia las personas y los animales, sin que exista culpa, afectación emocional o empatía. Usa las mentiras y el engaño para evadir responsabilidades y lograr lo que quiere. Viola las reglas y los derechos de los demás en casa, la escuela y comunidad. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros. Inicia peleas físicas y es cruel.

10. El niño presenta lectura lenta, trabajosa y cargada de errores, como por ejemplo para leer oraciones o palabras sencillas. Tiene dificultades para identificar que una palabra está mal escrita. Tiende a invertir las letras. Copian las palabras mal aunque están mirando cómo se escriben. Tiene dificultades para distinguir la izquierda de la derecha. No existe daño sensorial y neurológico.

11. El niño tiene momentos de ira, discusiones con adultos, desafía activamente, se niega a cumplir las demandas o normas de los adultos, lleva a cabo deliberadamente actos que molestan a otras personas, acusa a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, no sigue instrucciones y se siente fácilmente molesto con otros, se muestra resentido, rencoroso o vengativo.

12. El niño posee miedo y preocupación intensa y persistentes, relacionados al hecho de tener que separarse de una persona con la que tiene un vínculo estrecho. Presenta preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares como la escuela y/o presenta pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación como por ejemplo padres o cuidadores.

Anexo D Validaciones de instrumento



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Estimado profesional,

Se le invita cordialmente a participar del proceso de revisión de un instrumento encaminado a la evaluación de trastornos prevalentes en la infancia como parte de trabajo de grado de la psicóloga en formación Carolina Pino "Conocimientos de los docentes de básica primaria sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia". El objetivo de la investigación es determinar los conocimientos que poseen los educadores de básica primaria sobre los trastornos mentales prevalentes en la infancia a través un diagnóstico que permita el fomento de la formación docente y la inclusión educativa. El instrumento posee doce enunciados que el evaluado tendrá que relacionar con doce trastornos por medio del emparejamiento (las opciones no se pueden repetir); para efectuar la calificación cada reactivo posee un valor de diez (10) puntos si es acertado, por ende la calificación máxima será de 120 unidades y los niveles de conocimientos son establecidos mediante baremos (alto 100-120, intermedio 70-90 y bajo 0-60). Además recaba datos sociodemográficos importantes para relacionar con los datos anteriormente descritos (edad, género, institución educativa privada o pública, años de experiencia y nivel educativo).

Se agradece de antemano los aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información relevante, criterio requerido para toda investigación. A continuación se describen los ítems con su respuesta en paréntesis, conteste marcando con una x en la casilla que usted considere conveniente y además puede realizar alguna otra apreciación en el espacio de observaciones.

ITEM	CLARIDAD		REDACCIÓN		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1-El niño (mayor de 6 años) presenta rabietas verbales, agresión a personas, cuya duración es desproporcionada a la situación. El estado de ánimo es irritable la mayor parte del día, en casa, con los padres y compañeros. Estos comportamientos se han presentado durante un año o más (<i>Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo</i>).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debe colocar un conector acorde, cuando hace referencia sobre el estado de ánimo.
2-El niño posee deficiencias en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Estas deficiencias limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos como el hogar, la escuela y la comunidad (<i>Discapacidad intelectual</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.
3-Algunos niños no pueden entender conceptos numéricos básicos, o no están seguros cómo y cuándo aplicar su conocimiento para resolver problemas. Tienen dificultades para aprender a contar, especialmente cuando debe asignar un número a cada objeto perteneciente a un grupo. No reconocen los símbolos que representan a los números. Le resulta difícil conectar un número a una situación real. Tiene problemas recordando números y omite números mucho tiempo después que niños de su misma edad (<i>Dificultad en matemáticas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El enunciado debe escribirse en singular, por ejemplo, el niño...Así mismo, le recomiendo omitir la primer parte de su enunciado, pues esta se explica con lo mencionado posteriormente.



