



**UNIVERSIDAD DE NAVARRA**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE APRENDIZAJE Y CURRÍCULUM**

**ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE  
LENGUAJE Y DE LA ATENCIÓN POR PARTE DE LOS  
DOCENTES PERUANOS**

**ERIKA PATSY MUCHICA PIZARRO**

Trabajo Fin de Máster dirigido por el

Prof. Dr. Gerardo Aguado Alonso

Pamplona, 2016

## TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS .....	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO I	
PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LENGUAJE Y DE LA ATENCIÓN MÁS COMUNES EN LA ESCUELA .....	7
1.1. Clasificación de los trastornos del lenguaje y de la atención .....	9
1.2. Prevalencia y descripción de los trastornos de lenguaje .....	10
1.2.1. Trastorno del espectro autista.....	11
1.2.2. Dislalia o trastorno de la articulación.....	13
1.2.3. Tartamudez.....	15
1.2.4. Trastorno específico del lenguaje.....	16
1.2.5. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	18
1.2.6. Dislexia.....	21
CAPÍTULO II	
MALLA CURRICULAR Y FORMACIÓN DOCENTE .....	23
2.1. Nuevas competencias docentes .....	28
CAPÍTULO III	
MÉTODO.....	31
3.1. Participantes .....	31
3.2. Materiales .....	34
3.3. Procedimiento .....	35
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN .....	70
CONCLUSIONES .....	74
SUGERENCIAS .....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS.....	81

## **AGRADECIMIENTOS**

Ante todo, a Dios por darme la vida para lograr esta meta aspirada después de tantos esfuerzos, caídas entre otras cosas, solo tú sabes el sacrificio que he pasado, en mis días y noches de soledad lejos de mi familia y mi país. Tú me guiaste con tu luz divina por el camino correcto para no desmayar. A mis padres por su amor incondicional, por creer en mí y por ser mi fortaleza de vida.

Agradezco al Programa Nacional De Becas PRONABEC, quien me dio la oportunidad de venir a esta prestigiosa universidad y profundizar en mi formación académica.

A los docentes peruanos que colaboraron con el llenado de las encuestas, y en especial a la Institución Educativa SAN MARTÍN DE PORRES del departamento de TACNA.

Agradezco sinceramente a mi tutor el Dr. GERARDO AGUADO ALONSO, por sus acertadas observaciones, sugerencias y por su valiosa orientación; quien me brindó sus conocimientos y la información requerida, para alcanzar los resultados de la investigación propuesta. Sus aportes son el reflejo de la culminación de este trabajo. Agradezco haber sido asesorada por uno de los mejores especialistas en psicología y trastornos del lenguaje infantil.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de trasmitirme sus conocimientos y dedicación, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi TFM con éxito y obtener una exitosa titulación profesional.

## RESUMEN

Esta investigación fue elaborada para comprender y conocer más a fondo el grado de conocimientos que tienen los docentes peruanos sobre los diferentes trastornos de lenguaje y el déficit de atención. En ella participaron 207 docentes de diferentes partes del país, con una experiencia laboral en educación preescolar y educación primaria entre 1 a 40 años. Ellos llenaron un cuestionario de 23 ítems, entre preguntas cerradas y mixtas, con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos y las estrategias que aplicarían. Los resultados ponen de manifiesto que la formación de los docentes peruanos es deficiente, que confunden a veces las características de algunos de los trastornos sobre los que se ha preguntado (TEL, TEA). Se discute cuáles pueden ser las consecuencias de estas confusiones (prácticas pedagógicas mal dirigidas, expectativas desmotivadoras, etc.). Otros trastornos son mejor reconocidos (Dislalia, TDAH) y las decisiones que adoptan son más eficaces. Se concluye que es necesaria una formación más específica y extensa sobre los trastornos que los docentes realmente se van a encontrar en las aulas.

**Palabras clave: trastornos del lenguaje, déficit de atención, malla curricular y formación docente.**

## ABSTRACT

This research was carried out to understand and learn more about the level of knowledge that Peruvian teachers have about different language disorders and attention deficit. 207 teachers from different parts of the country participated, with work experience in preschool and elementary school education between 1-40 years. They completed a questionnaire of 23 items, including closed and mixed questions in order to know the level of knowledge and strategies that apply. The results show that the formation of Peruvian teachers is poor, who sometimes confuse the characteristics of some of the disorders on which asked (SLI, ASD). It is discussed what might be the consequences of these confusions (pedagogical practices misdirected, unmotivated expectations, etc.). Other disorders are best recognized (Dyslalia, ADHD) and the decisions taken are more effective. It is concluded that a more specific and extensive training on disorders that teachers really are going to find in classrooms is necessary.

**Keywords: language disorders, attention deficit disorder, curriculum and teacher training.**

## INTRODUCCIÓN

En toda institución educativa encontramos alumnos que presentan diversos trastornos de lenguaje; ya sea en el nivel expresivo o receptivo; por ejemplo, no entienden lo que otras personas pronuncian, tienen problemas para seguir instrucciones, para organizar sus pensamientos, dificultades para juntar las palabras en oraciones o sus oraciones pueden ser simples y cortas y el orden de las palabras puede estar errado, con frecuencia usan muletillas, tienen un vocabulario por debajo de la media, emplean tiempos verbales inadecuadamente, etc. En consecuencia, debido a sus problemas del lenguaje, estos niños pueden tener dificultad en su interacción, porque a veces los trastornos del lenguaje pueden ser parte de la causa de problemas conductuales. Además, encontramos a niños que se aburren con facilidad, presentan dificultades atencionales, van de un lado a otro, empiezan una tarea, enseguida la abandonan; es decir, desarrollan una enérgica actividad motora y es difícil mantenerlos quietos, todo ello afecta negativamente a sus actividades diarias y rendimiento académico.

Todo ello puede generar momentos de tensión en docentes que no tienen la capacidad de identificar a niños que presentan algún tipo de trastorno del lenguaje y los etiquetan erróneamente. Es allí donde se oye hablar de los llamados estudiantes “indisciplinados” o “perezosos”, otros son conocidos como “los que no les gusta integrarse al grupo o que se apartan de él”. Los trastornos del lenguaje tienen el potencial de aislar a los niños dentro de su entorno social y educativo; además, el lenguaje se desarrolla de una forma particular para ellos, por tanto, la expresión y comprensión del lenguaje pueden verse afectados.

Por otra parte, la formación profesional y la observación continua de los docentes de infantil y primaria es fundamental, porque podrán diferenciar a los niños que son menos hábiles socialmente, percibir a niños que no controlan sus impulsos o que tienen un mayor grado de hiperactividad, etc. Es evidente que sólo se trata de señales, pero puede determinar de alguna forma que los profesionales, como los logopedas, a quienes se les derivan estos casos, tengan una idea más estable y puedan tomar acciones pertinentes; asimismo, se debe resaltar que la intervención temprana es fundamental, porque cuanto más recursos y dedicación reciba el niño mejor resultado obtendrá.

Desde la realidad educativa peruana, la ayuda que reciben estos niños y los docentes es poca, no se cuenta con herramientas necesarias ni con la ayuda institucional, no hay especialistas como psicólogos ni logopedas ni orientadores dentro de una institución educativa pública, y la mayoría de docentes no cuentan con los conocimientos necesarios para poder identificar este tipo de problemas. La situación en España es distinta; los niños con trastornos de lenguaje reciben ayuda logopédica fuera del aula, pero dentro de la institución educativa, durante aproximadamente dos o tres medias horas semanales. Es evidente que los que reciben terapia mejoran mucho más que los que no lo hacen. Por lo tanto, la detección de los trastornos de lenguaje permitirá que la evaluación de un profesional experto concluya con un diagnóstico y proponga un plan de intervención.

## **CAPÍTULO I: PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LENGUAJE Y DE LA ATENCIÓN MÁS COMUNES EN LA ESCUELA**

El lenguaje aparece de modo natural alrededor del primer año de vida. A partir de entonces nos acompaña en la mayoría de nuestras actividades, sin que su adquisición ni su uso parezcan requerir un esfuerzo especial. El uso del término lenguaje representa una indudable polisemia, es utilizado para designar sistemas de signos o símbolos (naturales o artificiales), que operan códigos de representación y de comunicación. (Belinchón, Igoa y Rivière, 1992).

- “El lenguaje se entiende como un sistema de códigos, con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos”
- “El lenguaje es un hábito manipulador” (definición de la primera época del conductismo)
- “Un lenguaje es un conjunto finito o infinito de oraciones, cada una de ellas de longitud finita y construida a partir de un conjunto finito de elementos”
- “Lenguaje es la instancia o facultad que se invoca para explicar que todos los hombres hablan entre sí”
- “Lenguaje: conjunto de sonidos articulador con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente”

Belinchon, Igoa y Rivière (1992) dan a conocer que existen diferentes definiciones de lenguaje, pero de un modo u otro todas recogen los siguientes hechos: a) en primer lugar, el hecho de que el lenguaje puede interpretarse como un sistema compuesto por unidades (signos lingüísticos); b) en segundo lugar, el hecho de que la adquisición y uso de un lenguaje por parte de los organismos posibilita en éstos formas peculiares y específicas de relación y de acción social (especialmente sobre el medio social); c) el hecho de que el lenguaje se materializa dando lugar a formas concretas de conducta, lo que permite interpretarlo, también, como una modalidad o tipo de comportamiento.

En el estudio del lenguaje, existen tres dimensiones: la dimensión estructural, la dimensión funcional y finalmente la función comportamental. En esta oportunidad se abordará la dimensión funcional, en la que el lenguaje es considerado como herramienta y cuyas manifestaciones son fácilmente detectadas por los interlocutores entre los que se encuentran los docentes. En esta dimensión se distinguen dos funciones: función representativa o simbólica y la función comunicativa.

La *función representativa* explica que el lenguaje verbal presenta la característica denominada desplazamiento referencial, que significa que los signos lingüísticos no están ligados de forma directa a referentes inmediatamente presentes en el tiempo o en el espacio. Como lo manifiesta Pavlov, el lenguaje opera como un segundo sistema de señales, que resulta de la generalización de las vinculaciones del primer sistema de señales, es decir, el sistema de asociación entre un estímulo y un reflejo.

La posibilidad de generalización que ofrece el lenguaje verbal se apoya en el análisis del significado; en consecuencia, determina formas de reacción y respuesta ante el medio. El desplazamiento referencial permite al lenguaje operar como un sistema representativo de propósitos generales. En este sentido el lenguaje puede interpretarse como un código no ligado a contenidos, por lo que posibilita el conocimiento de la realidad de manera particular.

Los signos lingüísticos implican significados contruidos mediante principios de generalización e individualización, que deben ser conocidos y compartidos tanto por el emisor como por el receptor. En su uso intervienen procesos simples de codificación y decodificación y procesos de interpretación. La función representativa del lenguaje va más allá de una función referencial, porque no sólo representa la realidad, sino que también describe sus propiedades, en consecuencia, cualifica a la misma realidad que representa, es decir el lenguaje es un sistema analítico de representaciones.

En suma, todos los conocimientos, nuestras vivencias y experiencias están en formato lingüístico. Tener un lenguaje limitado puede tener consecuencias demoledoras.

Respecto a la *función comunicativa*, el lenguaje verbal presenta ciertas particularidades dignas de mención. Por una parte, cabría decir que es un sistema de comunicación natural y especializada en la transmisión significativa. En segundo lugar, cabría destacar que esta transmisión de información significativa puede tener lugar tanto entre personas como intrapersonalmente, sirviendo el lenguaje, en este último caso, como un importante instrumento de autorregulación de la actividad y del propio aprendizaje.

Los seres humanos pueden establecer, mediante el lenguaje verbal, formas de comunicación cuantitativa y cualitativamente distintas a las de otras especies.

Luria (1997) insinúa que la designación constituye una función exclusiva de la comunicación humana que le confiere al menos parte de su especificidad frente a otros sistemas comunicativos. Destaca el carácter intencional de la actividad lingüística humana y, en consecuencia, la necesidad de dar cuenta, en las explicaciones teóricas de la misma, no sólo de lo que el lenguaje tiene de utilización de un código sino, también, de interpretación del significado intencional (no sólo referencial) de los mensajes.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta, no sólo la definición y función del lenguaje sino la existencia de alteraciones en el lenguaje, las cuales presentan una enorme variedad, son tan complejas y plurales como lo es el propio sistema lingüístico y para ello, antes que nada, se dará a conocer su clasificación.

### **1.1. Clasificación de los trastornos del lenguaje**

Chevrie-Muller y Narbona (2001), presentan la siguiente clasificación:

A.- Trastornos secundarios a déficits instrumentales receptores o expresivos.

- Hipoacusias bilaterales prelocutivas y postlocutivas
- Trastornos motores (disartrias) y deformaciones orales (disglosias)

## B.-Encuadradas en déficits o trastornos psicopatológicos

- Trastorno del espectro autista
- Discapacidad Intelectual
- Privación afectiva y educativa extremas

## C.- Patología primaria o específica del habla y del lenguaje:

- Retraso benigno del lenguaje y articulatorio (dislalia)
- Trastorno del ritmo y la fluencia (farfulleo y tartamudeo, trastorno del habla)
- Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEL)
  - Trastorno fonológico – sintáctico
  - Trastorno léxico – sintáctico
- Trastorno de la comunicación social
- Afasias durante el desarrollo:
  - Por lesión hemisférica perisilviana izquierda adquirida
  - Por encefalopatía epiléptica: síndrome afasia epiléptica (Landau - Kleffner)

### 1.2. Prevalencia y descripción de los trastornos de lenguaje

La prevalencia indica qué porcentaje de la población cumple con los criterios establecidos para identificar los trastornos que abordaremos en esta sección. Los trastornos del habla y del lenguaje son una patología relativamente frecuente en la infancia, que preocupa a padres y profesionales de la salud. Tienen una prevalencia cercana al 5-8% en preescolares y a un 4% en escolares; y su mayor importancia radica en el hecho de que altera la capacidad de comunicación del niño con sus padres y pares (Bolte y Rojas, 2010). Se tendrán en cuenta también algunos trastornos del lenguaje secundario a otras patologías, como el trastorno del espectro autista.

En la etapa escolar los trastornos del habla y del lenguaje pueden asociarse a dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, a un rendimiento escolar deficiente, y en forma secundaria a trastornos en la esfera conductual y emocional.

### **1.2.1. Trastorno del espectro autista**

El trastorno del espectro autista es uno de los trastornos neurológicos más comunes actualmente. No suele detectarse en niños pequeños, aunque lo ideal sería identificarlos a partir de los 18 meses de edad, porque podrían dar algunas señales de alerta al no relacionarse con otros pequeños o presentar problemas en el desarrollo del lenguaje.

Gándara en una entrevista en 2014, manifiesta que “el autismo se considera genético y hereditario, aunque no se sabe qué elementos genéticos concretos están implicados en la aparición del autismo” (como se cita en Vera, 2014).

La prevalencia del autismo depende de su definición, pero en general se acepta la proporción de 1:1000, con predominio en varones en una relación aproximada de 4 a 1 respecto a las mujeres. Sin embargo, estudios más recientes muestran un incremento significativo de estas cifras que en ocasiones alcanzan 1% de la población infantil (Baio, 2012)

Un estudio realizado en Estados Unidos, por Bilaver, Cushing y Cutler (2015), examinó la prevalencia y las necesidades de intervención educativa en niños de edad preescolar con trastornos del espectro autista (TEA). El análisis estuvo basado en una encuesta longitudinal nacional representativa de los niños que recibieron servicios de educación especial durante los años 2003-2004. Todos los niños identificados con TEA por padres o docentes, durante un periodo de estudio de 3 años, fueron analizados. Los resultados incluían la utilización de terapias del habla, terapia ocupacional, terapia de comportamiento, por sector de servicios (educación y salud). El análisis reveló las bajas tasas de terapia del comportamiento. Los padres reportaron que una abrumadora mayoría de servicios eran recibidos únicamente en la escuela.

En este estudio se determinaron las deficiencias en la prestación de servicios para los niños pequeños con TEA.

Un estudio piloto realizado en Quito-Ecuador, por Dekker, Groot, Díaz, Zúñiga y Delfos (2015) indagó la prevalencia del TEA, presentando como resultados la primera fase del estudio. Participaron 171 escuelas regulares en Quito, y se seleccionaron un total de 51.453 alumnos. La prevalencia de los TEA se evaluó mediante una entrevista con el rector de la escuela o su delegado. Los resultados mostraron una muy baja prevalencia de 0,11% de los alumnos con cualquier diagnóstico de TEA; de otro 0,21% se sospechaba que tenían autismo, pero estaban sin un diagnóstico. Esta baja prevalencia sugiere que los niños y adolescentes con TEA no están incluidos en la educación regular en Quito. Precisamente estos resultados se discuten, debido a que muchos niños probablemente no fueron oportunamente diagnosticados de TEA, además de la baja tolerancia a la inclusión por parte del gobierno.

En una reciente publicación en EE. UU. DiGiuseppi et al. (2016) realizaron un estudio del perfil demográfico de las familias y los niños con TEA, diseñado para mejorar el conocimiento de las características del TEA y sus etiologías, a través de un estudio de casos. La investigación se llevó a cabo con 2.768 niños de madres de raza no blanca (31,7%), de madres hispanas (11,4%), y de madres nacidas en el extranjero (17,6%); el 33,0% de los hogares tenía ingresos por debajo de la media. El grupo con TEA y los grupos de control diferían significativamente en casi todos los parámetros sociodemográficos. Sin embargo, el grupo con TEA y los grupos de retraso o trastorno del desarrollo tenían características sociodemográficas similares. Se concluyó que la prevalencia del TEA es cinco veces más frecuente en niños que en niñas y que este estudio proporcionará nuevas oportunidades para explorar la influencia de las características socioeconómicas asociadas al TEA.

En 2012, el Instituto Nacional de Salud Mental en EE. UU. reportó tener por cada 88 niños un caso de TEA; así como Reino Unido, donde la prevalencia fue de 1:66 en el 2010 en niños cuyas edades oscilaban de 5 a 9 años; y en el 2011 Corea del Sur encontró que 1 de cada 34 niños tenían autismo. En el 2010, en la ciudad de León Guanajuato (México), la Clínica

Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo realizó un estudio de prevalencia en 5000 niños en edades de 8 años pertenecientes a escuelas primarias regulares, escuelas especiales, niños atendidos en el sistema salud y DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) para identificar a niños con dicho trastorno; se identificaron a niños con señales de autismos, posteriormente se pasó a entrevistar a las familias, se aplicaron pruebas para el diagnóstico del TEA, se recabaron los expedientes clínicos, y finalmente se determinó cuáles casos reunirían los criterios para confirmar el diagnóstico de Autismo. A partir de este estudio se estimó que 1 de cada 300 niños tenían diagnóstico de TEA en México, con una probabilidad aproximada de 115.000 niños con autismo en el país.

### **1.2.2. Dislalia o trastorno de la articulación**

El término dislalia hace referencia a un trastorno primario de la articulación de los fonemas; no se lo debe confundir con las dificultades de carácter fonológico. El primero se refiere al repertorio fonético dominado por el niño; las segundas a la distribución de los sonidos de la cadena hablada (Aguado, 2013).

El trabajo pionero de Ingram (1976) ofrece un primer estudio neuropsicológico de los sujetos con problemas primarios de articulación y presenta un modelo con tres niveles en los que ubicar el mecanismo alterado o el tipo de operación deficitaria en cada caso. Así, distingue entre el nivel perceptivo, el organizativo (cognitivo) y el productivo, como posibles núcleos básicos del trastorno; se estima que puede tener una incidencia del 5 al 10% entre la población infantil.

Por otro lado, se han hecho estudios de esta patología encontrándola en un 42% en niños de 4 a 6 años como se reporta en la ciudad de México (Taboada, 2011), en Cuba fue 24% (Nitza, 2008), en Buenos Aires fue 5,8% (Regatky, 2008) y en Chile es 13,9% (Schonhaut, 2007).

La prevalencia de la dislalia funcional en Ecuador, examinada por Calderón, Medina y Quizhpi (2012) en niños de 5 a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela “Ciudad de Azogues”, fue del 36%, en una población de 113 estudiantes. Se evaluó mediante el test TAR y mediante un formulario se recogieron datos demográficos. La media de edad de la población se ubicó en 6,23 años; el sexo de mayor prevalencia fue el femenino con un 52% y el sexo masculino con un 48%; el 67% de los alumnos afectados fue de estudiantes cuyos padres tenían instrucción educativa primaria; el 23% secundaria, el 5% superior, y, con igual porcentaje, padres que no tenían instrucción educativa. Los autores concluyeron que la dislalia está asociada a la edad y género de los estudiantes. Por otro lado, la instrucción educativa de los padres no se asocia con esta patología.

Conde-Guzón, Quirós-Expósito, Conde-Guzón, y Bartolomé-Albistegui (2014) investigaron el funcionamiento neuropsicológico de niños con dislalias. La muestra la componían 34 niños que presentaban dislalia múltiple (distorsión o sustitución articulatoria de tres fonemas: /r/, /l/ y /s/) y exploración neurológica normal. La proporción de niños y niñas de la muestra era de 6:1, este grupo experimental fue comparado con un grupo de referencia integrado por 28 niños sin problemas del habla. El rango de edad de ambos grupos fue de 7 a 9 años, todos tenían una capacidad intelectual normal. El perfil neuropsicológico se estimó mediante la Escala de Inteligencia Wechsler y la Batería de Diagnóstico Neuropsicológica Infantil (Luria-DNI). Los resultados indicaron que los niños dislálicos presentaban: a) un perfil mnésico globalmente deteriorado respecto al grupo de referencia, aunque estaba preservada la memoria remota (información) y la memoria de formas (rompecabezas); b) alteraciones en cinestesia y estereognosia, y c) problemas atencionales. Los resultados pusieron de manifiesto en los niños con dislalias una mayor frecuencia de antecedentes familiares de problemas articulatorios que en los niños del grupo de referencia. Otro resultado relevante fue el hallazgo de déficit atencional en los niños con problemas articulatorios primarios. Los autores sugieren indagar sobre los factores de riesgo debidos a la herencia, que realizan Barry y colaboradores (Barry, Yasin y Bishop, 2007) los cuales confirman la mayor prevalencia de problemas de lenguaje en hijos de padres con patología lingüísticas (32%) cuando se comparan con padres no afectados (6%).

### 1.2.3. Tartamudez

La tartamudez se manifiesta por una forma de hablar interrumpida con alteraciones de la fluidez, que afecta a la continuidad, al ritmo y a la velocidad del habla. El inicio del problema se encuentra en la mayoría de los casos entre los 2 y los 5 años y en el 90% antes de los 6 años.

En cuanto a la población escolar, según APA en 2002, “la prevalencia se cifra en un 1% de la población occidental” (como se cita en Fernández-Zuñiga y Gamba, 2014, p. 106) y parece que es algo más alta en Europa que en Estados Unidos. Según el DSM-IV, la disfemia o tartamudeo en niños pequeños se da en un 1%, variando al 0,8% en adolescentes. Por cada tres hombres tartamudos, hay una mujer con este trastorno ("Conoce La Logopedia: Según DSM-IV, Trastornos de la comunicación de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia", 2009). La incidencia de la tartamudez se estima en un 5% de la población infantil preescolar, en un 1% en los escolares y menor en los adultos, lo cual indica que a lo largo de la vida de la persona el tartamudeo tiende a remitir y no es frecuente la aparición de casos nuevos después de la infancia (12 años). Así mismo, la prevalencia respecto al sexo también es significativa; el problema se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas. (Andrews, 1984; Yairi y Ambrose, 1992; Mansson, 2000).

La tartamudez se ha observado en distintos niveles intelectuales, en todas las lenguas, culturas y niveles sociales, mientras que no se han encontrado diferencias significativas respecto al tipo de personalidad (Bloodstein, 1995; Guitar, 2006)

Yairi y Ambrose (2013) realizaron un estudio sobre los avances científicos sobre la tartamudez durante este siglo; examinaron seis variables a) inicio, b) incidencia, c) prevalencia, d) vías de desarrollo, e) genética y f) subtipos; llegando a la conclusión de que el 95% del riesgo de aparición de la tartamudez se daba en niños mayores de 4 años y las cifras de prevalencia variaban dependiendo del grupo de edad. Sin embargo, la prevalencia general es del 1%. Además, los efectos de la raza, cultura, bilingüismo y el nivel socioeconómico, son inciertos. Asimismo, los mismos autores en el año 2005, realizaron un estudio con más de 3000

niños en edad preescolar y se reveló que la prevalencia de la tartamudez era del 2,43% sin diferencias raciales.

#### **1.2.4. Trastorno específico del lenguaje**

El trastorno específico del lenguaje (TEL) es un trastorno evolutivo con una prevalencia del 5-7% de la población general (Tomblin et al., 1997; Leonard, 1998, citados por Aguado, 2009, p.2). Como trastorno evolutivo está presente a lo largo de toda la etapa escolar. Además, el TEL siempre tiene secuelas, especialmente dificultades para leer y escribir, por ello la escuela tiene que tener un cuidado especial en identificar a los niños con TEL lo más pronto posible para reducir su impacto en el aprendizaje, y evitar el deterioro de la autoestima y la inseguridad en sus actividades y relaciones sociales.

El comité de expertos del TEL lo definen como una alteración significativa en la adquisición y desarrollo del lenguaje, que no está justificada por ninguna causa física, neurológica, intelectual ni sensorial, en unas condiciones sociales adecuadas y proponen excluir del diagnóstico del TEL la discapacidad cognitiva, al autismo, a la lesión o daño neurológico y la sordera. Sin embargo, consideran que no deben excluirlo de otros trastornos, como TDAH, dislexia, trastorno del procesamiento auditivo (TPA), salvo que figuren como trastornos comórbidos. Considerando que para el diagnóstico del TEL el lenguaje debe ser la dimensión significativamente más afectada. (Aguado et al., 2015).

El TEL aparece desde las primeras etapas de la adquisición del lenguaje en forma de retraso en el aprendizaje de las primeras palabras. Su diagnóstico plantea aún muchos problemas, especialmente por la falta de síntomas positivos seguros y específicos, que se asocia a una definición del trastorno por exclusión, y porque forma parte de un continuum, que exige el empleo de criterios meramente porcentuales para diferenciarlo de los niveles bajos del desarrollo del lenguaje (Aguado, 2014).

Una consecuencia importante para el desarrollo de los niños con TEL es que estos presentan problemas con sus compañeros y esto a su vez provoca que tengan menos oportunidades para mejorar su lenguaje, ya que, si ellos no son tomados en cuenta, tendrán menos modelos de interacción lingüística a seguir y se juntarán con niños de sus mismas condiciones.

Andreu y Sanz-Torrent (2013) explican que la prevalencia de este trastorno está al entorno del 7% de la población, siguiendo criterios de diagnosis amplios, afectando de igual manera a los dos sexos, pero siendo más probable en el sexo masculino que en el femenino. Esta diferencia entre géneros puede ser debida a las características de atención y conducta de los niños, tal como se ha visto en otras áreas como la adquisición de la lectura. También podría ser una exageración del retraso que ya muestran los niños, en relación a las niñas, sin tener comprometida la adquisición. También se ha visto más prevalencia en personas con historia clínica familiar ligada a problemas de aprendizaje del lenguaje. Otras variables asociadas que se han tomado en consideración han sido el nivel socio-cultural, donde la influencia parece que tiene que ver con el tipo de lenguaje mostrado más que con la adquisición de los recursos básicos del lenguaje, y el orden de nacimiento, siendo más cuidadoso y temprano el desarrollo del lenguaje en niños primogénitos en comparación con el resto de hermanos.

Estudios en Chile indicarían la presencia de TEL en el 4% de los niños entre 3 y 7 años. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino. Estas dificultades van desde problemas puntuales en la producción de palabras, hasta formas más severas, en las que se ven afectados todos los niveles (fonológico, semántico, morfosintáctico y pragmático) de forma variable, en las dimensiones expresivas y comprensivas del lenguaje oral (Villanueva, Barbieri y Palomino, 2008).

Un estudio realizado en Chile, en una población constituida por 145 niños que habitan la isla Robinson Crusoe (entre 1 mes y 14 años 11 meses), 66 de ellos cumplen con la condición para diagnosticar el TEL. Estos 66 menores entre 3 y 8 años 11 meses constituyeron la muestra. Con respecto a las condiciones socioeconómicas de los habitantes de la isla, éstas son relativamente homogéneas, considerando sus niveles educativos y calidad de las viviendas.

Es importante mencionar que, en poblaciones continentales, las diferentes prevalencias de patologías genéticas pueden ser atribuidas, en parte, al mayor tamaño poblacional y a la mayor heterogeneidad sociogenética; los resultados de la evaluación de lenguaje muestran que, de los 40 menores considerados originarios de la isla, 14 de ellos presentaron TEL, es decir, 35% de los niños mostraba un trastorno de específico de lenguaje, un número menor de niños ( $n = 11$ ) presentó un déficit del desarrollo del lenguaje, asociado a otras patologías, y 15 menores presentaban desarrollo de lenguaje normal. Según su género se distribuyeron homogéneamente los niños que presentaban TEL: 7 niños y 7 niñas. De los niños con desarrollo normal del lenguaje, 4 eran mujeres y 11 hombres. La discusión que presenta el trabajo es que la frecuencia de TEL en niños originarios es de 35%, cifra significativamente mayor a lo observado en otras poblaciones, tanto de Chile (4%) como del extranjero (2% y 8%) y a lo evidenciado en los niños no isleños (3,8%). Pese a que diversos trabajos señalan mayor prevalencia en varones en una relación de 3:1, la distribución isleña de TEL es idéntica en hombres y mujeres. (Villanueva, Barbieri y Palomino, 2008). Estos resultados ponen de manifiesto una probable agregación familiar de los genes implicados en el origen del TEL.

### **1.2.5. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**

Según el DSM-5, el TDAH pasa a incluirse en “Trastornos del Neurodesarrollo”. Es decir, se establece como un trastorno neurológico y psiquiátrico, expresando con ello que se trata de un conjunto de disfunciones consecuentes a un inadecuado funcionamiento de los circuitos neuronales, que derivan en alteraciones de la atención, en hiperactividad y en impulsividad.

Por lo general la prevalencia del TDAH, si se usan criterios DSM-5, es del 5% de los niños en edad escolar (rango del 2,2 al 12%). A pesar de las controversias, está claro que no se trata de una “enfermedad cultural”. Existe evidencia de que el TDAH tiene una prevalencia importante en países tan diferentes a EE.UU. como Nueva Zelanda, China, India y Alemania, por lo que se puede estimar que la prevalencia real del TDAH, según diversos estudios epidemiológicos que emplean diferentes criterios diagnósticos, está probablemente entre el 2 y

el 12%. Hay estudios que dan una prevalencia del 9,6% en Alemania, del 3,7 % en Suecia, del 6% en España, del 17% en Colombia y del 9% en Hong Kong. La diferencia de prevalencia depende, como hemos visto, del uso de criterios CIE10 o DSM-5 y también del modo de hacer el diagnóstico, con evaluaciones clínicas (la forma más fiable), con cuestionarios dirigidos a docentes y también padres, o sólo con cuestionarios para padres o docentes, pero no ambos. En España la prevalencia se ha estimado entre el 4% y el 6% de los niños entre 6 y 15 años en Sanlúcar la Mayor (Sevilla) utilizando el cuestionario de Conners, el 1-2%, en un estudio de validación del cuestionario de Conners en la Clínica Universidad de Navarra por el Equipo del Dr. Juan Narbona, el 14,4 % en niños de 8 años, el 5,3 % en niños de 11 años y el 3% en niños de 15 años en la ciudad de Valencia, y del 3,6% al 8% en niños de 10 años también en Valencia (Esperón y Suárez, 2007).

Un estudio realizado en Chile, sobre prevalencia del déficit atencional con hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, concluye que en cada aula pueden asistir uno o más niños con trastorno por déficit atencional con hiperactividad. El profesor se ve enfrentado a un gran desafío, por la atención que demandan, ya que además de ellos, cada curso tiene en promedio entre 25 y 30 niños. El primer problema que enfrentó esta investigación fue la falta de instrumentos correctamente adaptados para la población chilena, por lo que se analizó la consistencia de dos escalas que permitiesen evaluar la sintomatología de déficit atencional del niño, y se optó por las escalas de Conners y Grasp. Basándose en la prevalencia informada por diversos autores (Pineda et al. 1999; Orjales, 2001) y el DSM-IV, que estaría situada entre el 3% y 5% de los casos de población general, se decidió que todos los casos cuyas puntuaciones en ambas escalas fueran superiores al percentil 95 se denominarían niños con alta sintomatología de déficit atencional con hiperactividad. El resultado fue que 33 casos cumplían una de estas condiciones, es decir, una prevalencia informada por ambos instrumentos de 3,67% y que, de estos niños, un 24,2% (8) provenían del nivel socioeconómico alto, un 27,3% (9) del nivel socioeconómico medio y casi el doble de cada uno de los grupos señalados (48,5%) eran de origen socioeconómico bajo (Herrera, 2005).

Otros estudios realizados en Manizales (Colombia) dan a conocer que la prevalencia es del 17,1%. Una selección inicial mostró que 72 sujetos (21,1%) fueron detectados como posibles TDA, por medio de las escalas estandarizadas para padres y maestros. Después de las evaluaciones multidimensionales y de la aplicación de los criterios de exclusión, la muestra de verdaderos niños y adolescentes con TDA, se redujo a 57 participantes (17,1%). El tipo más frecuente fue el combinado: 9,4%; la prevalencia fue significativamente mayor en el sexo masculino (21,8%) que en el femenino (10,9%). Los datos encontrados basados en fuentes múltiples de información, con evaluación neuropsicológica y con revisión de las historias clínicas, proporcionaron una distribución que coincidía con lo informado en la literatura. Había unas prevalencias más elevadas del tipo combinado en niños entre las edades de 6 a 17 años y en los estratos socioeconómicos bajos. También se observó una prevalencia más alta del tipo inatento en las niñas en todas las edades y en los niños de 4 a 5 años. El tipo hiperactivo-impulsivo fue muy poco frecuente, y apareció en menos del 2% de los niños de 6 a 17 años. En otro estudio llevado a cabo en Medellín, la prevalencia fue estimada en 18%; esta investigación se realizó en niños de 6 a 11 años, usando un cuestionario de dimensiones múltiples para la evaluación de la conducta de los niños, y que fue aplicado a los padres. La prevalencia se calculó mediante un análisis de conglomerados de acuerdo con las puntuaciones estandarizadas, obtenidas por los niños en cada dimensión de la conducta. A pesar de la coincidencia de los hallazgos en ambos estudios, estos datos tienen la gran limitación de basarse sólo en evidencias provenientes de una sola fuente de información: los padres (Pineda et al., 2001).

En un estudio en Maracaibo (Venezuela) la tasa de prevalencia del TDAH fue del 7,19%. La muestra estaba constituida por 1.141 niños, 48% pertenecía al sexo femenino y el 52% al masculino, con edades comprendidas entre 6 y 12 años. Se utilizó como criterio diagnóstico el DSM IV; se utilizaron como instrumentos la escala Conners tanto para padres como para docentes y los resultados fueron que, en la prevalencia estimada del TDAH de 7,19%, se obtuvo un 0,35% para el subtipo hiperactivo, un 1,14% para el subtipo desatento y un 5,70% para el subtipo combinado. Contrariamente a lo esperado, la prevalencia fue mayor para el sexo femenino. Se encontró que el 7,45% de la muestra general puntuó alto en las escalas de problemas académicos, mientras que para la muestra identificada como con TDAH, los problemas académicos fueron del 50%, y se confirmó la comorbilidad entre TDAH y

problemas académicos. Las estimaciones de prevalencia encontradas en este estudio son consistentes con los hallazgos comunicados en la literatura (Montiel-Nava et al.,2003).

### **1.2.6. Dislexia**

La dislexia es una dificultad específica del aprendizaje y el uso de la lectura con un probable origen neurobiológico. En la mayor parte de los casos está afectada la habilidad fonológica por lo que la dislexia es una consecuencia de un déficit fonológico.

La dislexia es la incapacidad de pasar de la etapa logográfica a la alfabética, (en palabras de Frith, 1986) tomando en cuenta que una mala conciencia fonológica es un antecedente para los problemas del lenguaje escrito. Está relacionada con el fracaso escolar y en la actualidad no tiene “cura”, pero sí que es posible mejorar la habilidad de lectura de las personas con dislexia y reducir su efecto negativo sobre otros aspectos.

Hoy en día las únicas intervenciones que han mostrado evidencia en la mejora de la lectura son las basadas en habilidades fonológicas y la descodificación (relacionar letras y sonidos, Ripoll y Aguado, 2016).

La prevalencia, a partir de un estudio realizado en Colombia, es del 3,32%, con una muestra de 112 niños de 7 años de segundo curso de primaria pertenecientes a 4 colegios privados no bilingües de estrato socioeconómico medio-alto. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Evaluación de Problemas de Aprendizaje (CEPA), de Bravo, 1979, la Escala Abreviada de Inteligencia de Wechsler, y la Evaluación Neuropsicológica Infantil. Tuvo en cuenta los criterios diagnósticos para trastornos específicos de la lectura del DSM IV. Los resultados de la investigación señalan que la prevalencia está cercana a la establecida por el DSM-IV (1994), que estima su prevalencia en un 4% para los niños en edad escolar. En relación con el género, se estimó la prevalencia en 5,26% para varones y 1,03% para niñas. Estos hallazgos concuerdan con la tendencia teórica que afirma que los problemas de lectura se presentan en mayor porcentaje en hombres que en mujeres. Vale destacar que la investigación

sugiere que las dificultades presentes en los niños diagnosticados en este estudio eran específicamente en la decodificación de los sonidos individuales de las letras, lo que generaba deficiencias en el desarrollo de destrezas que les permitían leer cada vez con mayor rapidez y precisión (De los Reyes et al., 2008).

Un estudio realizado en España, en la Universidad de Murcia (2011), sobre la evaluación de la dislexia en la escuela primaria tuvo como objetivo principal establecer la prevalencia de los problemas de lectura en la enseñanza primaria, utilizando un procedimiento secuenciado y con un conjunto de pruebas que permitían evaluar diferentes aspectos de la competencia lectora en el medio escolar, en una muestra representativa escolar constituida por el alumnado de 2º, 4º y 6º de primaria (N=2012), escolarizado en centros públicos (14) y concertados (5). En la primera fase, se utilizó el Test de Eficiencia Lectora (TECLE) que permitió identificar a 237 escolares con retraso lector, sin la presencia de otro trastorno. En la segunda fase se aplicaron pruebas de lectura (palabras y pseudopalabras) y de ortografía para seleccionar los casos con retraso lector asociados a dificultades en los mecanismos fonológicos en la ortografía. Los resultados fueron que la prevalencia general de dislexia era del 11,8% de la muestra estudiada. Estos resultados muestran mayor incidencia del retraso lector en 2º curso de primaria (15,2 %) frente a la encontrada en 4º (9,3 %) y 6º (10,9 %). Según el estudio esta diferencia puede ser explicada por la inclusión en 2º de alumnos cuyo retraso podría desaparecer sin una intervención específica (Carrillo et al., 2011).

Así pues, los objetivos de este trabajo son:

1. Conocer el nivel de conocimientos que los docentes peruanos tienen de las dificultades descritas en este capítulo.
2. Conocer la percepción que los docentes peruanos tienen de su capacidad para hacer frente a estas dificultades de sus alumnos.