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ITEM	CLARIDAD		REDACCIÓN		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
4-Los niños tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. No realizan juegos de simulación, evitan el contacto visual y quieren estar solos. Tienen dificultades para comprender los sentimientos. Tienen intereses obsesivos. Muchos también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas, estos comportamientos se presentan en casa y la escuela, durante toda la vida (<i>Trastorno Espectro del Autismo</i>).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es mejor mencionar reciprocidad socioemocional (explica en que consiste, pues el cuestionario es direccionado para las docentes)
5-El niño se nota triste, se le ve lloroso o con estado de ánimo irritable. Posee pérdida del interés hacia el entorno, el juego y actividades escolares. No juega, rechaza ir al colegio, se le ve desanimado, habla poco. Tiene sentimiento de inferioridad o culpa. Puede presentar problemas de conducta y bajo rendimiento académico. Variaciones en la alimentación y sueño. Estos comportamientos se presentan mínimo durante dos semanas (<i>Depresión</i>).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es importante que la primer idea la una con la siguiente a través de un conector de explicación (por ejemplo)
6-Los niños con frecuencia se preocupan mucho por cosas como eventos futuros, comportamientos pasados, aceptación social, problemas familiares, sus capacidades personales y/o desempeño escolar. Se muestran perfeccionistas, inseguros de si mismos e inclinados a repetir sus trabajos por excesiva insatisfacción, sienten que los resultados no son perfectos. Persiguen la aprobación de los demás, necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento. Esto se presenta por más de seis meses (<i>Ansiedad Generalizada</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.
7-El niño no atiende como es debido en la casa o en el colegio, necesita que se le repitan las órdenes o instrucciones, tiene dificultad para organizar sus actividades, a la menor dificultad abandona lo que está haciendo y pasa de una actividad a otra sin centrarse en ninguna, o pueden permanecer en silencio realizando tranquilamente una actividad, extravía prendas u objetos, se distrae con cualquier estímulo, es descuidado en sus actividades diarias. Con otros niños surgen problemas porque no escucha y es incapaz de concentrarse en las normas del juego (<i>TDHA</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ITEM	CLARIDAD		REDACCION		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
8-Para los niños el simple hecho de sostener un lápiz y organizar las letras en una línea es muy difícil. La escritura a mano tiende a ser desordenada. Muchos batallan con el deletreo, la ortografía y para poner sus ideas en un papel. Tienen problemas con la discriminación de las formas y el espacio entre letras. Tienen problemas para leer mapas, dibujar o reproducir formas. Copian los textos lentamente (<i>Dificultad en la expresión escrita</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La introducción inicial es preferible omitirla, pues se extiende el enunciado.
9-El niño posee comportamientos agresivos y destructores hacia las personas y los animales, sin que exista culpa, afectación emocional o empatía. Usa las mentiras y el engaño para evadir responsabilidades y lograr lo que quiere. Viola las reglas y los derechos de los demás en casa, la escuela y comunidad. A menudo fanfaronea, amenaza o intimida a otros. Inicia peleas físicas y es cruel (<i>Trastorno de conducta</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.
10-El niño presenta lectura lenta, trabajosa y cargada de errores, como por ejemplo para leer oraciones o palabras sencillas. Tiene dificultades para ver que una palabra está mal escrita. Tienden a invertir las letras. Copian las palabras mal aunque están mirando cómo se escriben. Tienen dificultades para distinguir la izquierda de la derecha (<i>Dificultad en lectura</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.
11-El niño tiene momentos de ira, discusiones con adultos, desafía activamente o se niega a cumplir las demandas o normas de los adultos, lleva a cabo deliberadamente actos que molestan a otras personas, acusa a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, no sigue instrucciones y se siente fácilmente molesto con otros, se muestra resentido, rencoroso o vengativo. (<i>Trastorno negativista desafiante</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.
12-El niño posee miedo o ansiedad intensos y persistentes relacionados al hecho de tener que separarse de una persona con la que tiene un vínculo estrecho. Presenta preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares como la escuela y/o presenta pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación como por ejemplo padres o cuidadores (<i>Trastorno de ansiedad por separación</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Observaciones Generales:

Es importante que reevalúe el objetivo de su trabajo, pues lo mencionado después del conector "a través" no permite tener claridad alrededor de lo que usted quiere lograr con su investigación; debe recordar que las docentes son profesionales expertas en pedagogía y no necesariamente en sintomatología para describir un trastorno, así mismo, un diagnóstico lo debe suministrar el profesional experto en ello, en este caso psicólogo o psicóloga. En cuanto a los reactivos, es preferible que tenga un poco más para que los enunciados no se vuelvan complejos, recordar a quien va dirigido el instrumento.

Firma:

Fecha: 18/03/2018

Nombre y Apellido: Marly Faisuly Santiago Rincon

Grado Académico: Especialización

Cargo que desempeña: Profesional independiente

Nº de la tarjeta profesional: 113171



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Estimado profesional,

Se le invita cordialmente a participar del proceso de revisión de un instrumento encaminado a la evaluación de trastornos prevalentes en la infancia como parte de trabajo de grado de la psicóloga en formación Carolina Pino "Conocimientos de los docentes de básica primaria sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia". El objetivo de la investigación es describir los conocimientos que poseen los educadores de básica primaria sobre los trastornos mentales prevalentes en la infancia a través un diagnóstico que permita el fomento de la formación docente y la inclusión educativa. El instrumento posee doce enunciados que el evaluado tendrá que relacionar con doce trastornos por medio del emparejamiento (las opciones no se pueden repetir); para efectuar la calificación cada reactivo posee un valor de diez (10) puntos si es acertado, por ende la calificación máxima será de 120 unidades y los niveles de conocimientos son establecidos mediante baremos (alto 100-120, intermedio 70-90 y bajo 0-60). Además recaba datos sociodemográficos importantes para relacionar con los datos anteriormente descritos (edad, género, institución educativa privada o pública, años de experiencia y nivel educativo).

Se agradece de antemano los aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información relevante, criterio requerido para toda investigación. A continuación se describen los ítems con su respuesta en paréntesis, conteste marcando con una x en la casilla que usted considere conveniente y además puede realizar alguna otra apreciación en el espacio de observaciones.

ITEM	CLARIDAD		REDACCION		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1-El niño (mayor de 6 años) presenta rabietas verbales, agresión a personas, cuya duración es desproporcionada a la situación. El estado de ánimo es irritable la mayor parte del día, en casa, con los padres y compañeros. Estos comportamientos se han presentado durante un año o más (<i>Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se debe especificar el ítem, ya que para el docente no sería 100% claro
2-El niño posee deficiencias en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Estas deficiencias limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos como el hogar, la escuela y la comunidad (<i>Discapacidad intelectual</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.
3-Algunos niños no pueden entender conceptos numéricos básicos, o no están seguros cómo y cuándo aplicar su conocimiento para resolver problemas. Tienen dificultades para aprender a contar, especialmente cuando debe asignar un número a cada objeto perteneciente a un grupo. No reconocen los símbolos que representan a los números. Le resulta difícil conectar un número a una situación real. Tiene problemas recordando números y omite números mucho tiempo después que niños de su misma edad (<i>Dificultad en matemáticas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mejorar el ítem



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ITEM	CLARIDAD		REDACCION		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
4-Los niños tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. No realizan juegos de simulación, evitan el contacto visual y quieren estar solos. Tienen dificultades para comprender los sentimientos. Tienen intereses obsesivos. Muchos también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas, estos comportamientos se presentan en casa y la escuela, durante toda la vida (<i>Trastorno Espectro del Autismo</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.						
5-El niño se nota triste, se le ve lloroso o con estado de ánimo irritable. Posee pérdida del interés hacia el entorno, el juego y actividades escolares. No juega, rechaza ir al colegio, se le ve desanimado, habla poco. Tiene sentimiento de inferioridad o culpa. Puede presentar problemas de conducta y bajo rendimiento académico. Variaciones en la alimentación y sueño. Estos comportamientos se presentan mínimo durante dos semanas (<i>Depresión</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se puede mejorar la redacción del ítem						
6-Los niños con frecuencia se preocupan mucho por cosas como eventos futuros, comportamientos pasados, aceptación social, problemas familiares, sus capacidades personales y/o desempeño escolar. Se muestran perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por excesiva insatisfacción, sienten que los resultados no son perfectos. Persiguen la aprobación de los demás, necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento. Esto se presenta por más de seis meses (<i>Ansiedad Generalizada</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En el ítem plantear situaciones más específicas y relevantes de la ansiedad generalizada, ya que los niños demuestran su ansiedad de diferentes formas. La prueba chips para niños y adolescentes te puede ayudar para mejorar este ítem y otros.						
7-El niño no atiende como es debido en la casa o en el colegio, necesita que se le repitan las órdenes o instrucciones, tiene dificultad para organizar sus actividades, a la menor dificultad abandona lo que está haciendo y pasa de una actividad a otra sin centrarse en ninguna, o pueden permanecer en silencio realizando tranquilamente una actividad, extravía prendas u objetos, se distrae con cualquier estímulo, es descuidado en sus actividades diarias. Con otros niños surgen problemas porque no escucha y es incapaz de concentrarse en las normas del juego (<i>TDHA</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.						


 UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
 PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ITEM	CLARIDAD		REDACCION		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
8-Para los niños el simple hecho de sostener un lápiz y organizar las letras en una línea es muy difícil. La escritura a mano tiende a ser desordenada. Muchos batallan con el deletreo, la ortografía y para poner sus ideas en un papel. Tienen problemas con la discriminación de las formas y el espacio entre letras. Tienen problemas para leer mapas, dibujar o reproducir formas. Copian los textos lentamente (<i>Dificultad en la expresión escrita</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En este ítem falta más claridad, porque puede interpretarse como un problema neuropsicológico o una discapacidad cognitiva
9-El niño posee comportamientos agresivos y destructores hacia las personas y los animales, sin que exista culpa, afectación emocional o empatía. Usa las mentiras y el engaño para evadir responsabilidades y lograr lo que quiere. Viola las reglas y los derechos de los demás en casa, la escuela y comunidad. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros. Inicia peleas físicas y es cruel (<i>Trastorno de conducta</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.
10-El niño presenta lectura lenta, trabajosa y cargada de errores, como por ejemplo para leer oraciones o palabras sencillas. Tiene dificultades para ver que una palabra está mal escrita. Tienen a invertir las letras. Copian las palabras mal aunque están mirando cómo se escriben. Tienen dificultades para distinguir la izquierda de la derecha (<i>Dificultad en lectura</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar que no hay daño a nivel visual o de otro tipo que explique el problema.
11-El niño tiene momentos de ira, discusiones con adultos, desafía activamente o se niega a cumplir las demandas o normas de los adultos, lleva a cabo deliberadamente actos que molestan a otras personas, acusa a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, no sigue instrucciones y se siente fácilmente molesto con otros, se muestra resentido, rencoroso o vengativo. (<i>Trastorno negativista desafiante</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escribir otros comportamientos que den más claridad del trastorno que quieras mencionar y no se confunda fácilmente con otro.
12-El niño posee miedo o ansiedad intensos y persistentes relacionados al hecho de tener que separarse de una persona con la que tiene un vínculo estrecho. Presenta preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares como la escuela y/o presenta pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación como por ejemplo padres o cuidadores (<i>Trastorno de ansiedad por separación</i>).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haga clic aquí para escribir texto.


 UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
 PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Observaciones Generales:

En algunos ítems hay que complementar con más sintomatología, especificar situaciones para no confundirlos con otros trastornos, ya que la mayoría de docentes no están capacitados para discriminar fácilmente un trastorno infantil de otro.