## CAPÍTULO II: MALLA CURRICULAR Y FORMACIÓN DOCENTE

Ya que una de las labores del profesor es identificar los trastornos someramente descritos y, en su caso, intervenir en ellos o ayudar en la intervención, resulta imprescindible conocer cómo se prepara a los docentes para esta labor. Se va a hacer una breve exploración de los planes de estudios de los docentes en Perú (la universidad Privada de Tacna y el instituto Superior Pedagógico José Jiménez Borja) y en España, concretamente en la universidad de Navarra.

Al hablar de la formación docente en el Perú debemos hacer referencia a dos tipos de instituciones que se encargan de dicha labor: los Institutos Superiores Pedagógicos (ISP) y las universidades que cuentan con Facultades de Educación. El Ministerio de Educación (MINEDU) sólo ejerce funciones de regulación sobre las primeras ya que las segundas tienen autonomía de gestión. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014, citado por Gestión, 2014) en el Perú existen 310 instituciones educativas que imparten la carrera de Educación, 218 son institutos superiores pedagógicos, 65 son facultades universitarias, y 27 son institutos de formación artística. Del total de centros de formación en el país, el 54,2% (168) son públicos, y el 45,8% (142) son privados; el 70% de las instituciones que forman docentes son institutos pedagógicos.

Estos datos claramente indican que un gran porcentaje de docentes peruanos fueron formados por un instituto pedagógico. Por ello es preciso poder analizar si en dichos institutos se ofrecieron asignaturas relacionadas con los trastornos de lenguaje y con el déficit de atención, y así comprobar si los docentes tienen conocimientos en relación a dichos trastornos tomando en consideración aquellas asignaturas que desde la realidad educativa son necesarias para una formación docente de calidad, que ayuden a la detección de las dificultades que presentan estos niños reconociendo sus necesidades educativas, así como la forma más adecuada de intervención desde el contexto escolar, ya que se conoce que si no se interviene oportunamente puede haber consecuencias en el aprendizaje, en la vida escolar y el desarrollo integral del niño.

Por cierto, existen algunas investigaciones, como la de Miranda y Navarro (2010) quienes realizaron un estudio sobre “Conocimiento de la Tartamudez en Docentes de Educación Primaria de Lima Metropolitana”, cuyo objetivo fue conocer la información acerca de la tartamudez que tienen los docentes de los colegios de varones públicos y privados de Lima. La investigación fue de tipo descriptivo y las investigadoras elaboraron un instrumento basado en 10 preguntas acerca de la tartamudez; llegaron a la conclusión de que existía un conocimiento medio sobre la tartamudez en los docentes de educación primaria. Los resultados de la investigación señalaron que el nivel de conocimiento de docentes de educación pública fue bajo y el nivel de conocimiento de docentes de educación privada alcanzaba un nivel medio. También determinaron que para los docentes el concepto de tartamudez no estuvo claro, las causas y factores de riesgo estarían basados en mitos y en un presunto sentido común y no a teorías científicas; asimismo los docentes de esta investigación tenían un conocimiento errado sobre la prevalencia en función del género. La mayoría de los docentes conocían las estrategias a utilizar en el aula, las características de la tartamudez y los profesionales que deberían tratarla; además, reconocieron la importancia de la familia y la escuela para mejorar la fluidez, y conocían también la edad de riesgo.

He aquí los programas de las instituciones mencionadas:

#### **A.- Universidad Privada De Tacna:**

Duración: 10 semestres o ciclos académicos que, a su vez se integran en asignaturas

Los ciclos que no son citados, es debido a que se enfocan en la formación básica del docente. ("Universidad Privada de Tacna", 2016)

##### *A.- Educación infantil:*

- II ciclo, psicología general.
- III ciclo psicología de la educación.
- IV ciclo, psicología del desarrollo y diagnóstico de la problemática.
- V ciclo, neurociencia, detección de tratamiento de problemas de aprendizaje y psicología del aprendizaje.
- IX ciclo, educación para niños con necesidades educativas especiales.

*B.-En educación primaria:*

- II ciclo, psicología general
- III ciclo, psicología de la educación
- IV ciclo, psicología del desarrollo
- V ciclo, psicología del aprendizaje
- VI ciclo, detección de problemas de aprendizaje y diagnóstico de la problemática educativa.

No se han considerado las demás asignaturas porque no se relacionan con los trastornos de lenguaje ni déficit de atención, si no que se enfoca desde la didáctica en las distintas áreas como: ciencia y ambiente, matemática, personal social, religión y comunicación.

### **B.- Instituto Superior Pedagógico José Jiménez Borja.**

La carrera tiene diez semestres académicos.

Para la formación del docente en inicial y primaria se ofrecen las siguientes asignaturas relacionadas con esta investigación:

- Psicología I, II y III
- Diversidad y educación inclusiva
- Prevención y detección de problemas de aprendizaje y conducta.

### **C.- Universidad de Navarra**

Ofrece los siguientes grados en educación:

- ✓ Grado de magisterio en educación infantil ("Plan de Estudios. Grado en Educación Infantil. Universidad de Navarra", 2016)
- ✓ Grado de magisterio en educación primaria ("Plan de estudios. Grado en Educación Primaria. Universidad de Navarra", 2016)

- ✓ Grado de pedagogía ("Plan de estudios. Grado en Pedagogía. Universidad de Navarra", 2016)

Las materias están divididas en asignaturas que, a su vez, se integran en módulos.

En el magisterio de primaria e infantil dentro del módulo I (Básico) se establece asignaturas como psicología del desarrollo, psicología general, dificultades de aprendizaje y orientación educativa, y en el magisterio de infantil se ofrece la asignatura de neuropsicología del desarrollo además el curso de adquisición y desarrollo de la lectoescritura y su didáctica.

En el módulo III (Optatividad) tanto para infantil como para primaria, en la mención de atención a la diversidad se encuentran las siguientes asignaturas: estrategias de adaptación curricular, diagnóstico en educación e intervención psicopedagógica en trastornos del desarrollo.

En el grado de pedagogía durante el módulo I (Fundamentos Pedagógicos) se imparten asignaturas de neuropsicología, psicología general, psicología educativa, psicología del desarrollo y psicología del lenguaje. En el módulo II (Ámbitos de Acción Educativa) se dictan clases de trastornos de lenguaje, dificultades de aprendizaje e intervención educativa, orientación psicopedagógica, orientación familiar, orientación educativa e intervención psicopedagógica en trastornos del desarrollo y en el módulo III (Formación Complementaria) se dictan clases en estrategias de adaptación curricular y diagnóstico en educación.

Analizando las asignaturas de los grados del magisterio de primaria, infantil y pedagogía; se observa que en primaria e infantil no se imparten las asignaturas de psicología de lenguaje, ni trastornos del lenguaje, y sólo en infantil, neuropsicología del desarrollo. En cambio, en el grado de pedagogía se imparten asignaturas de psicología del lenguaje, trastornos del lenguaje y neuropsicología de desarrollo. Estas asignaturas también deberían brindarse en las carreras de infantil y primaria ya que entre estas edades se podrían distinguir un trastorno de otro; además son los tutores de aula los que mayor tiempo pasan con los alumnos y probablemente quienes tengan las herramientas adecuadas obtengan mejores resultados en la mejoría del aprendizaje de sus niños que presentan dificultades.

Por otro lado, haciendo una comparación entre la UPT y el ISPJJB, se observa que en ambas se brindan asignaturas de psicología general, educativa y del desarrollo, dejando de lado la psicología del lenguaje y la neuropsicología, y sólo en la carrera de educación inicial de la UPT se dicta la asignatura de neurociencia; así mismo en ambas instituciones se brinda la asignatura de prevención y detección de problemas de aprendizaje, mas no mencionan los trastornos de lenguaje como asignatura independiente.

No obstante, ya que asumimos que la escuela tiene que ayudar a todos los niños, no de forma igualitaria, sino justa, los docentes debemos tener conocimientos de alternativas pedagógicas de adaptación curricular que se sugieren para casos particulares como los trastornos del lenguaje, dependiendo de la necesidad especial que sus alumnos tengan, y todo ello debería enmarcarse dentro de su formación profesional.

Se debe empezar por concienciar a los docentes sobre los trastornos de lenguaje que se van a encontrar en las aulas y asumir la responsabilidad de al menos estar lo debidamente informados y preparados para la diversidad de alumnos que forman parte de la realidad del aula.

Es preocupante que dentro del plan de estudios de las dos instituciones de Perú no figuren de manera formal los trastornos de lenguaje, neuropsicología, psicología del lenguaje y estrategias en adaptaciones curriculares ya que con ello podríamos entender mejor la situación de estos niños. En el Perú se habla mucho de atención a la diversidad, pero no para hacerse lo suficiente para capacitar a los docentes en dicha área, no contamos con las herramientas necesarias para afrontar este reto dentro de nuestra realidad educativa.

En España todo colegio cuenta con un equipo de orientación y dentro de él con logopedas, orientadores, docentes de apoyo, psicopedagogos; es decir atienden a alumnos que presentan dificultades brindándoles una mejor educación.

La formación e información de los docentes parece ser una de las propuestas emergentes para tratar las necesidades educativas y la metodología de la investigación-acción, para formar a los maestros, situándolos en el papel de investigadores e intelectuales, porque las situaciones que se presenten durante toda nuestra vida como docentes serán diversas.

Desafortunadamente, los docentes peruanos aún no somos conscientes de las necesidades que nos rodean, pero a pesar de ello no podemos ser indiferentes ante la realidad educativa, debemos trabajar haciendo posible la igualdad de oportunidades, evitando la discriminación, tomando como base la diversidad de nuestros alumnos.

Nos podemos ni debemos esquivar el reto; las transformaciones podrían empezar modificando el plan de estudios de los docentes y eso originará a su vez cambios en la estructura. Sobre todo, debemos reflexionar en los niños que tienen algún tipo de trastorno de lenguaje, déficit de atención, etc., porque no sólo son un objeto de estudio, sino sujetos dentro de nuestro entorno como educadores.

En suma, la formación docente en el Perú es, hoy por hoy, un gran reto. Es un reto que se debe enfrentar con inmediatez, lucidez, estrategia y energía. Es decir, sin pérdida de tiempo, con claridad, con metas definidas y sin miramientos frente a los intereses que puedan impedirlo. El futuro del país así lo exige.

## **2.1. Nuevas competencias docentes**

Cabría preguntarse ¿qué deberíamos aprender en nuestra formación como docentes y cómo deberíamos aprenderlo? Este conocimiento debe ser tenido en cuenta a la hora de diseñar las nuevas pedagogías y didácticas. Deben modificarse los objetivos pedagógicos y determinar cuáles deben ser las herramientas y competencias para una formación docente óptima.

Dentro del plan de estudios de la formación docente deberían considerarse las siguientes asignaturas, tomados como modelo de la Universidad de Navarra. A los futuros docentes peruanos deberían brindarles las siguientes asignaturas.

### **A.-Psicología del lenguaje**

Se debe conocer los fundamentos del lenguaje para la comprensión de las formas en que la actividad lingüística se puede ver alterada, y para el planteamiento de una intervención eficaz. Los docentes deberían conocer la aplicación de estos conocimientos a la explicación de conductas lingüísticas alteradas. Estas explicaciones serían esenciales para comprender los trastornos que impiden un aprendizaje normal y los déficits que entorpecen el desarrollo cognitivo y que afectan a la vida social y comunicativa del niño. Se debe conocer al detalle la extensión y profundidad de los procesos psicológicos implicados en la comprensión y producción del lenguaje.

### **B.-Neuropsicología del desarrollo**

Se debe comprender el funcionamiento del cerebro, así como los fundamentos neurobiológicos de la conducta humana y de sus principales alteraciones durante los seis primeros años de vida; también conocer el desarrollo neuroconductual humano: integración sensorial, control motor, gnosias y praxias, control ejecutivo, lenguaje y comunicación, y aprendizajes sistematizados, reconociendo y comprendiendo los posibles trastornos del desarrollo que se puedan presentar desde la realidad educativa, ya que la neuropsicología comienza a formar parte del estudio de cualquier trastorno que afecte la mente.

### **C.- Trastornos del lenguaje**

Se debe conocer cómo se altera el habla y el lenguaje en los niños, especialmente durante la educación infantil y primaria. En primer lugar, se deberá capacitar a los futuros docentes para que conozcan los síntomas de los trastornos del habla y lenguaje, para que aprendan a distinguir uno de otro trastorno con base en esos síntomas, y para que, a partir de ese conocimiento, puedan anticipar hipótesis e identificar los procesos psicolingüísticos que deberían ser evaluados. A partir de estos conocimientos se pueden, por ejemplo, justificar las clasificaciones de los trastornos del lenguaje mejor fundamentadas que se han propuesto.

En segundo lugar, los docentes deben aprender a relacionar estas señales de los distintos trastornos con la psicología de lenguaje, con los conocimientos sobre neuroanatomía, y con la morfología y el funcionamiento de los órganos fonoarticulatorios, para tratar de desentrañar sus causas.

En tercer lugar, deberán conocer la información sobre los instrumentos y los modos de evaluación de cada uno de los trastornos. Y, en cuarto lugar, deberán plantear estrategias de intervención basadas en la evidencia y fundamentadas en los procesos responsables de la alteración.

#### **D.-Estrategias de adaptación curricular**

Los docentes deben ser capaces de identificar dificultades de aprendizaje, disfunciones cognitivas y las relacionadas con la atención y colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos. Por otro lado, los docentes deben tener la capacidad de comprender que la dinámica diaria en educación infantil es cambiante en función de cada estudiante, grupo y situación, y deben saber ser flexibles en el ejercicio de la función docente y conocer formas de colaboración con los distintos sectores de la comunidad educativa y del entorno social.

## CAPÍTULO III: MÉTODO

### 3.1. Participantes

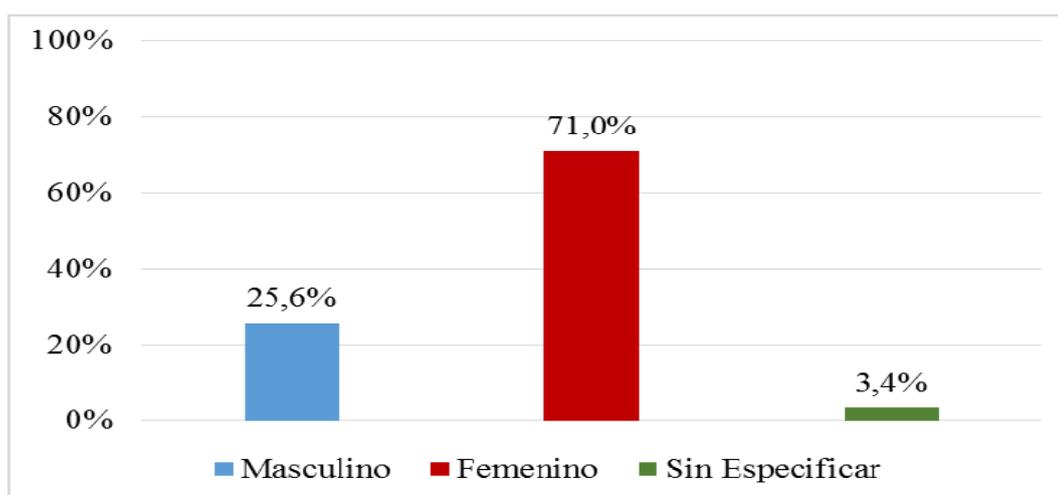
Para realizar esta investigación colaboraron 207 docentes peruanos de los siguientes departamentos del Perú: Apurímac, Arequipa, Cusco, Huánuco, Junín, Lima, Moquegua, Piura, Puno y Tacna, cuya experiencia educativa va entre 1 a 40 años. Del total de encuestados, 180 llenaron la encuesta en papel y 27 vía online. El gráfico 1 muestra la segmentación de los encuestados por género, siendo el género femenino el más sobresaliente con un porcentaje de 71%, mientras el masculino un 25%.

**TABLA 1**

**Encuestados según género**

Género	N	Porcentaje
Masculino	53	25,6%
Femenino	147	71,0%
Sin Especificar	7	3,4%

**GRÁFICO 1**

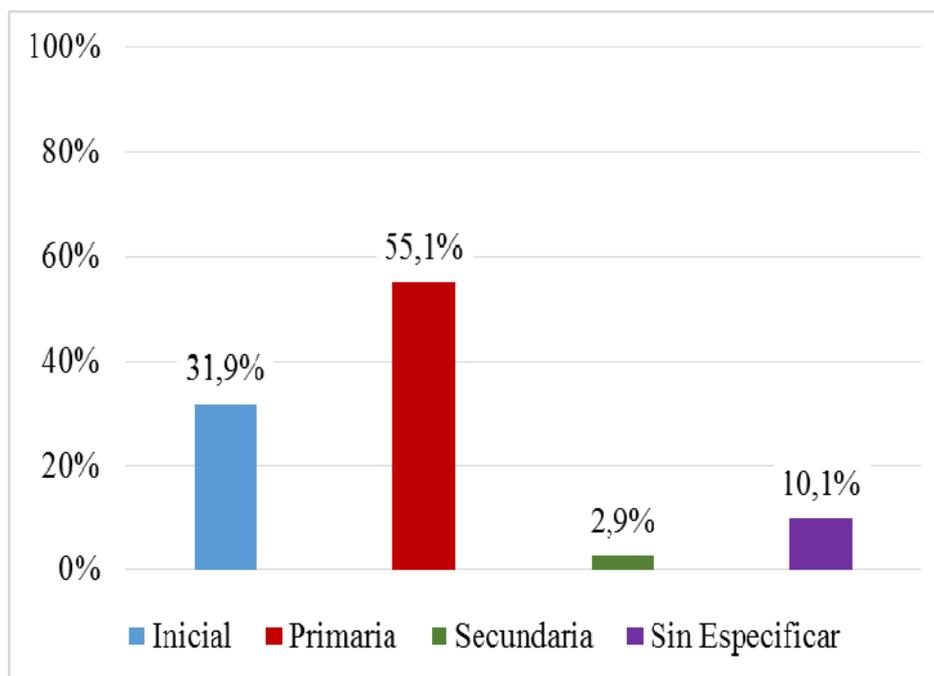


**TABLA 2**

**Nivel escolar en el que trabajan los encuestados**

ÍTEM NIVEL	N	Porcentaje
Inicial	66	31,9%
Primaria	114	55,1%
Secundaria	6	2,9%
Sin especificar	21	10,1%

**GRÁFICO 2**

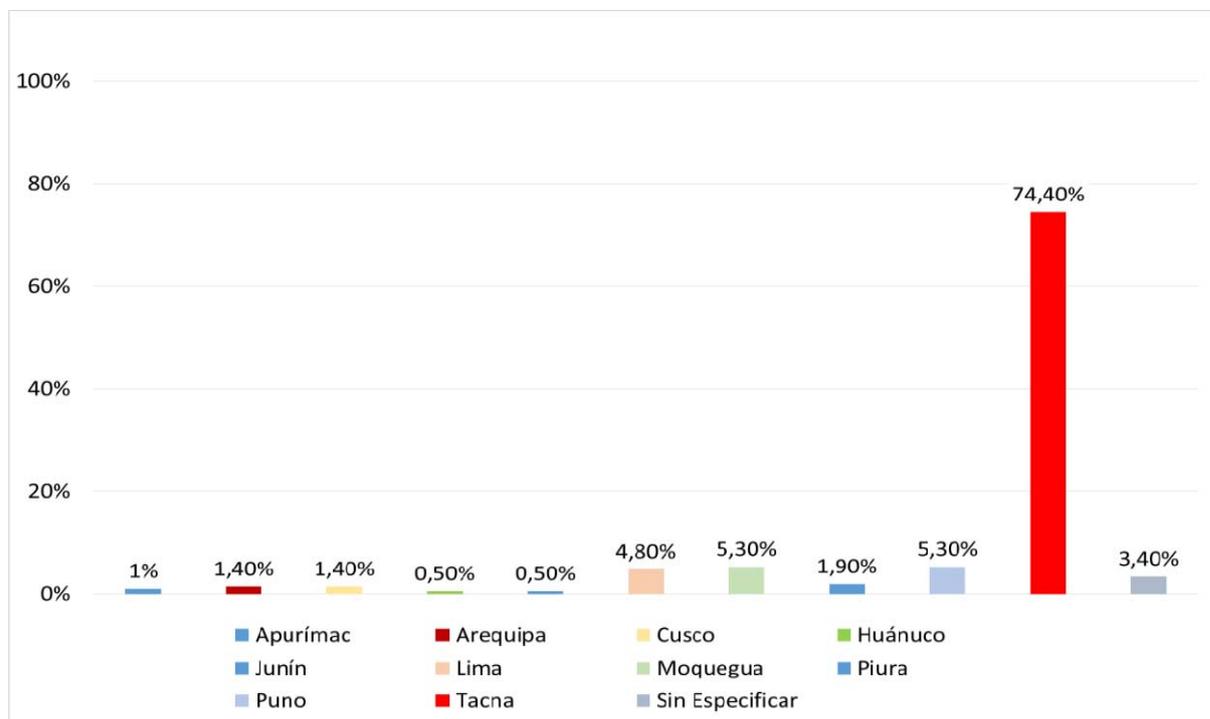


El gráfico 2 segmenta el nivel escolar donde los encuestados trabajan, siendo el 55,1% docentes de educación primaria y 31,9% de inicial.