La prueba chips es un elemento que te puede aportar bastante, ya que es el usado para realizar diagnósticos a niños y adolescentes.

Firma: Liliana Zulmeira Villamizar J.
 Est. Psicología Clínica
 U. Católica
 U. Católica Villamizar J.

Fecha: 20/03/2018

Nombre y Apellido: Lilián Zulmeira Villamizar Jaimes

Grado Académico: Especialista en psicología clínica, maestría en curso

Cargo que desempeña: psicóloga

Nº de la tarjeta profesional: 110924



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Estimado profesional,

Se le invita cordialmente a participar del proceso de revisión de un instrumento encaminado a la evaluación de trastornos prevalentes en la infancia como parte de trabajo de grado de la psicóloga en formación Carolina Pino "Conocimientos de los docentes de básica primaria sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia". El objetivo de la investigación es determinar los conocimientos que poseen los educadores de básica primaria sobre los trastornos mentales prevalentes en la infancia a través un diagnóstico que permita el fomento de la formación docente y la inclusión educativa. El instrumento posee doce enunciados que el evaluado tendrá que relacionar con doce trastornos por medio del emparejamiento (las opciones no se pueden repetir); para efectuar la calificación cada reactivo posee un valor de diez (10) puntos si es acertado, por ende la calificación máxima será de 120 unidades y los niveles de conocimientos son establecidos mediante baremos (alto 100-120, intermedio 70-90 y bajo 0-60). Además recaba datos sociodemográficos importantes para relacionar con los datos anteriormente descritos (edad, género, institución educativa privada o pública, años de experiencia y nivel educativo).

Se agradece de antemano los aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información relevante, criterio requerido para toda investigación. A continuación se describen los ítems con su respuesta en paréntesis, conteste marcando con una x en la casilla que usted considere conveniente y además puede realizar alguna otra apreciación en el espacio de observaciones.

ITEM	CLARIDAD		REDACCION		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1-El niño (mayor de 6 años) presenta rabietas verbales, agresión a personas, cuya duración es desproporcionada a la situación. El estado de ánimo es irritable la mayor parte del día, en casa, con los padres y compañeros. Estos comportamientos se han presentado durante un año o más (<i>Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo</i>)	X									
2-El niño posee deficiencias en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Estas deficiencias limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos como el hogar, la escuela y la comunidad (<i>Discapacidad intelectual</i>)	X									
3-Algunos niños no pueden entender conceptos numéricos básicos, o no están seguros cómo y cuándo aplicar su conocimiento para resolver problemas. Tienen dificultades para aprender a contar, especialmente cuando debe asignar un número a cada objeto perteneciente a un grupo. No reconocen los símbolos que representan a los números. Le resulta difícil conectar un número a una situación real. Tiene problemas recordando números y omite números mucho tiempo después que niños de su misma edad (<i>Dificultad en matemáticas</i>).	X									



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ITEM	CLARIDAD		REDACCION		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
4-Los niños tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. No realizan juegos de simulación, evitan el contacto visual y quieren estar solos. Tienen dificultades para comprender los sentimientos. Tienen intereses obsesivos. Muchos también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas, estos comportamientos se presentan en casa y la escuela, durante toda la vida (<i>Trastorno Espectro del Autismo</i>)	X									
5-El niño se nota triste, se le ve lloroso o con estado de ánimo irritable. Posee pérdida del interés hacia el entorno, el juego y actividades escolares. No juega, rechaza ir al colegio, se le ve desanimado, habla poco. Tiene sentimiento de inferioridad o culpa. Puede presentar problemas de conducta y bajo rendimiento académico. Variaciones en la alimentación y sueño. Estos comportamientos se presentan mínimo durante dos semanas (<i>Depresión</i>).	X									Tilde (pérdida)
6-Los niños con frecuencia se preocupan mucho por cosas como eventos futuros, comportamientos pasados, aceptación social, problemas familiares, sus capacidades personales y/o desempeño escolar. Se muestran perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por excesiva insatisfacción, sienten que los resultados no son perfectos. Persiguen la aprobación de los demás, necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento. Esto se presenta por más de seis meses (<i>Ansiedad Generalizada</i>).	X									
7-El niño no atiende como es debido en la casa o en el colegio, necesita que se le repitan las órdenes o instrucciones, tiene dificultad para organizar sus actividades, a la menor dificultad abandona lo que está haciendo y pasa de una actividad a otra sin centrarse en ninguna, o pueden permanecer en silencio realizando tranquilamente una actividad, extravía prendas u objetos, se distrae con cualquier estímulo, es descuidado en sus actividades diarias. Con otros niños surgen problemas porque no escucha y es incapaz de concentrarse en las normas del juego (<i>TDAH</i>).	X									Escribe completo el significado de la sigla TDAH