**TABLA 3****Localización de los centros escolares**

<b>ÍTEM CIUDAD</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Apurímac	2	1%
Arequipa	3	1,40%
Cusco	3	1,40%
Huánuco	1	0,50%
Junín	1	0,50%
Lima	10	4,80%
Moquegua	11	5,30%
Piura	4	1,90%
Puno	11	5,30%
Tacna	154	74,40%
Sin especificar	7	3,40%

**GRÁFICO 3**



El gráfico 3 muestra el porcentaje de encuestados por departamento, siendo Tacna el de mayor participación, debido a que se solicitó apoyo a la directora y coordinadora del colegio parroquial “San Martín de Porres” quien entregó las encuestas a los directores de los colegios del consorcio católico Tacna.

### **3.2. Materiales**

La recogida de datos se ha realizado mediante un cuestionario que consta de 23 ítems, que se clasifican en:

- *Preguntas Cerradas:* ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21 y 22.  
Dentro de este grupo de preguntas, el ítem 9 es de selección múltiple. Los ítems

21 y 22 son de tipo Likert, utilizada en la mayoría de investigaciones cuando se evalúan actitudes y opiniones (ver anexo 1).

- *Preguntas Mixtas*: ítems 4, 11, 14, 15, 20 y 23; el objetivo de estas preguntas es conocer las opiniones acerca de la ayuda que se podría prestar a los niños con dificultades y las estrategias que los encuestados aplicarían en las situaciones que se plantearon en el cuestionario (ver anexo 1).

### **3.3. Procedimiento**

En el mes de octubre de 2015 se realizó una lista de preguntas que fueron revisadas por el asesor de esta investigación, de las que se seleccionaron las 23 que aparecen en el cuestionario definitivo. A fines de noviembre se decidió que los docentes llenarían la encuesta en papel, para lo cual se solicitó la colaboración de la Hna. coordinadora del colegio “San Martín de Porres” en Tacna, quien imprimió y entregó las encuestas a los directores de algunas instituciones de la ciudad, para que a su vez fueran ellos quienes entregasen las encuestas a sus docentes; dicho proceso no fue fácil, porque durante los meses de diciembre a marzo es el periodo vacacional en el sistema educativo peruano, por lo que se demoró el envío de las encuestas. Además, no siempre se contó con una buena disposición por parte de los docentes.

Ante la constatación de que no llegaban las encuestas, en enero se decidió llevar a cabo la recogida de datos vía online por medio del siguiente enlace <http://erika.kbaylonh.com/>. Finalmente, a mediados de abril se pudo recolectar la totalidad de las encuestas; por lo tanto, el estudio se ha limitado a la ciudad y centros donde se ha podido conseguir dicho acceso.

Igualmente, es preciso señalar que se solicitó la colaboración del Ministerio de Educación por medio de correspondencia electrónica. Hubo respuesta de la encargada de Dirección de Educación Básica Especial, quien es Especialista en Intervención Temprana. Se nos informó de que la difusión del cuestionario vía online a partir de su departamento

ministerial no podía ser factible, ya que era un asunto eminentemente personal y no institucional. Sugirió que se accediera al portal del Ministerio de Educación (MINEDU), en la etiqueta Escala – Escuelas - Educación Especial, para que directamente se realizara la consulta en relación a la resolución del cuestionario con los colegios de educación especial y mencionó que por la Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales, no podría facilitar teléfonos o correos personales de dichas instituciones educativas especiales.

Por lo expuesto y como dato aclaratorio, es importante mencionar que el cuestionario estaba dirigido para docentes con titulación (Primaria o Infantil) de instituciones educativas públicas, privadas y parroquiales, pertenecientes a la Educación Básica Regular (EBR), mas no de la Educación Básica Especial (EBE), donde acuden niños con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad severa y multidiscapacidad, quienes asisten a Centros de Educación Básica Especial (CEBE).

Por último, obtenidos todos los datos, se procedió a realizar la codificación de las preguntas cerradas y la categorización de las preguntas mixtas. Para su tratamiento estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 19 con el que se realizaron los cálculos para obtener los resultados que se muestran más adelante.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

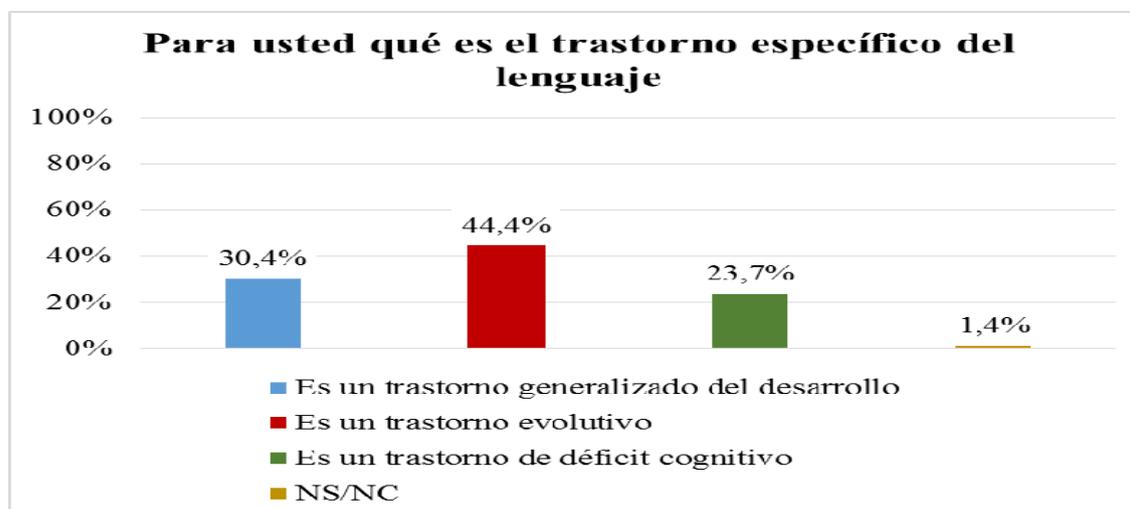
A continuación, se presentan los cuadros estadísticos obtenidos de la encuesta. Las tablas muestran los resultados de cada uno de las preguntas del cuestionario.

**TABLA 4**

**Para usted qué es el trastorno específico del lenguaje**

ÍTEM 1	N	Porcentaje
Es un trastorno generalizado del desarrollo	63	30,4%
Es un trastorno evolutivo	92	44,4%
Es un trastorno de déficit cognitivo	49	23,7%
NS/NC	3	1,4%

**GRÁFICO 4**



Sorprende que un apreciable porcentaje de docentes consideren el trastorno específico del lenguaje como un trastorno generalizado del desarrollo, categoría en la que en el DSM-IV se incluían a los autistas. Este desconocimiento se puede considerar como grave.

**TABLA 5**

**Los niños con trastorno específico del lenguaje han sido niños con...**

<b>ÍTEM 2</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Inicio tardío	87	42,0%
Problemas auditivos (otitis)	46	22,2%
Problemas en la maduración	72	34,8%
NS/NC	2	1,0%

**GRÁFICO 5**



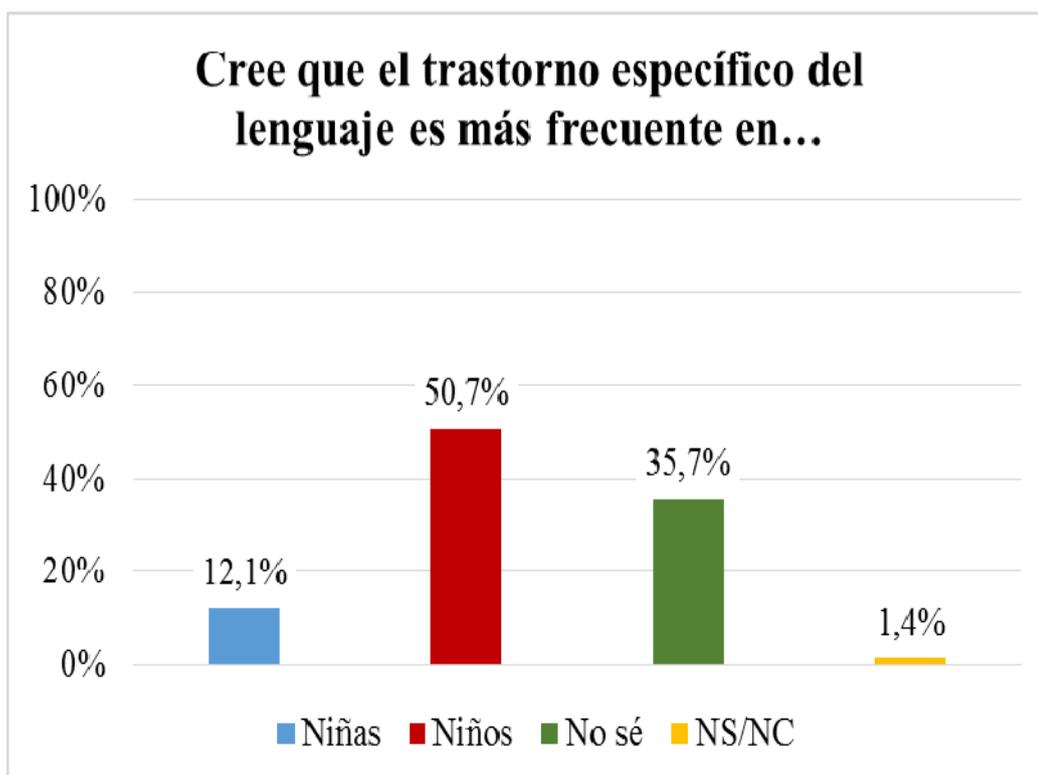
Sigue siendo indicador del gran desconocimiento que se tiene de este trastorno, por otro lado, tan frecuente en las escuelas, el hecho de que lo consideren asociado a una deficiencia auditiva, o arguyan que, y tiene su origen en la inmadurez, que en la mayor parte de los casos es un falso diagnóstico.

**TABLA 6**

**Cree que el trastorno específico del lenguaje es más frecuente en...**

ÍTEM 3	N	Porcentaje
Niñas	25	12,1%
Niños	105	50,7%
No sé	74	35,7%
NS/NC	3	1,4%

**GRÁFICO 6**

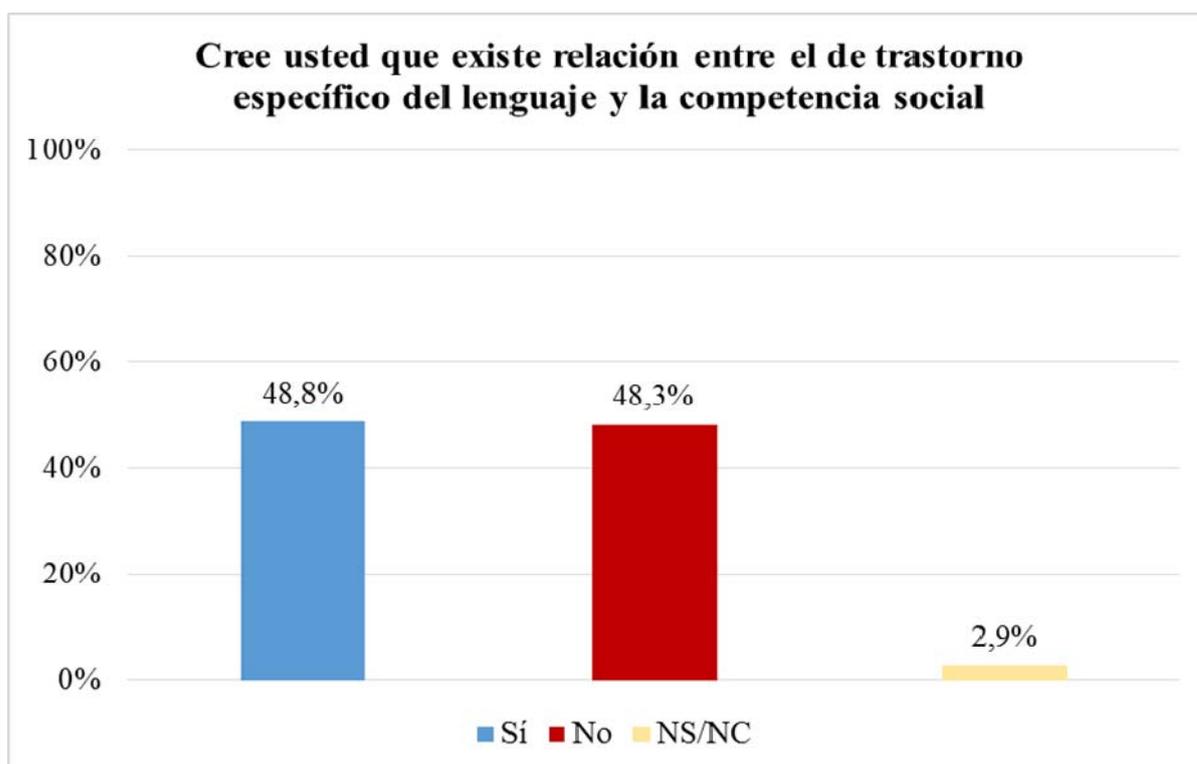


**TABLA 7**

**Cree usted que existe relación entre el de trastorno específico del lenguaje y la competencia social**

ÍTEM 4	N	Porcentaje
Sí	101	48,8%
No	100	48,3%
NS/NC	6	2,9%

**GRÁFICO 7**



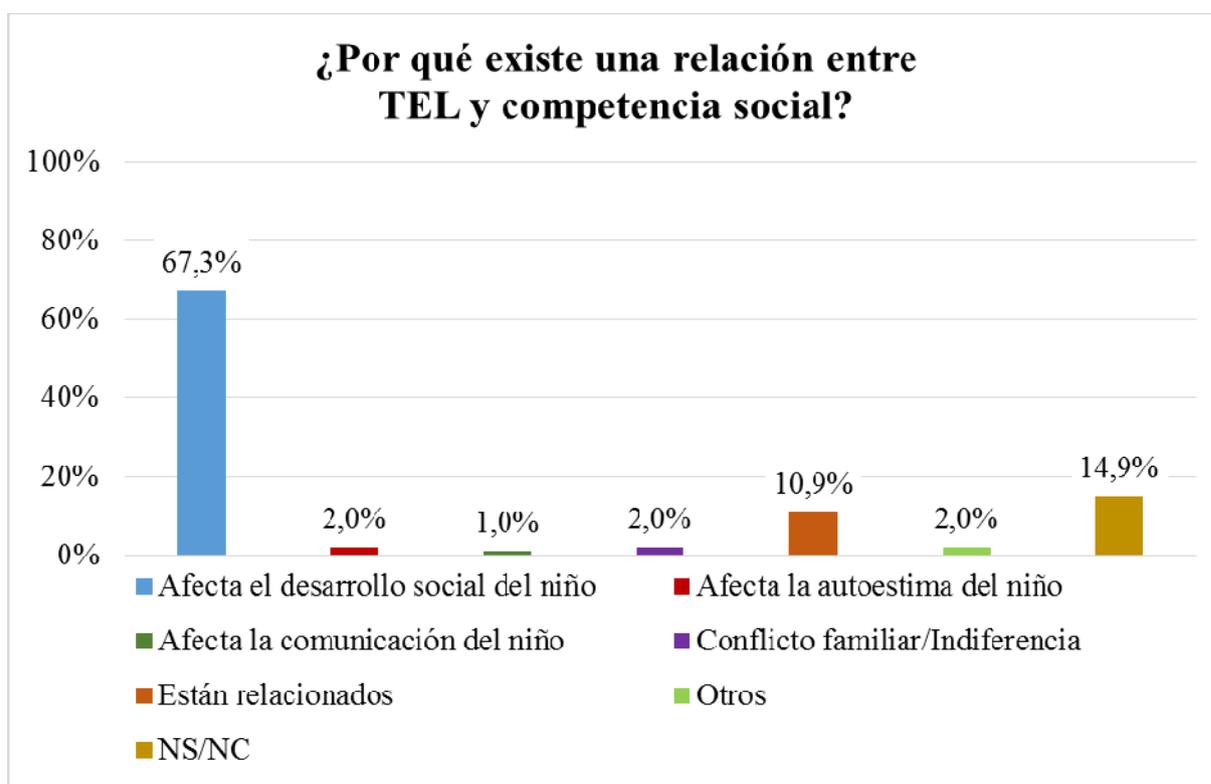
Considerar que el trastorno específico del lenguaje no está asociado de manera negativa y en alguna medida a las relaciones sociales lleva a no tomar ninguna acción preventiva para ayudar a estos niños a superar esas dificultades sociales que, en la mayoría de los casos, está presente.

**TABLA 7.1**

**¿Por qué existe una relación entre TEL y competencia social?:**

<b>ÍTEM 4</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Afecta el desarrollo social del niño	68	67,3%
Afecta la autoestima del niño	2	2,0%
Afecta la comunicación del niño	1	1,0%
Conflicto familiar/Indiferencia	2	2,0%
Están relacionados	11	10,9%
Otros	2	2,0%
NS/NC	15	14,9%

**GRÁFICO 7.1**

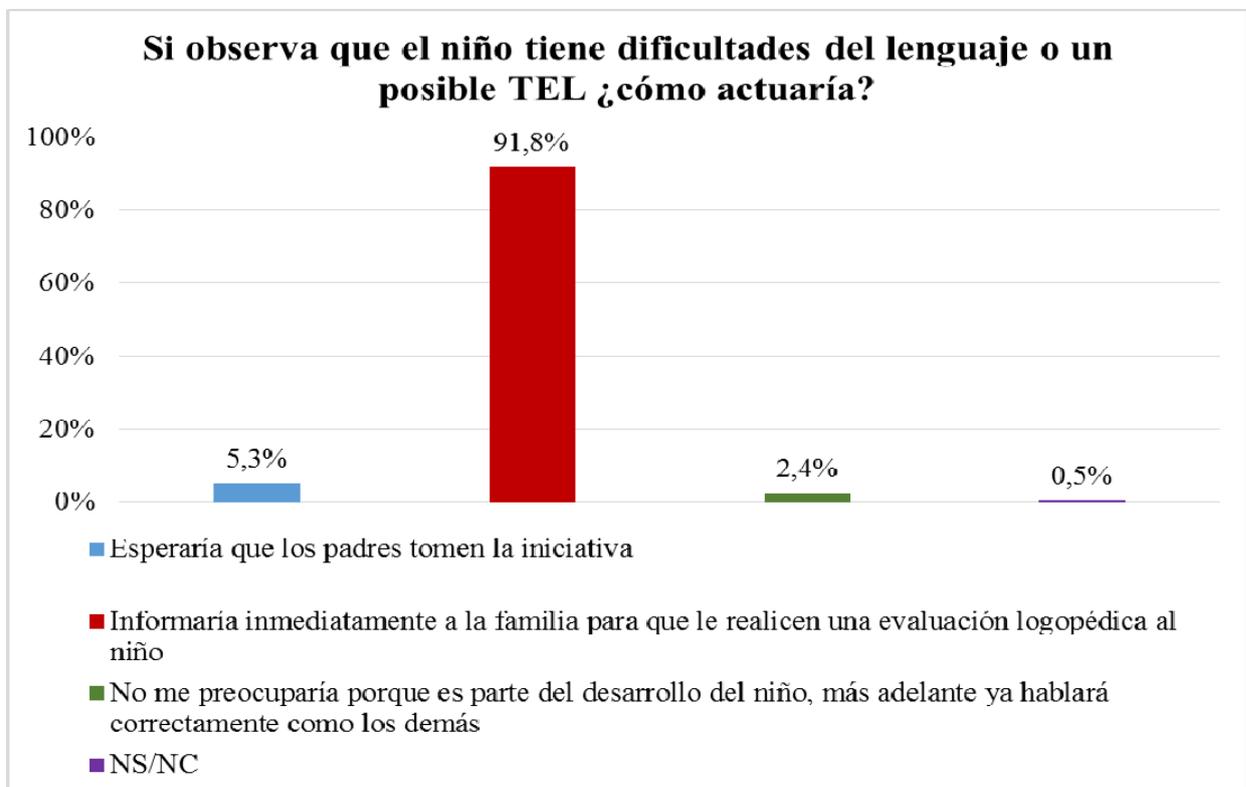


**TABLA 8**

**Si observa que el niño tiene dificultades del lenguaje o un posible TEL ¿cómo actuaría?**

<b>ÍTEM 5</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Esperaría que los padres tomen la iniciativa	11	5,3%
Informaría inmediatamente a la familia para que le realicen una evaluación logopédica al niño	190	91,8%
No me preocuparía porque es parte del desarrollo del niño, más adelante ya hablará correctamente como los demás	5	2,4%
NS/NC	1	0,5%

**GRÁFICA 8**

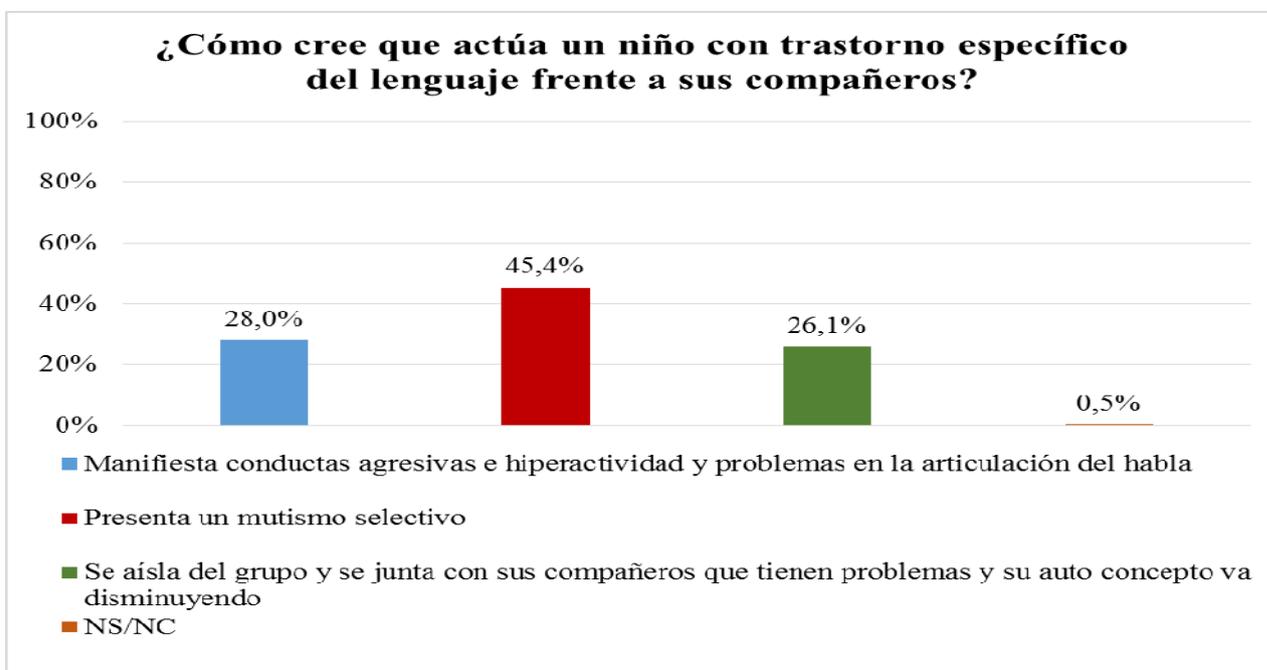


**TABLA 9**

**¿Cómo cree que actúa un niño con trastorno específico del lenguaje frente a sus compañeros?**

<b>ÍTEM 6</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Manifiesta conductas agresivas e hiperactividad y problemas en la articulación del habla	58	28,0%
Presenta un mutismo selectivo	94	45,4%
Se aísla del grupo y se junta con sus compañeros que tienen problemas y su auto concepto va disminuyendo	54	26,1%
NS/NC	1	0,5%

**GRÁFICO 9**



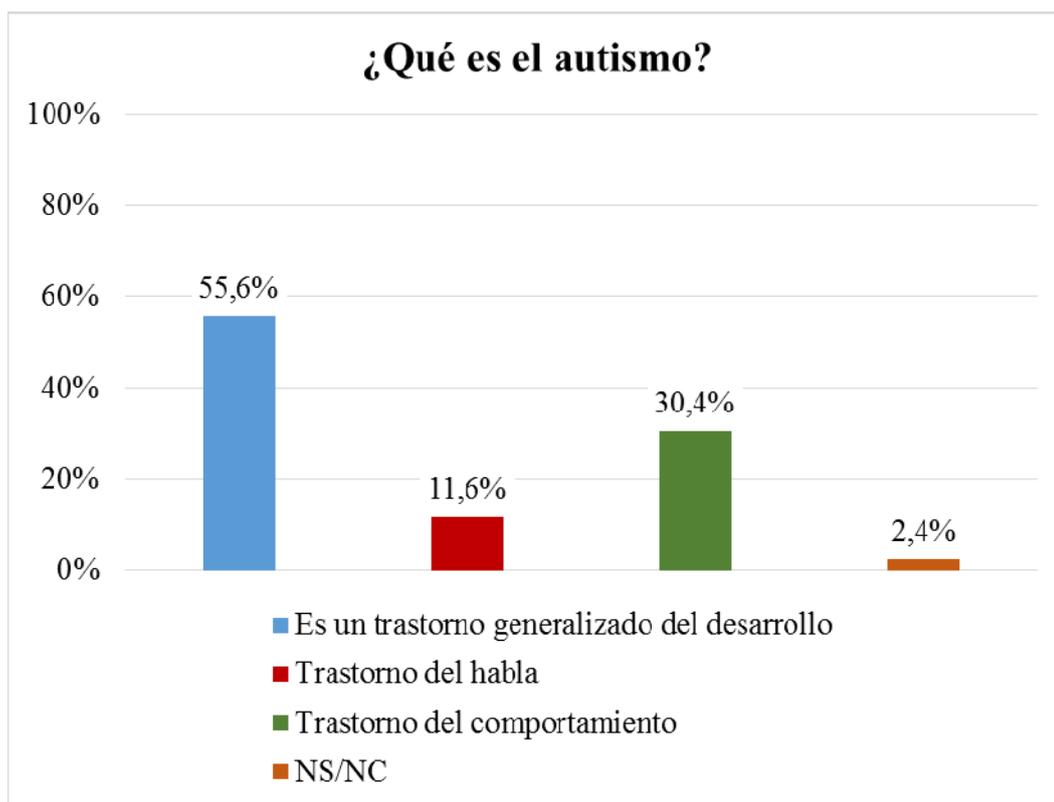
Las dos primeras respuestas, que representan más del 70%, indican otra vez el gran desconocimiento que se tiene de este trastorno, que, se insiste, es el más frecuente en la escuela.

**TABLA 10**

**¿Qué es el autismo?**

ÍTEM 7	N	Porcentaje
Es un trastorno generalizado del desarrollo	115	55,60%
Trastorno del habla	24	11,60%
Trastorno del comportamiento	63	30,40%
NS/NC	5	2,40%

**GRÁFICO 10**



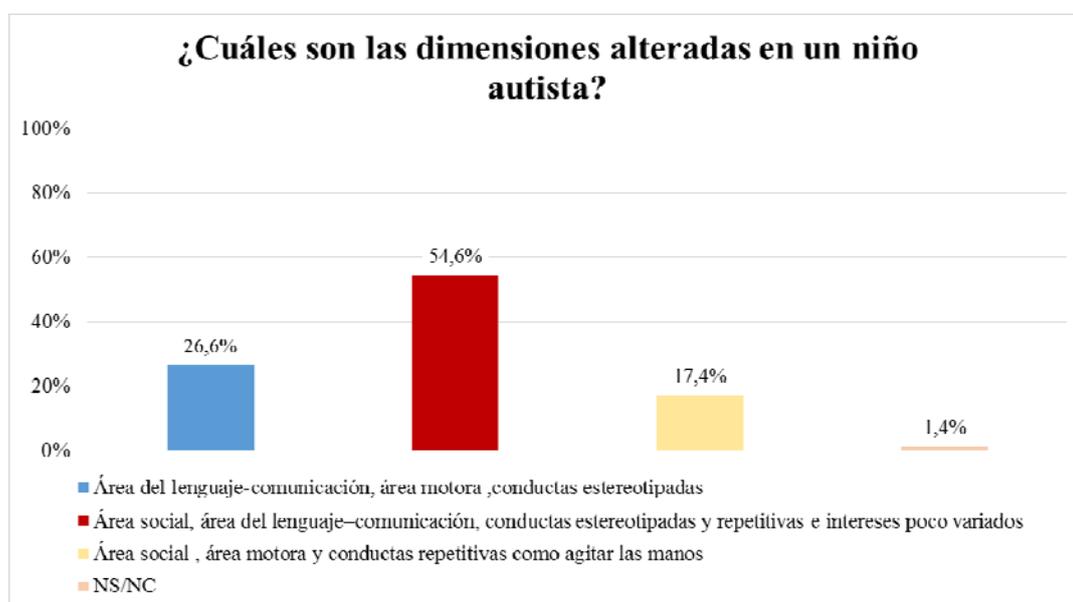
Aunque sea casi testimonial, considerar que el autismo es un trastorno de habla, puede derivar en decisiones didácticas y pedagógicas absolutamente erróneas, que, en el mejor de los casos, serían inútiles para estos niños.

**TABLA 11**

**¿Cuáles son las dimensiones alteradas en un niño autista?**

<b>ÍTEM 8</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Área del lenguaje-comunicación, área motora, conductas estereotipadas	55	26,6%
Área social, área del lenguaje-comunicación, conductas estereotipadas y repetitivas e intereses poco variados	113	54,6%
Área social, área motora y conductas repetitivas como agitar las manos	36	17,4%
NS/NC	3	1,4%

**GRÁFICO 11**



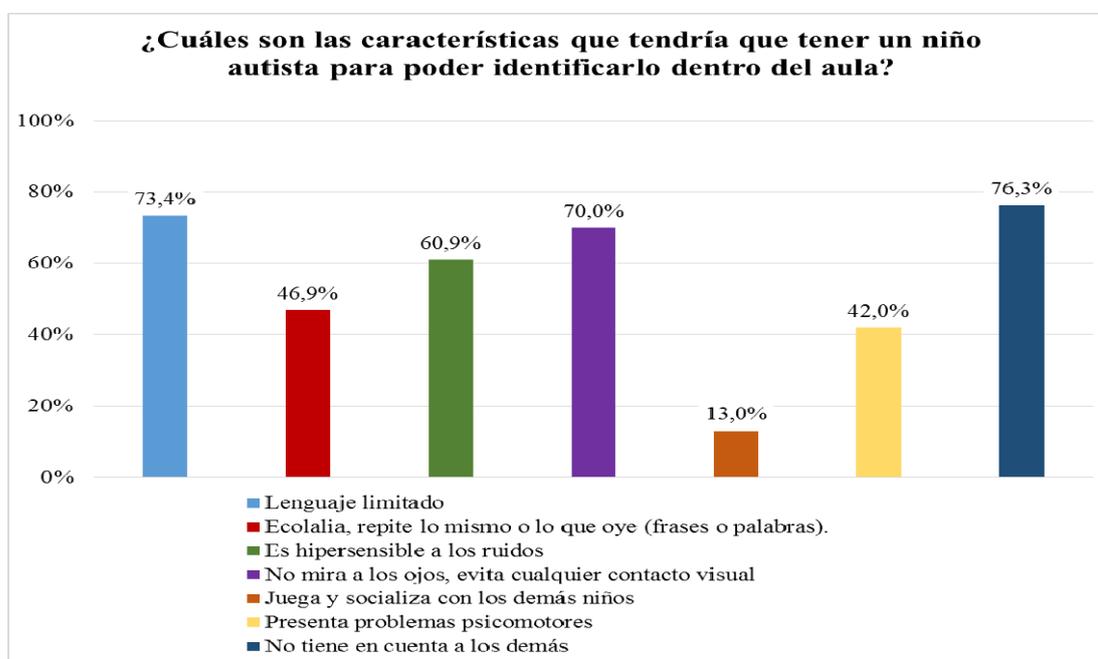
Casi la mitad de los docentes peruanos no conocen los tres ámbitos de conductas que caracterizan a los niños con autismo.

**TABLA 12**

**¿Cuáles son las características que tendría que tener un niño autista para poder identificarlo dentro del aula?**

<b>ÍTEM 9</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Lenguaje limitado	152	73,4%
Ecolalia, repite lo mismo o lo que oye (frases o palabras).	97	46,9%
Es hipersensible a los ruidos	126	60,9%
No mira a los ojos, evita cualquier contacto visual	145	70,0%
Juega y socializa con los demás niños	27	13,0%
Presenta problemas psicomotores	87	42,0%
No tiene en cuenta a los demás	158	76,3%

**GRÁFICO 12**

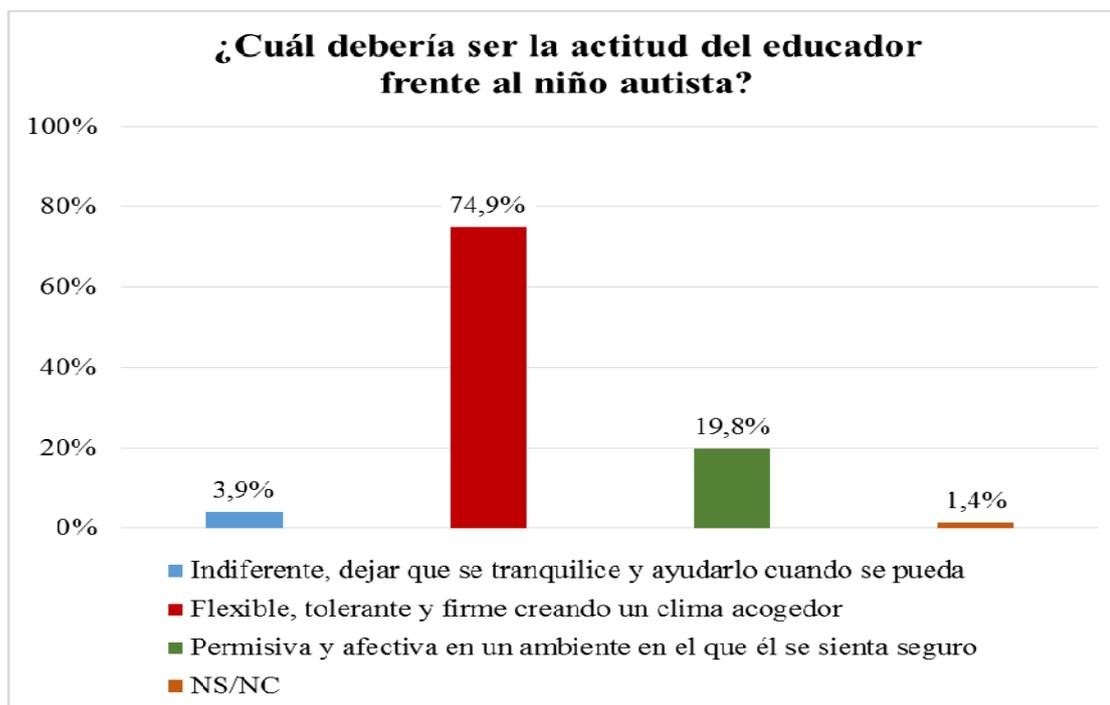


**TABLA 13**

**¿Cuál debería ser la actitud del educador frente al niño autista?**

<b>ÍTEM 10</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Indiferente, dejar que se tranquilice y ayudarlo cuando se pueda	8	3,9%
Flexible, tolerante y firme creando un clima acogedor	155	74,9%
Permisiva y afectiva en un ambiente en el que él se sienta seguro	41	19,8%
NS/NC	3	1,4%

**GRÁFICO 13**



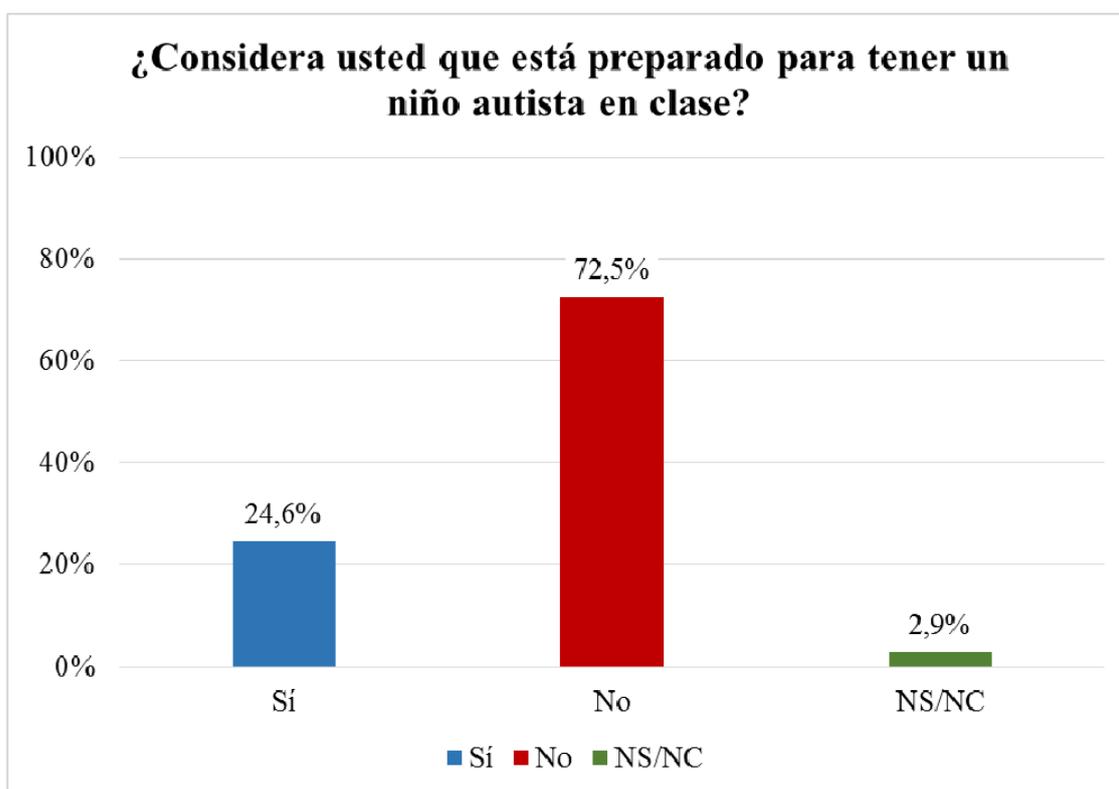
Sin embargo, a pesar de su aparente desconocimiento, los docentes peruanos tendrían una actitud educativa correcta, positiva y eficaz con los niños con autismo.