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGIA

ITEM	CLARIDAD		REDACCION		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
8-Para los niños el simple hecho de sostener un lápiz y organizar las letras en una línea es muy difícil. La escritura a mano tiende a ser desordenada. Muchos batallan con el deletreo, la ortografía y para poner sus ideas en un papel. Tienen problemas con la discriminación de las formas y el espacio entre letras. Tienen problemas para leer mapas, dibujar o reproducir formas. Copian los textos lentamente (<i>Dificultad en la expresión escrita</i>).	X									
9-El niño posee comportamientos agresivos y destructores hacia las personas y los animales, sin que exista culpa, afectación emocional o empatía. Usa las mentiras y el engaño para evadir responsabilidades y lograr lo que quiere. Viola las reglas y los derechos de los demás en casa, la escuela y comunidad. A menudo fanfaronea, amenaza o intimida a otros. Inicia peleas físicas y es cruel (<i>Trastorno de conducta</i>).	X									
10-El niño presenta lectura lenta, trabajosa y cargada de errores, como por ejemplo para leer oraciones o palabras sencillas. Tiene dificultades para ver que una palabra está mal escrita. Tienden a invertir las letras. Copian las palabras mal aunque están mirando cómo se escriben. Tienen dificultades para distinguir la izquierda de la derecha (<i>Dificultad en lectura</i>).	X									
11-El niño tiene momentos de ira, discusiones con adultos, desafía activamente o se niega a cumplir las demandas o normas de los adultos, lleva a cabo deliberadamente actos que molestan a otras personas, acusa a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, no sigue instrucciones y se siente fácilmente molesto con otros, se muestra resentido, rencoroso o vengativo (<i>Trastorno negativista desafiante</i>).	X									
12-El niño posee miedo o ansiedad intensos y persistentes relacionados al hecho de tener que separarse de una persona con la que tiene un vínculo estrecho. Presenta preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares como la escuela y/o presenta pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación como por ejemplo padres o cuidadores (<i>Trastorno de ansiedad por separación</i>).	X									



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Observaciones Generales:

FAVOR REVISAR LAS OBSERVACIONES REALIZADAS HAY COHERENCIA EN LO QUE SE PRETENDE INVESTIGAR

Firma: 
 Fecha: 20/03/2018
 Nombre y Apellido: Hildreth Surely Ortiga Parra
 Grado Académico: Maestría
 Cargo que desempeña: Docente Asesora de Práctica
 N° de la tarjeta profesional: 118305



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Estimado profesional,

Se le invita cordialmente a participar del proceso de revisión de un instrumento encaminado a la evaluación de trastornos prevalentes en la infancia como parte de trabajo de grado de la psicóloga en formación Carolina Pino "Conocimientos de los docentes de básica primaria sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia". El objetivo de la investigación es describir los conocimientos que poseen los educadores de básica primaria sobre los trastornos mentales prevalentes en la infancia a través un diagnóstico que permita el fomento de la formación docente y la inclusión educativa. El instrumento posee doce enunciados que el evaluado tendrá que relacionar con doce trastornos por medio del emparejamiento (las opciones no se pueden repetir); para efectuar la calificación cada reactivo posee un valor de diez (10) puntos si es acertado, por ende la calificación máxima será de 120 unidades y los niveles de conocimientos son establecidos mediante baremos (alto 100-120, intermedio 70-90 y bajo 0-60). Además recaba datos sociodemográficos importantes para relacionar con los datos anteriormente descritos (edad, género, institución educativa privada o pública, años de experiencia y nivel educativo).

Se agradece de antemano los aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información relevante, criterio requerido para toda investigación. A continuación se describen los ítems con su respuesta en paréntesis, conteste marcando con una x en la casilla que usted considere conveniente y además puede realizar alguna otra apreciación en el espacio de observaciones.

ITEM	CLARIDAD		REDACCIÓN		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1-El niño (mayor de 6 años) presenta rabietas verbales, agresión a personas, cuya duración es desproporcionada a la situación. El estado de ánimo es irritable la mayor parte del día, en casa, con los padres y compañeros. Estos comportamientos se han presentado durante un año o más (<i>Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo</i>)	X		X		X		X			
2-El niño posee deficiencias en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Estas deficiencias limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos como el hogar, la escuela y la comunidad (<i>Discapacidad intelectual</i>)	X		X		X		X			
3-Algunos niños no pueden entender conceptos numéricos básicos, o no están seguros cómo y cuándo aplicar su conocimiento para resolver problemas. Tienen dificultades para aprender a contar, especialmente cuando debe asignar un número a cada objeto perteneciente a un grupo. No reconocen los símbolos que representan a los números. Le resulta difícil conectar un número a una situación real. Tiene problemas recordando números y omite números mucho tiempo después que niños de su misma edad (<i>Dificultad en matemáticas</i>).	X		X		X		X			