**TABLA 14**

**¿Considera usted que está preparado para tener un niño autista en clase?**

<b>ÍTEM 11</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	51	24,6%
No	150	72,5%
NS/NC	6	2,9%

**GRÁFICO 14**

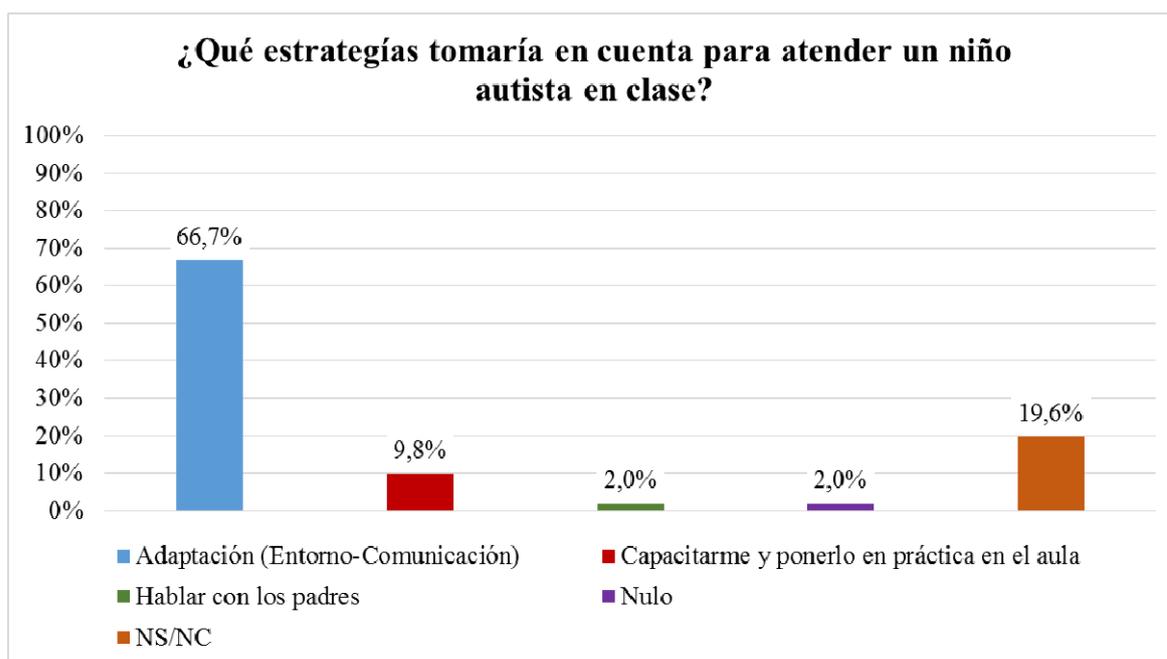


**TABLA 14.1**

**¿Qué estrategias tomaría en cuenta?**

<b>ÍTEM 11</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Adaptación (Entorno-Comunicación)	34	66,7%
Capacitarme y ponerlo en práctica en el aula	5	9,8%
Hablar con los padres	1	2,0%
Nulo	1	2,0%
NS/NC	10	19,6%

**GRÁFICO 14.1**

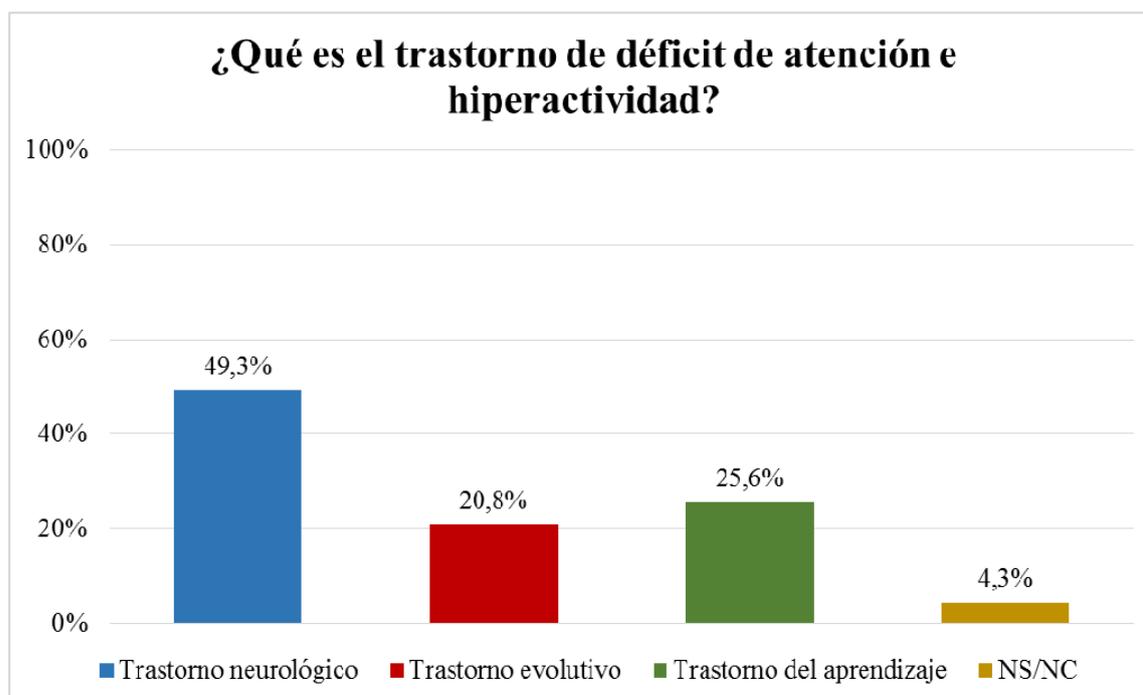


**TABLA 15**

**¿Qué es el trastorno de déficit de atención e hiperactividad?**

<b>ÍTEM 12</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Trastorno neurológico	102	49,3%
Trastorno evolutivo	43	20,8%
Trastorno del aprendizaje	53	25,6%
NS/NC	9	4,3%

**GRÁFICO 15**

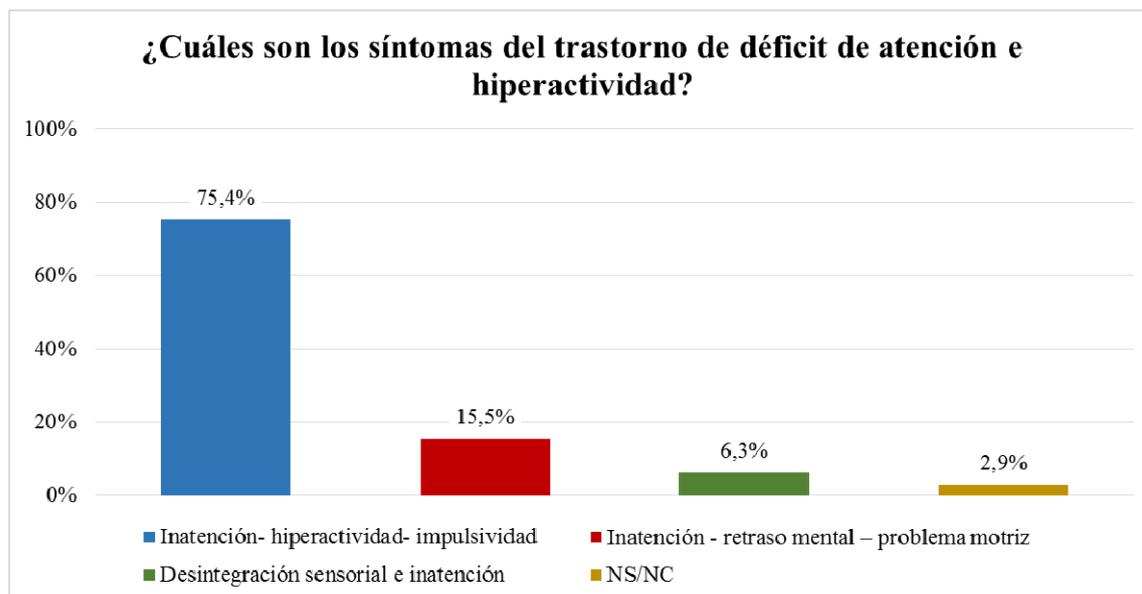


**TABLA 16**

**¿Cuáles son los síntomas?**

<b>ÍTEM 13</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Inatención, hiperactividad e impulsividad	156	75,4%
Inatención, retraso mental y problema motriz	32	15,5%
Desintegración sensorial e inatención	13	6,3%
NS/NC	6	2,9%

**GRÁFICO 16**

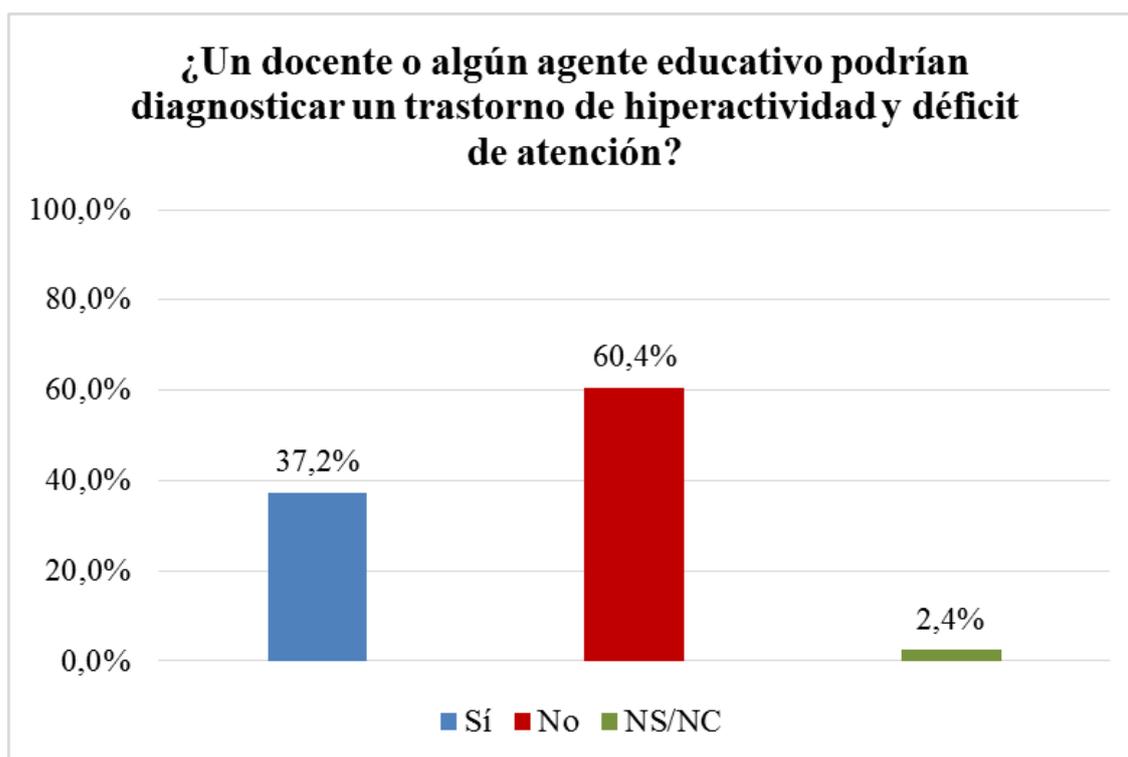


**TABLA 17**

**¿Un docente o algún agente educativo podrían diagnosticar un trastorno de hiperactividad y déficit de atención?**

ÍTEM 14	N	Porcentaje
Sí	77	37,2%
No	125	60,4%
NS/NC	5	2,4%

**GRÁFICO 17**

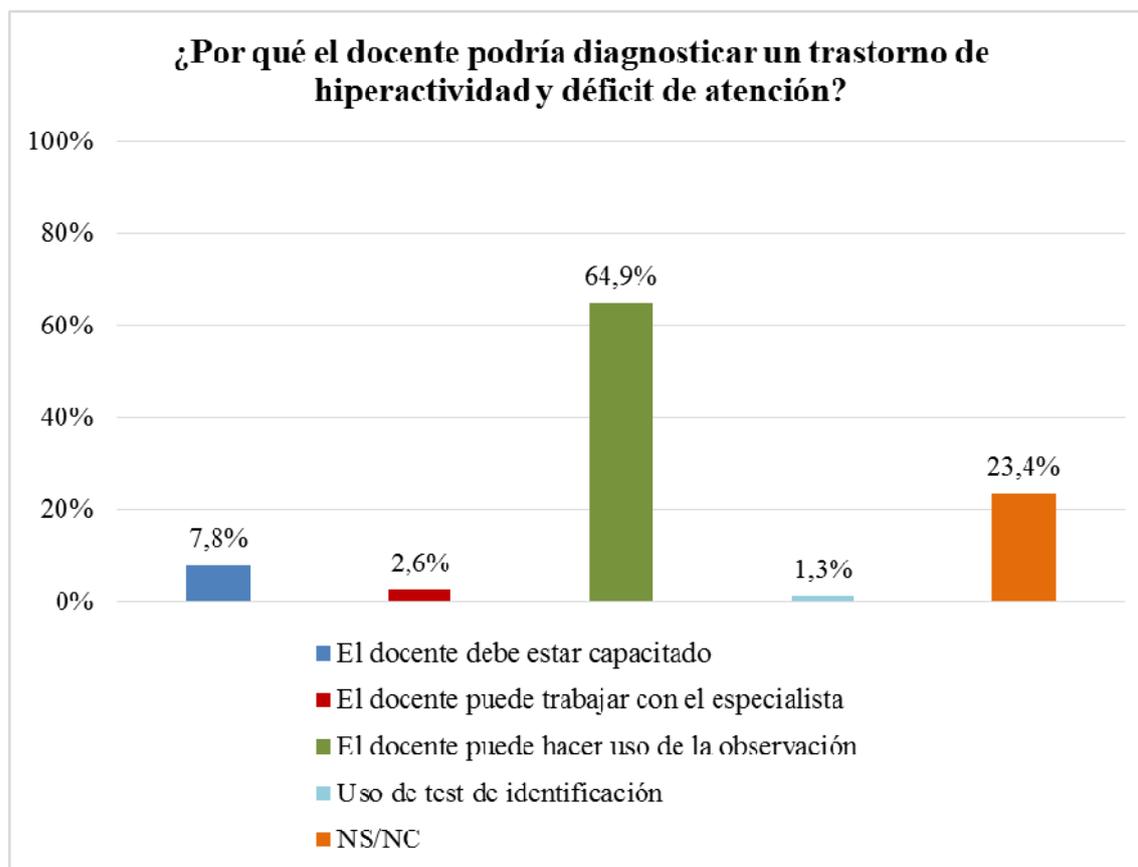


**TABLA 17.1**

**¿Por qué los docentes SÍ podrían diagnosticar?**

<b>ÍTEM 14</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
El docente debe estar capacitado	6	7,8%
El docente puede trabajar con el especialista	2	2,6%
El docente puede hacer uso de la observación	50	64,9%
Uso de test de identificación	1	1,3%
NS/NC	18	23,4%

**GRÁFICO 17.1**

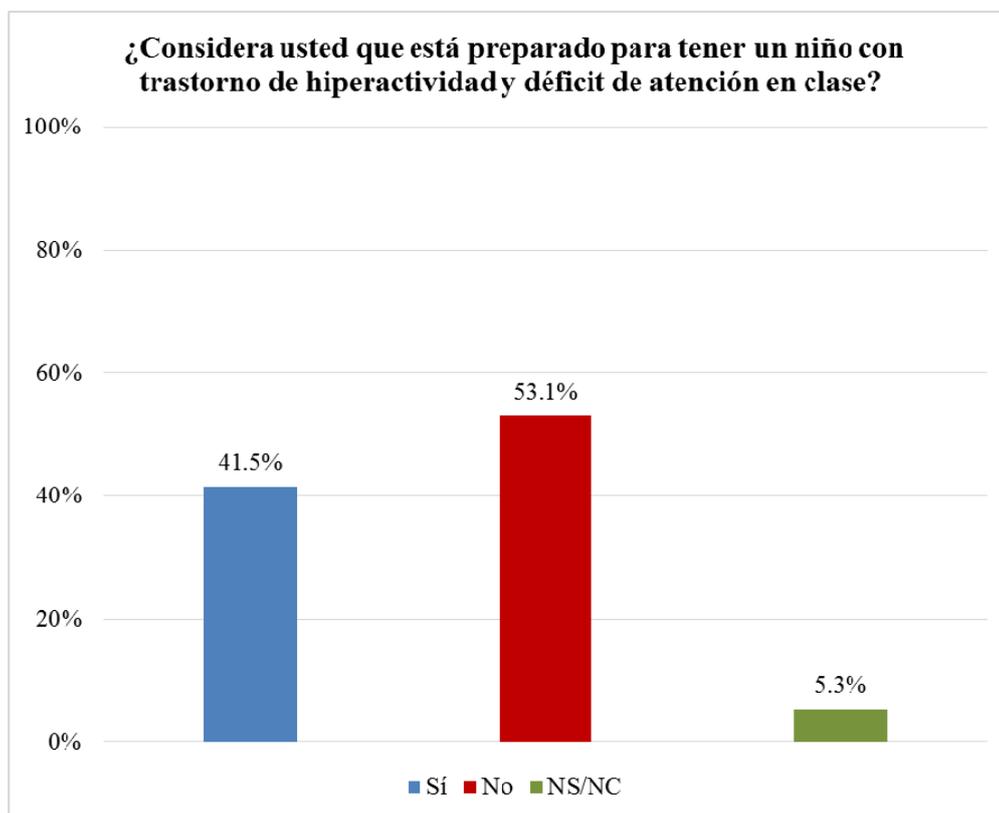


**TABLA 18**

**¿Considera usted que está preparado para tener un niño con trastorno de hiperactividad y déficit de atención en clase?**

<b>ÍTEM 15</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	86	41.5%
No	110	53.1%
NS/NC	11	5.3%

**GRÁFICO 18**

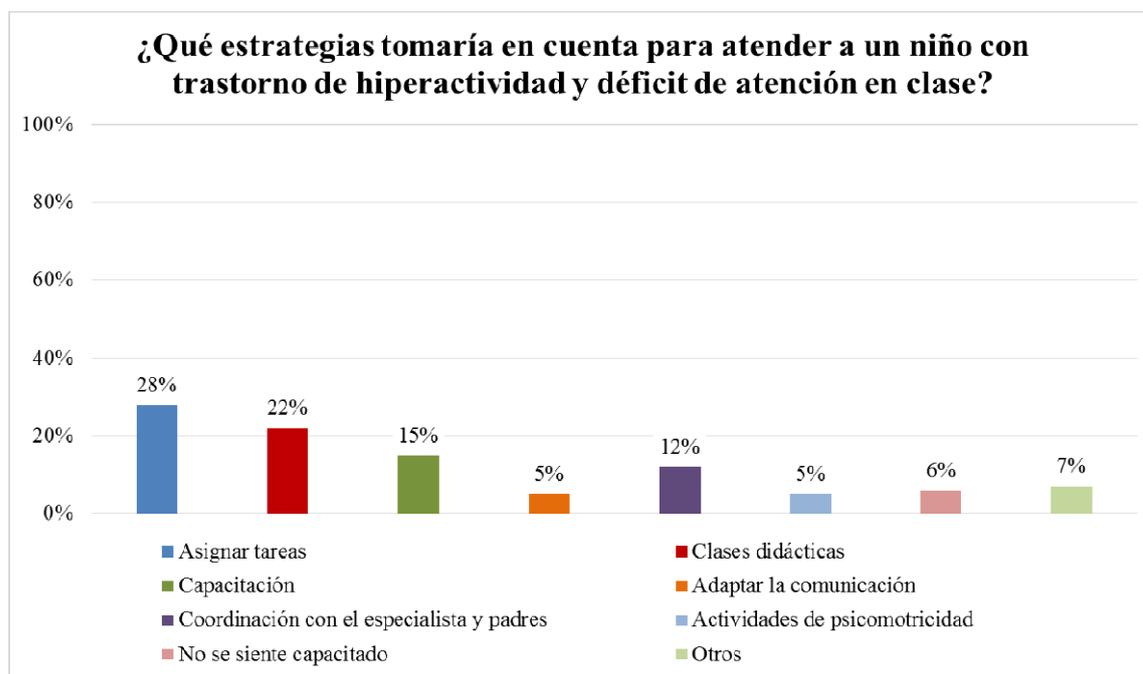


**TABLA 18.1**

**¿Qué estrategias tomaría en cuenta?**

<b>ÍTEM 15</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Asignar tareas / responsabilidades	24	28%
Clases didácticas	19	22%
Capacitación	13	15%
Adaptar la comunicación	4	5%
Coordinación con el especialista y padres	10	12%
Actividades de psicomotricidad	4	5%
No se siente capacitado	5	6%
Otros	6	7%

**GRÁFICO 18.1**

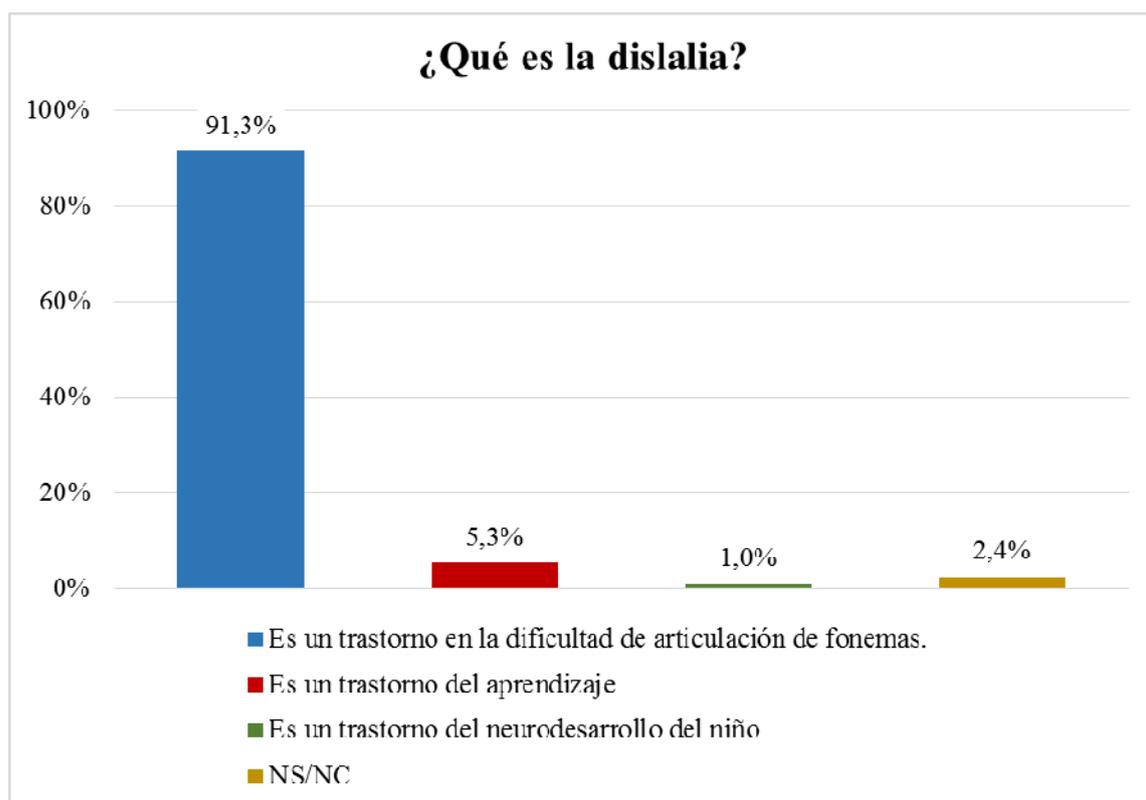


**TABLA 19**

**¿Qué es la dislalia?**

<b>ÍTEM 16</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Es un trastorno en la dificultad de articulación de fonemas.	189	91,3%
Es un trastorno del aprendizaje	11	5,3%
Es un trastorno del neurodesarrollo del niño	2	1,0%
NS/NC	5	2,4%

**GRÁFICO 19**



**TABLA 20**

**¿Qué es la dislexia?**

<b>ÍTEM 17</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Es un trastorno sólo de la lectura	44	21,26%
Es un trastorno del aprendizaje de la lectoescritura	130	62,80%
Es un trastorno sólo de la escritura	26	12,56%
NS/NC	7	3,38%

**GRÁFICO 20**

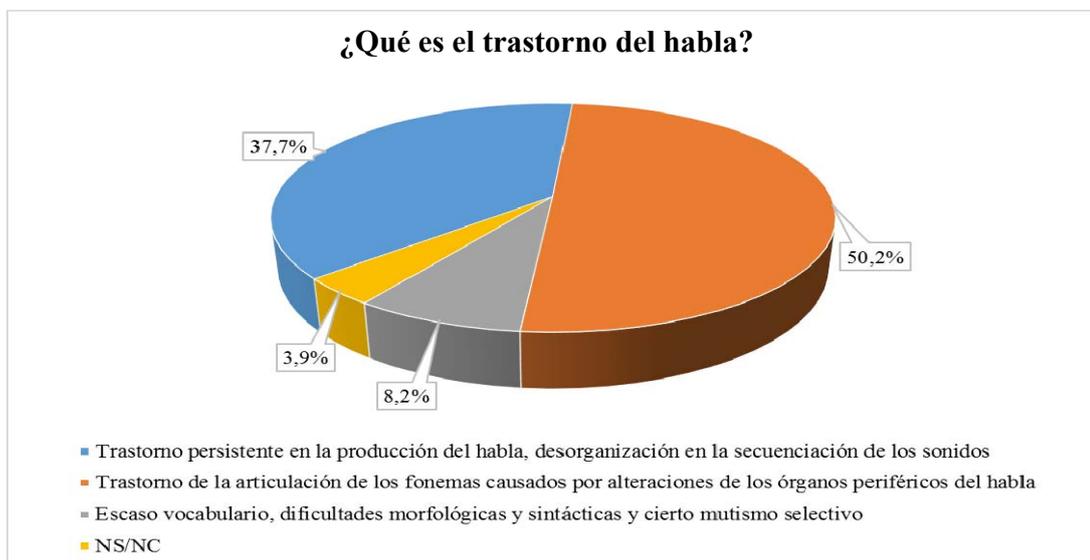


**TABLA 21**

**¿Qué es un trastorno del habla?**

<b>ÍTEM 18</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Trastorno persistente en la producción del habla, desorganización en la secuenciación de los sonidos	78	37,7%
Trastorno de la articulación de los fonemas causados por alteraciones de los órganos periféricos del habla	104	50,2%
Escaso vocabulario, dificultades morfológicas y sintácticas y cierto mutismo selectivo	17	8,2%
NS/NC	8	3,9%

**GRÁFICO 21**



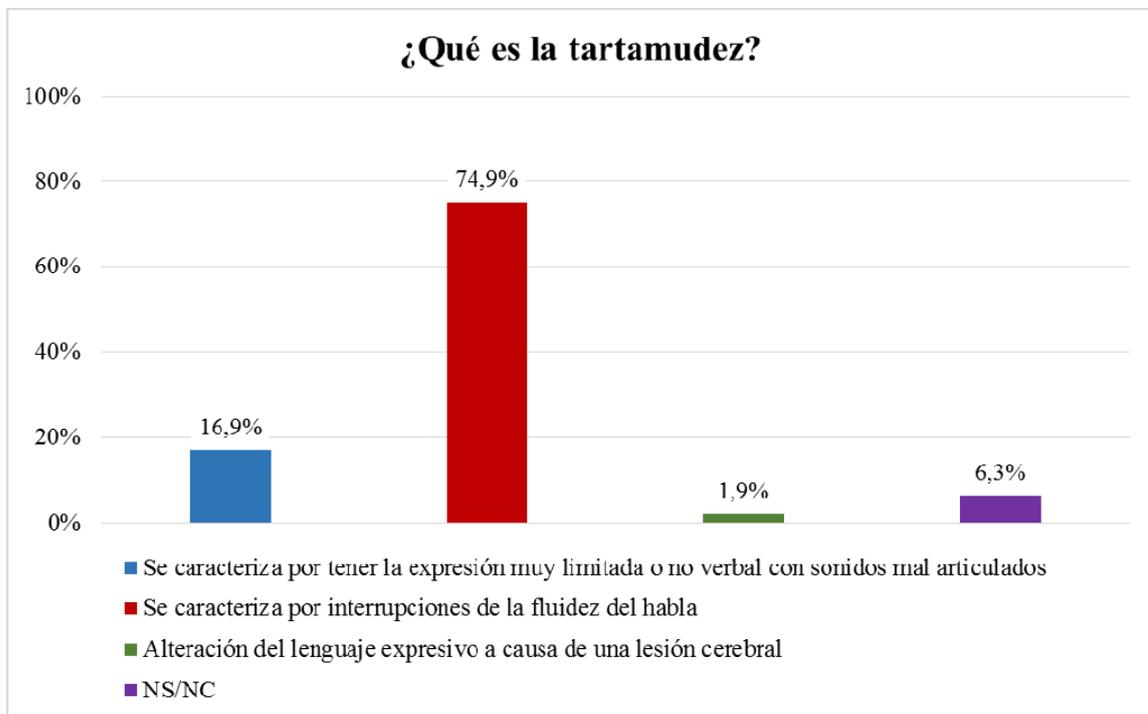
La consideración de las dificultades de habla debidas a malformaciones de los órganos de la articulación, que reciben el nombre de disglosias, está bastante extendido. Sería interesante una aclaración terminológica para no caer en errores diagnósticos.

**TABLA 22**

**¿Qué es la tartamudez?**

<b>ÍTEM 19</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Se caracteriza por tener la expresión muy limitada o no verbal con sonidos mal articulados	35	16,9%
Se caracteriza por interrupciones de la fluidez del habla	155	74,9%
Alteración del lenguaje expresivo a causa de una lesión cerebral	4	1,9%
NS/NC	13	6,3%

**GRÁFICO 22**

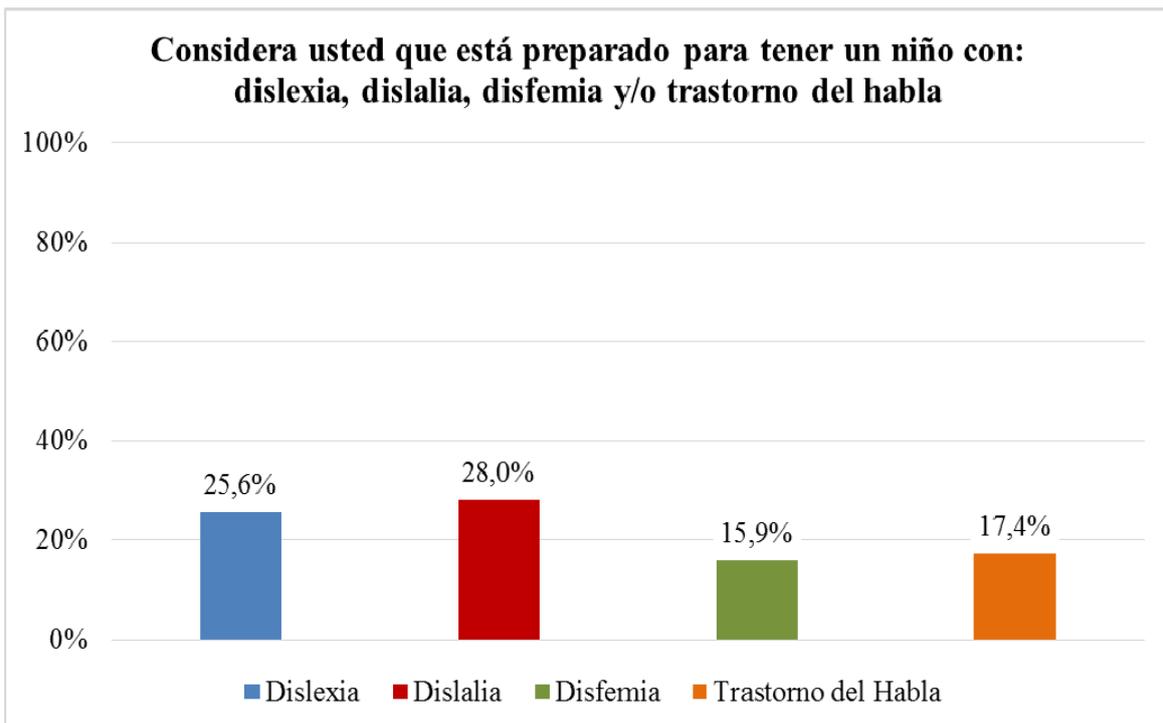


**TABLA 23**

**Considera usted que está preparado para tener un niño con: dislexia, dislalia, tartamudez o trastorno del habla.**

<b>ÍTEM 20</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Dislexia	53	25,6%
Dislalia	58	28,0%
Tartamudez	33	15,9%
Trastorno del Habla	36	17,4%

**GRÁFICO 23**



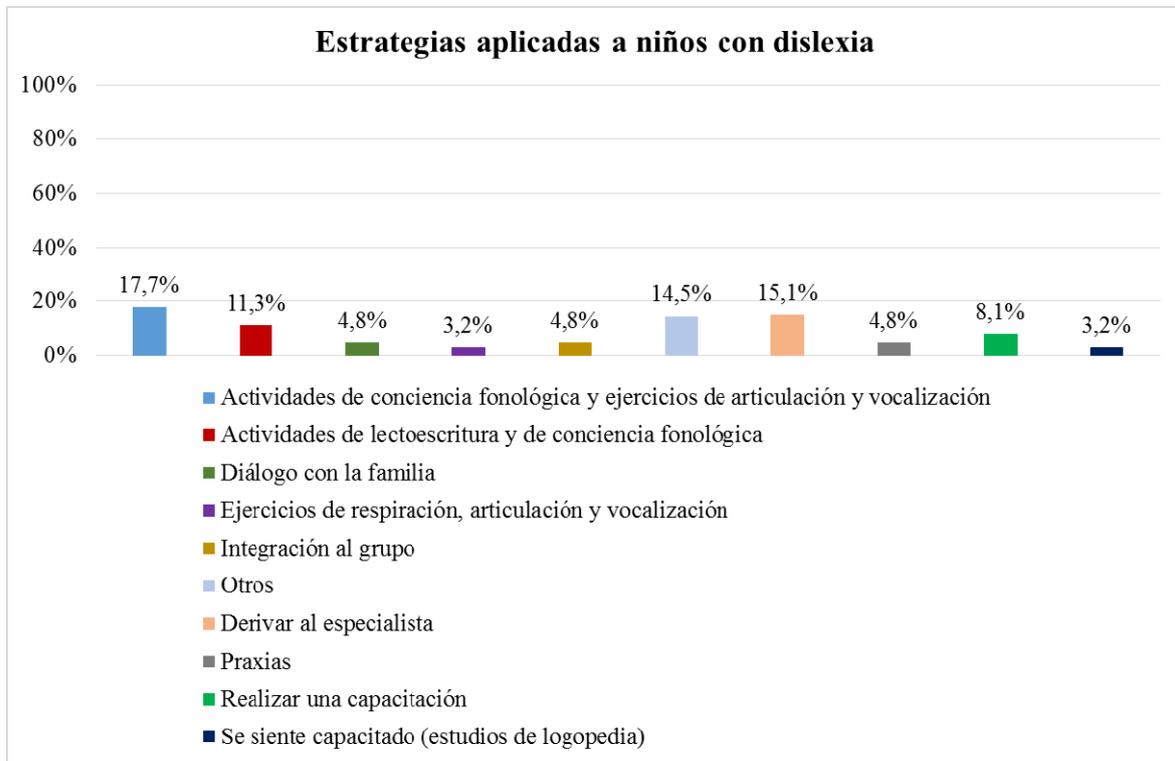
**TABLA 23.1**

**ÍTEM 20 ¿Qué estrategia aplicaría?**

<b>Estrategias</b>	<b>Dislexia</b>		<b>Dislalia</b>		<b>Tartamudez</b>		<b>Trastorno del habla</b>	
	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Actividades de conciencia fonológica y ejercicios de articulación y vocalización	11	17,7	8	12,3	5	12,8	4	9,8
Actividades de lectoescritura y de conciencia fonológica	7	11,3	2	3,1	1	2,6	2	4,9
Diálogo con la familia	3	4,8	2	3,1	2	5,1	3	7,3
Ejercicios de respiración, articulación y vocalización	2	3,2	7	10,8	3	7,7	2	4,9
Integración al grupo	3	4,8	5	7,7	3	7,7	3	7,3
Otros	9	14,5	7	10,8	2	5,1	4	9,8
Derivar al especialista	8	15,1	9	15,5	6	18,2	5	13,9
Praxias	3	4,8	6	9,2	3	7,7	3	7,3
Realizar una capacitación *	5	8,1	9	13,8	6	15,4	6	14,6
Se siente capacitado (estudios de logopedia)	2	3,2	3	4,6	2	5,1	4	9,8

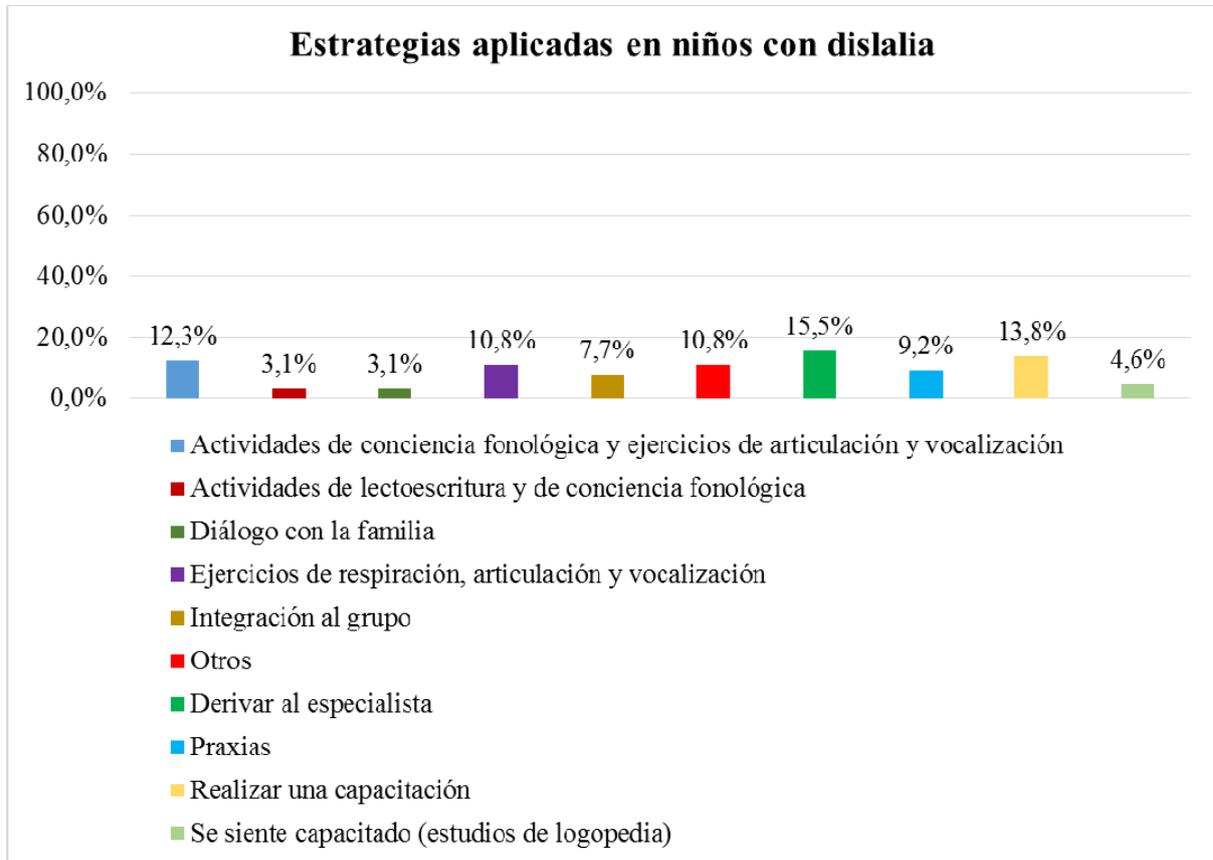
(\*) Los encuestados indicaron que primero realizarán una capacitación.