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ITEM	CLARIDAD		REDACCIÓN		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
4-Los niños tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. No realizan juegos de simulación, evitan el contacto visual y quieren estar solos. Tienen dificultades para comprender los sentimientos. Tienen intereses obsesivos. Muchos también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas, estos comportamientos se presentan en casa y la escuela, durante toda la vida (<i>Trastorno Espectro del Autismo</i>)	X		X		X		X			Deberías ampliar algunos aspectos de este trastorno que son excluyentes.
5-El niño se nota triste, se le ve lloroso o con estado de ánimo irritable. Posee pérdida del interés hacia el entorno, el juego y actividades escolares. No juega, rechaza ir al colegio, se le ve desanimado, habla poco. Tiene sentimiento de inferioridad o culpa. Puede presentar problemas de conducta y bajo rendimiento académico. Variaciones en la alimentación y sueño. Estos comportamientos se presentan mínimo durante dos semanas (<i>Depresión</i>).	X		X		X		X			
6-Los niños con frecuencia se preocupan mucho por cosas como eventos futuros, comportamientos pasados, aceptación social, problemas familiares, sus capacidades personales y/o desempeño escolar. Se muestran perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por excesiva insatisfacción, sienten que los resultados no son perfectos. Persiguen la aprobación de los demás, necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento. Esto se presenta por más de seis meses (<i>Aniedad Generalizada</i>).	X		X		X		X			
7-El niño no atiende como es debido en la casa o en el colegio, necesita que se le repitan las órdenes o instrucciones, tiene dificultad para organizar sus actividades, a la menor dificultad abandona lo que está haciendo y pasa de una actividad a otra sin centrarse en ninguna, o pueden permanecer en silencio realizando tranquilamente una actividad, extravía prendas u objetos, se distrae con cualquier estímulo, es descuidado en sus actividades diarias. Con otros niños surgen problemas porque no escucha y es incapaz de concentrarse en las normas del juego (<i>TD/H</i>)	X		X		X		X			



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ITEM	CLARIDAD		REDACCIÓN		COHERENCIA CON OBJETIVO		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
8-Para los niños el simple hecho de sostener un lápiz y organizar las letras en una línea es muy difícil. La escritura a mano tiende a ser desordenada. Muchos batallan con el deletreo, la ortografía y para poner sus ideas en un papel. Tienen problemas con la discriminación de las formas y el espacio entre letras. Tienen problemas para leer mapas, dibujar o reproducir formas. Copian los textos lentamente (<i>Dificultad en la expresión escrita</i>)	X		X		X		X			
9-El niño posee comportamientos agresivos y destructores hacia las personas y los animales, sin que exista culpa, afectación emocional o empatía. Usa las mentiras y el engaño para evadir responsabilidades y lograr lo que quiere. Viola las reglas y los derechos de los demás en casa, la escuela y comunidad. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros. Inicia peleas físicas y es cruel (<i>Trastorno de conducta</i>).	X		X		X		X			No me queda claro cual de los trastornos de la conducta abarca poner el negativismo desafiante.
10-El niño presenta lectura lenta, trabajosa y cargada de errores, como por ejemplo para leer oraciones o palabras sencillas. Tiene dificultades para ver que una palabra está mal escrita. Tienden a invertir las letras. Copian las palabras mal aunque están mirando cómo se escriben. Tienen dificultades para distinguir la izquierda de la derecha (<i>Dificultad en lectura</i>).	X		X		X		X			Estos son trastornos específicos del Aprendizaje.
11-El niño tiene momentos de ira, discusiones con adultos, desafía activamente o se niega a cumplir las demandas o normas de los adultos, lleva a cabo deliberadamente actos que molestan a otras personas, acusa a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, no sigue instrucciones y se siente fácilmente molesto con otros, se muestra resentido, rencoroso o vengativo. (<i>Trastorno negativista desafiante</i>).	X		X		X		X			
12-El niño posee miedo o ansiedad intensos y persistentes relacionados al hecho de tener que separarse de una persona con la que tiene un vínculo estrecho. Presenta preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares como la escuela y/o presenta pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación como por ejemplo padres o cuidadores (<i>Trastorno de ansiedad por separación</i>).	X		X		X		X			



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Observaciones Generales:

En general están bien redactados los ítems. En algunos ítems señalado que son dificultades por ejemplo en matemáticas, en el DSM V se presentan como trastornos específicos del aprendizaje.
Éxitos en el proceso.

Firma: Ana Karina Carrascal R.
Fecha: 19/03/2018
Nombre y Apellido: Ana Karina Carrascal Ruedas.
Grado Académico: Especialización en Clínica.
Cargo que desempeña: Docente
Nº de la tarjeta profesional: 142216.

Anexo E Herramienta pedagógica

Herramienta Pedagógica
Guía formativa
Trastornos Mentales en la Infancia
"¿SO DOCENTE?"

Universidad de Pamplona
Programa de Psicología
2018

Elaborada por: Carolina Pino Silva

Referencia Bibliográfica:
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)
Ministerio de Educación Nacional
Insurgente: chatwinetuk
Agradecimiento especial a: Psi. Esp. Milena Porras
Contacto: psicologia@unipamplona.edu.co

Escuchen con la intención de aprender, leer el código QR y acceder al artículo de investigación que resume este manual pedagógico. "Caracterización de docentes de básica primaria sobre trastornos mentales prevalentes en la infancia".

Categorías de Discapacidad

Categoría	Definición
Movilidad	Alteración del aparato motor. Persona con parálisis, distrofia muscular, atrofia muscular (Drauss de Garth), lesión neuromuscular, espina bífida y otras relacionadas.
Sensorial Auditiva	Alteración en las funciones sensoriales auditivas y/o estructuras del oído o del sistema nervioso. Personas con sordera y baja audición.
Sensorial Visual	Alteraciones para percibir la luz, forma, tamaño o color. Persona con ceguera o baja visión.
Sensorial Voz y Habla	Alteraciones en el tono de la voz, la vocalización, la producción de sonidos y la velocidad del habla. Personas con mutismo, afasia, disfonía, entre otros.
Sociocognitiva	Comprensión auditiva y visual, parcial o total.
Discapacidad Intelectual	Alteraciones en las funciones intelectuales y cognitivas. Personas con Síndrome de Down, otros síndromes con compromiso intelectual y trastorno cognitivo.
Discapacidad Mental Psicosocial	Alteración biológica que afecta la forma de pensar, los sentimientos, el humor, la habilidad de relacionarse con otros y el comportamiento. Persona con esquizofrenia, depresión, ansiedad, entre otros.
Trastorno del Espectro Autista	Afecta el desempeño de Funciones cognitivas, psicomotoras, la voz y el habla, insistiendo en las relaciones interpersonales.
Discapacidad Sistémica	Condición de salud que ocasiona limitaciones. Enfermedades relacionadas con los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, de la piel, entre otros.
Múltiple discapacidad	Presenta más de una discapacidad (física, sensorial o cognitiva).

Modificado de: ICAE. ICAE-Argelia de Inclusión y Participación en la Educación de Personas con Discapacidad (2017)

Lenguaje Inclusivo

Expresión incorrecta	Expresión correcta
Discapacitado, enfermo, limitado, deficiente, discapacitado, anormal	Persona con discapacidad
Especial	Persona con necesidades educativas especiales (NEE)
Persona ciega	Persona con discapacidad funcional
Ciego, ciego	Persona con discapacidad visual
Semividente	Persona con baja visión
Persona sorda	Persona con discapacidad auditiva
Hipoacúsico	Persona con baja audición
Inválido, minusválido, tullido, lisiado, parálisis	Persona con discapacidad motora
Ciego	Persona con movilidad reducida o con dificultades en la movilidad
Mutilado, manco	Persona con amputación
Retardado mental, retrasado, enfermo mental, loco, tarado, mongólico, tarado	Persona con discapacidad intelectual
Autista, Asperger	Persona con trastorno del espectro autista, persona con autismo

© Fundación para promover entre discapacitados. Adaptado por: ICAE y adaptado por: Psicología (Salvador) Cordero, 2017

Tabla de Contenido

- Presentación 1
- Pal del docente 2
- Inclusión Educativa 3
- Trastornos Mentales en la Infancia 4
- Diagnóstico 5
- Dificultad para la Expresión Escrita 6
- Dificultad para la Lectura 7
- Persona con dificultades Matemáticas 8
- Discapacidad Intelectual 9
- Trastorno de Ansiedad Generalizada 10
- Trastorno de Ansiedad por Separación 11
- Trastorno de Conducta 12
- Trastorno de Desregulación Conductiva del Estado de Ánimo 13
- Trastorno del Espectro Autista 14
- Trastorno Negativo Desafiante 15
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad 16
- Ries de acceso 17
- Para tener en cuenta 18
- Lenguaje Inclusivo 19

Presentación

Querido maestro,

A lo largo de la historia el docente ha jugado un papel esencial, se ha ganado un lugar en el que ha sido facilitador de la construcción del conocimiento y mediador en la socialización de relaciones.

Esta herramienta pedagógica tiene como fin reconocer su invaluable labor y contribución a la proceso de formación de la niñez colombiana. Por ende, esta guía formativa contiene información relevante sobre los trastornos mentales, que según las estadísticas del país, se estiman como prevalentes en la infancia, así como de procesos de inclusión y categorías de discapacidad, aspectos útiles teniendo en cuenta su rol pedagógico en el aula de clase.

Los docentes son parte fundamental de la sociedad, su trabajo garantiza el progreso y desarrollo del país, poseen un rol transformador y esta herramienta facilita el emprendimiento de un desafío: su rol en el desarrollo y formación de los ciudadanos de una Colombia mejor, implica un constante aprendizaje que responda a las retos de la globalización y la lectura de diversos contextos según por un enfoque diferencial.

Al reconocer la importancia de sus aportes en la construcción del país, se extiende la invitación a seguir en la línea del aprendizaje continuo con el objetivo de lograr una educación más inclusiva, humana y de calidad. Menos avanzado mucho, hay maestro porque la educación se empieza antes y está la población. ¡Falta de un programa de una gran calidad colectiva se debe a su incansable lucha por revolucionar la educación colombiana.

Se suspiran, maestros y maestras, sin el esfuerzo que día a día entregan a los niños y niñas, no habríamos podido llegar hasta aquí. Y no podemos construir un mejor mañana sin ustedes. ¡Dichas gracias por darnos un mejor futuro.

Para tener en cuenta

Persona con discapacidad

Aquella persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales permanentes, a mediana o largo plazo, que al interactuar en un ambiente puede encontrarse con diversas barreras para el aprendizaje y la participación, incluyendo las actividades que impliquen su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Al interior del sistema educativo colombiano el estudiante con discapacidad se entiende como un sujeto de derechos, de especial protección constitucional pleno e integral, donde la discapacidad se concibe como una característica diferencial que forma parte de la diversidad humana.

Estudiante con discapacidad

Persona vinculada al sistema educativo en constante desarrollo y transformación, con limitaciones en los aspectos físico, mental, intelectual o sensorial que, al interactuar con diversos ambientes (Culturales, educativos de fides docentes, por desconocimiento, institucionales, de infraestructura, entre otros), pueden impedir su aprendizaje participativo plena y efectiva en la sociedad, entendiendo a las personas de equidad de oportunidades e igualdad de condiciones. La discapacidad puede ser de tipo intelectual, mental, psicosocial, sensorial auditiva, sensorial visual, sociocognitiva, sensorial voz y habla, física o de movilidad, trastorno del espectro autista, síndrome o múltiples discapacidades.

ROL DEL DOCENTE

La escuela como institución y el docente como agente socializador enfrentan el reto de abrir las puertas de una nueva era, introduciendo cambios en el acceso y en su quehacer para lograr que estos no se queden en el discurso sino en el accionar cotidiano de la educación.

El rol del educador es el de artífice de un ambiente estimulante, oportuno y adecuado, que le permita a los niños encontrar en su medio las referencias para crear su propio proyecto de vida, descubrir su propia escala de valores y establecer su identidad.

Los maestros, como pilares en la formación del estudiante y del proceso de aprendizaje, son parte fundamental de este engranaje, y es por ello que toda acción dirigida a la formación docente, se concibe como un universo de posibilidades donde confluyen los diversos conocimientos, los valores, las últimas metodologías en pedagogía, las nuevas tecnologías, la educación inclusiva, el respeto hacia el ambiente y la importancia de la escuela como espacio de la formación, del saber y como escenario para la construcción de prácticas, habilidades y experiencias.

El docente en el proceso de una escuela abierta y con enfoque diferencial posee la labor de "detección" como el resultado de un proceso de observación sistemática, identificando un conjunto de características que pueden conllevar a un trastorno mental o una discapacidad, generando señales de alerta que faciliten la remisión de los estudiantes a los profesionales ajenos en salud (psicólogos, docentes orientadores, médicos), para confirmar o descartar las sospechas que se hayan observado, y así lograr un diagnóstico oportuno y saber cómo manejarlo. Por ende, el maestro es un agente detector y debe evitar usar etiquetas o diagnósticos sin actuar la decisión más adecuada.

Formar adecuadamente al docente supone un cambio radical para transformarlo en productor de conocimientos y de soluciones a las dificultades que le plantea la práctica. Hay que convertir al docente en el sujeto de su formación-transformación, y así mejorar en la calidad de la remisión de las instituciones educativas, capaces de humanizar la cultura y el país.

Remisión a:
 - Docente orientador, Médico General o Psicólogo (Diagnóstico)

RUTA DE ACCESO

Ruta de acceso al servicio educativo de estudiantes con discapacidad en la educación preescolar, básico y medio.

El estudiante con discapacidad deberá contar con el diagnóstico emitido por la entidad de salud competente y con el PEAR si viene de un CDI.

NO: Se realiza prematrícula
 SI: Se realiza matrícula

Reportar a las equipos territoriales de las secretarías de Educación

El establecimiento educativo, registra en el Sistema Integrado de Información (SIIAM) las variables de discapacidad

Determinación de efecto educativo pertinente para el estudiante con discapacidad

Si el establecimiento educativo no cuenta con personal de apoyo, las equipos territoriales líderes.

Articulación intersectorial con Salud para diagnóstico

Si el establecimiento educativo no cuenta con personal de apoyo, este líder.

La caracterización pedagógica "PEAR"

Pen: Atención a la Igualdad

Inclusión Educativa

Equidad de oportunidades para todos los niños y niñas. Elimina las barreras valorando la diversidad?

PEE Incluye población con discapacidades y capacidades excepcionales

Concertación y diagnóstico Médico y especialista

Reportar población al SIIAM

IE adecua las metodologías, currículo y evaluación de logros

Plan de adaptación metodológica

Automatización de la gestión de inclusión

Plan de manejo institucional

Docente líder de apoyo de apoyo pedagógico y de aula

Discusión de la calidad educativa con certificaciones, prácticas, evaluaciones, herramientas, historia clínica y pedagógica y el Plan Individual de Apoyo (PIA)

Construir un Plan de Inclusión para el estudiante con discapacidad. Gobierno de Norte de Santander

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Patrón persistente de **inattention y hiperactividad-impulsividad** que interfiere con el funcionamiento o desarrollo

Dificultades en:

- memoria funcional
- organización y planificación
- control de emociones
- Autoregulación
- pensamiento flexible
- Autoregulación

Prevalencia: Atención

Hiperactividad/Impulsividad

Los niños pueden hipocines, como si estuvieran saltando despiertos, englobados ruidos y gritos. Tienen que no pueden estar quietos. Tienen a ser irregulares en su trabajo. Pueden ser agresivos, desafiados los cosas con frecuencia y rechazan que las instrucciones se les repitan más de una vez. No suelen presentar dificultades en la regulación del comportamiento.

Con instrucciones cortas y directas, pueden acabar las tareas propuestas.

Presentan escaso de movimiento. Constantemente se movieren en el silla, hacen ruidos y gritos. Tienen que no pueden estar quietos. Tienen a ser irregulares en su trabajo. Pueden ser agresivos, desafiados los cosas con frecuencia y rechazan que las instrucciones se les repitan más de una vez. No suelen presentar dificultades en la regulación del comportamiento.

Pueden hacer todos los trabajos que se les piden, entregados pequeños deseanos durante la actividad, con instrucciones claras y muy específicas.