**GRÁFICO 23.1**



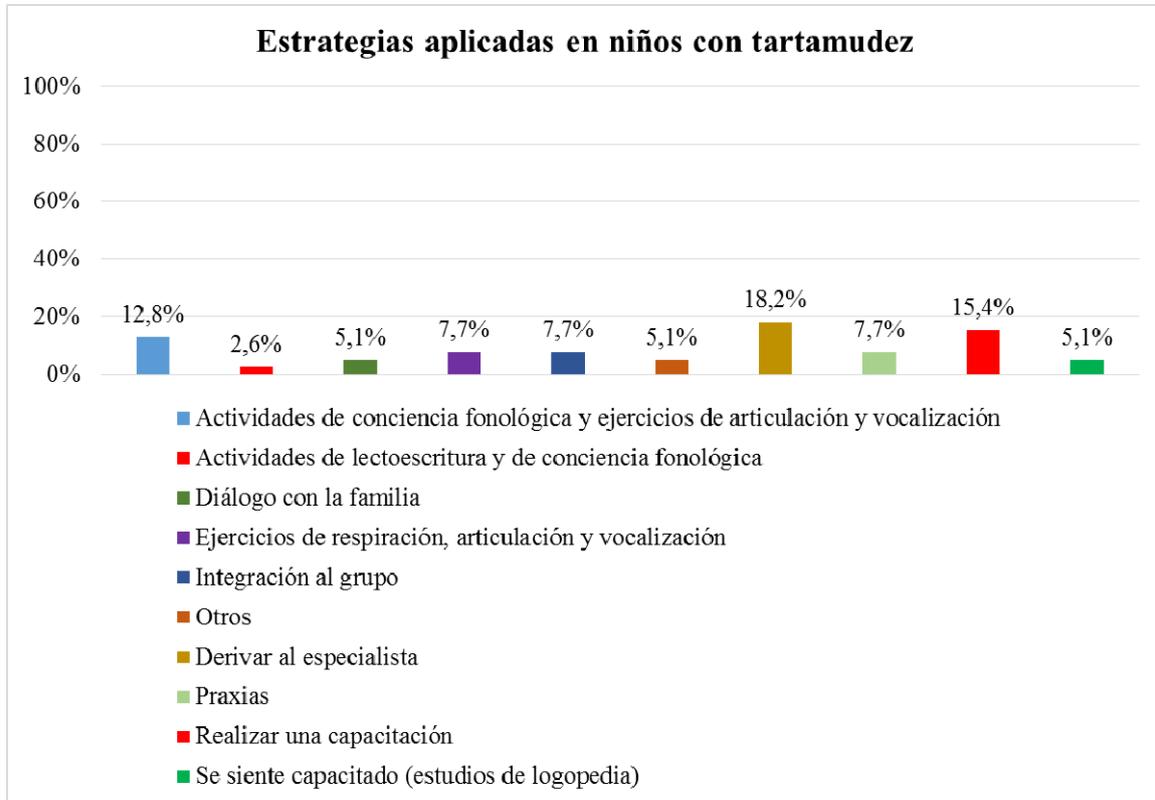
Como se puede observar hay más de un 11% de profesores que no han respondido adecuadamente a la pregunta. Son los que han respondido que realizarían una capacitación o que se sienten capacitados. Así mismo hay un 15,1% que derivaría el caso a un especialista, lo cual tampoco es una estrategia frente a este trastorno de aprendizaje.

GRÁFICO 23.2



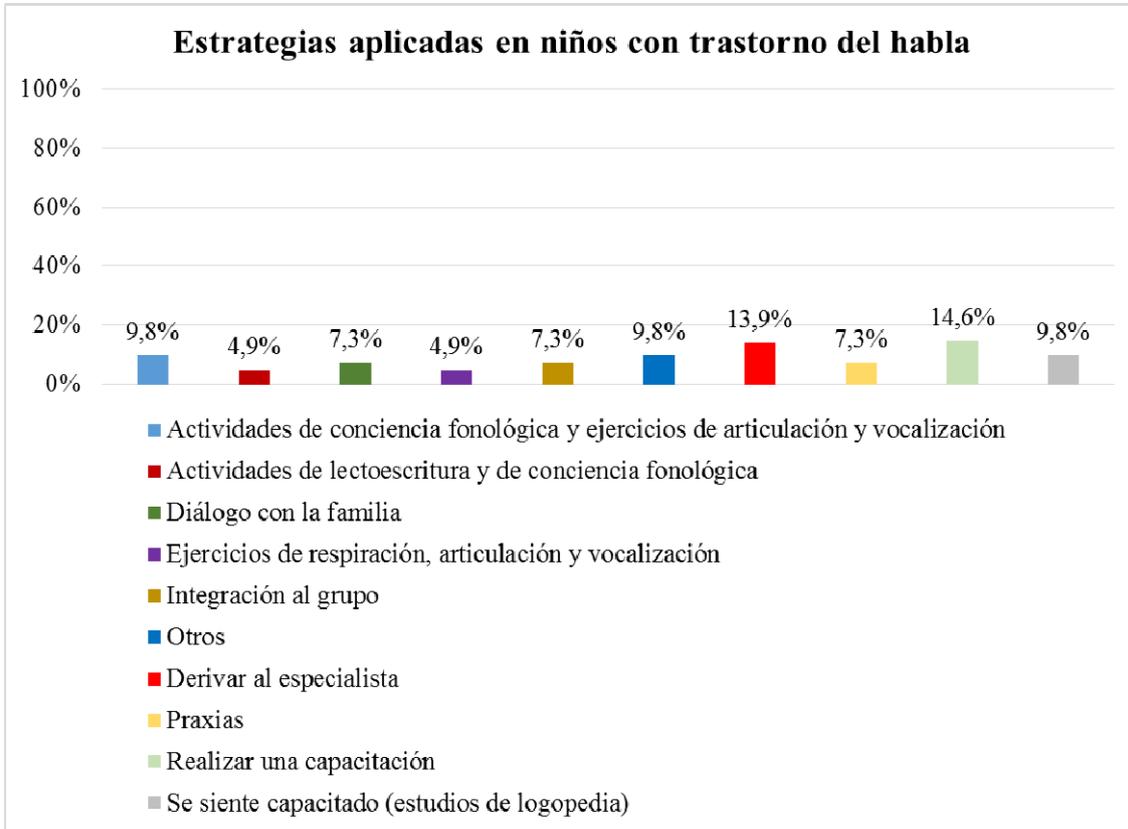
Un 33,9 % de los docentes tampoco respondieron correctamente a la interrogante ya que consideran como estrategias, derivar al especialista, realizar una capacitación y algunos se sienten capacitados porque manifiestan que tienen estudios de logopedia.

**GRÁFICO 23.3**



Un 38,7 % al igual que el cuadro anterior considera que utilizarían como estrategia frente a la tartamudez derivar al especialista, realizar una capacitación además de sentirse preparados para ayudar a estos niños ya que recibieron estudios en logopedia.

**GRÁFICO 23.4**



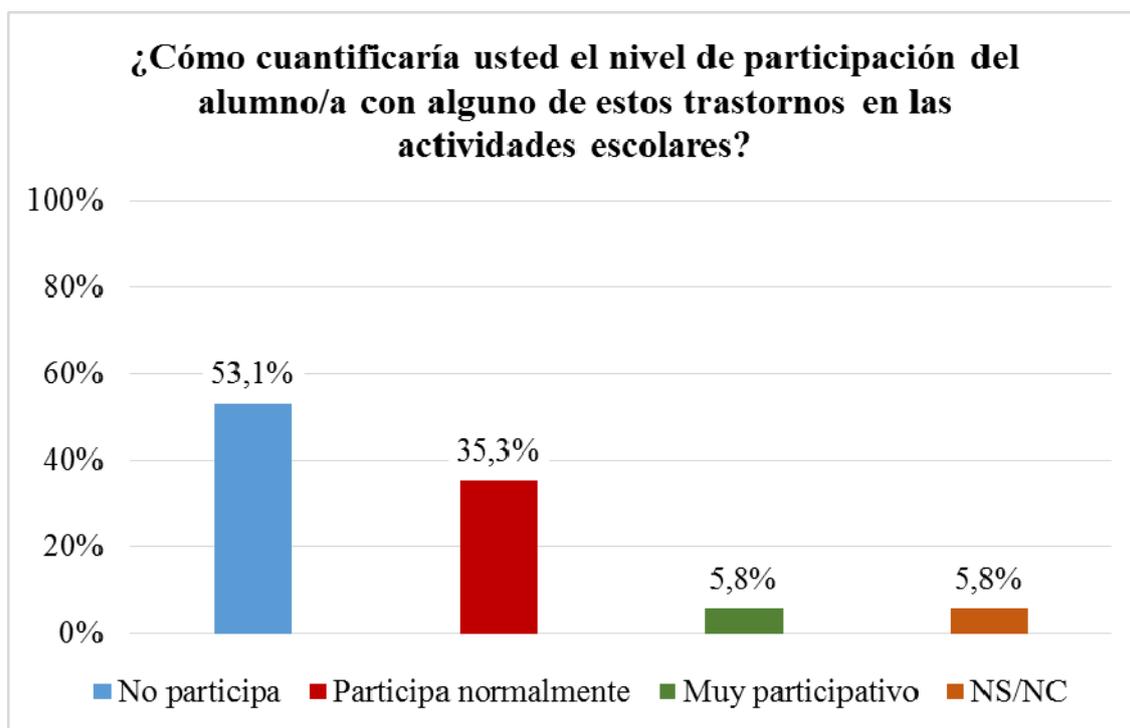
Existe un 38,3% de los docentes que no respondieron a la interrogante, también se observa que existe un mayor porcentaje en este cuadro de profesores que recibieron estudios en logopedia y que se sienten capacitados para tener en sus aulas a niños con trastornos del habla a comparación de los cuadros anteriores.

**TABLA 24**

**¿Cómo cuantificaría usted el nivel de participación del alumno con alguno de estos trastornos en las actividades escolares?**

<b>ÍTEM 21</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
No participa	110	53,1%
Participa normalmente	73	35,3%
Muy participativo	12	5,8%
NS/NC	12	5,8%

**GRÁFICO 24**



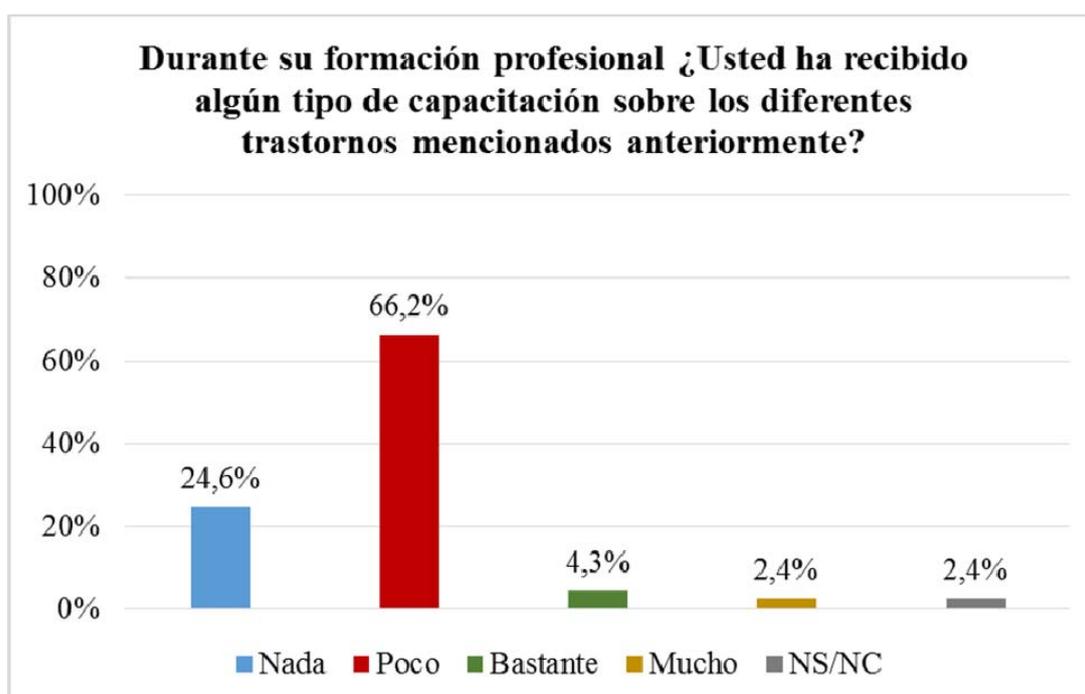
La situación parece grave, ya que más de la mitad de los docentes constatan que los niños con dificultades no participan. ¿Hacen algo ellos para ayudarles?

**TABLA 25**

**Durante su formación profesional ¿usted ha recibido algún tipo de capacitación sobre los diferentes trastornos mencionados anteriormente?**

ÍTEM 22	N	Porcentaje
Nada	51	24,6%
Poco	137	66,2%
Bastante	9	4,3%
Mucho	5	2,4%
NS/NC	5	2,4%

**GRÁFICO 25**



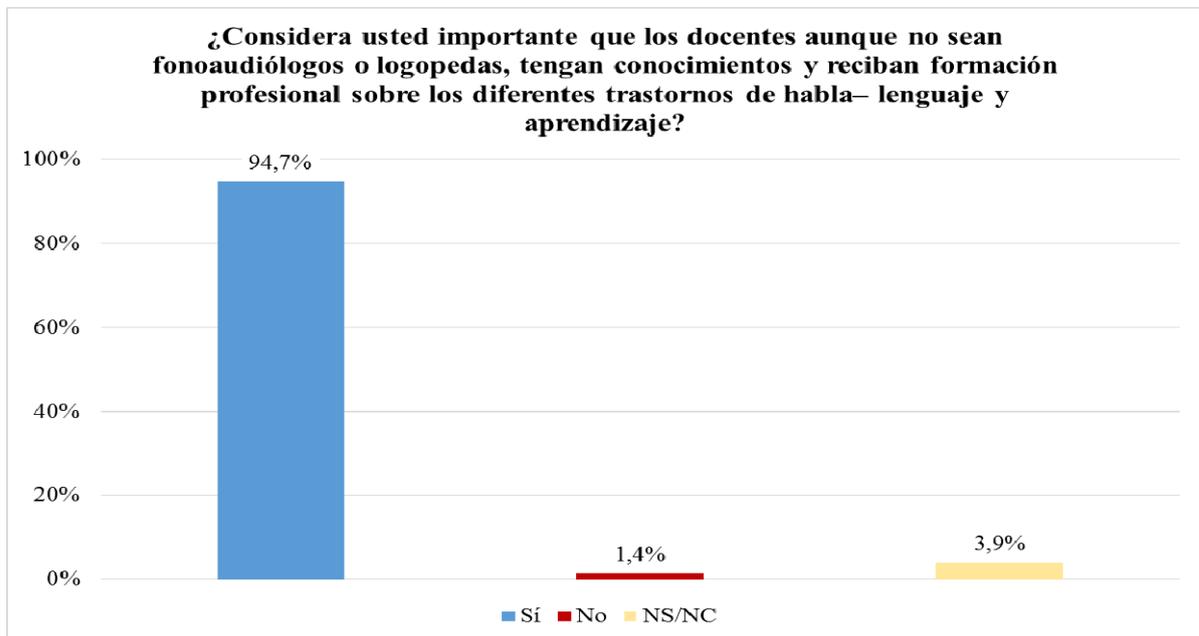
Más del 90% de los docentes responde que han recibido poca o ninguna formación sobre estos niños.

**TABLA 26**

**¿Considera usted importante que los docentes, aunque no sean fonoaudiólogos o logopedas, tengan conocimientos y reciban formación profesional sobre los diferentes trastornos de habla – lenguaje y aprendizaje?**

ÍTEM 23	N	Porcentaje
Sí	196	94,7%
No	3	1,4%
NS/NC	8	3,9%

**GRÁFICO 26**

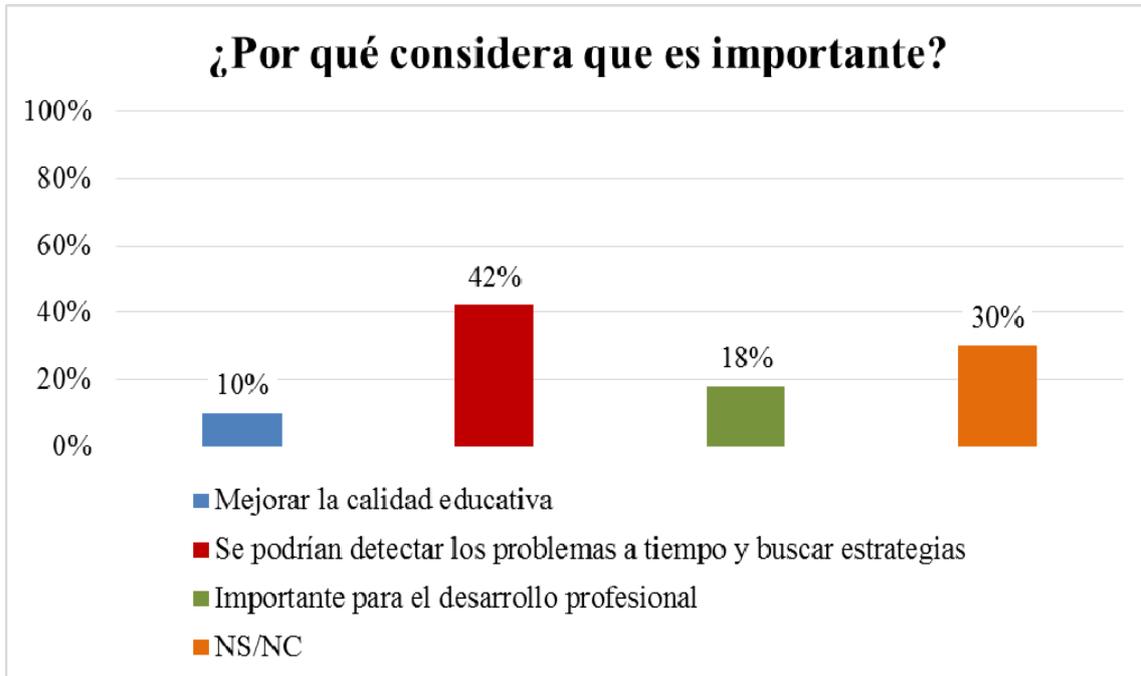


**TABLA 26.1**

**¿Por qué considera que es importante?**

<b>ÍTEM 23</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Mejorar la calidad educativa	19	10%
Se podrían detectar los problemas a tiempo y buscar estrategias	83	42%
Importante para el desarrollo profesional	35	18%
NS/NC	59	30%

**GRÁFICO 26.1**



## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Los estudios acerca del conocimiento de los trastornos del lenguaje y de la atención por parte de los docentes, y de la percepción que tienen de su preparación para afrontarlos son escasos en la literatura o aún no se han realizado las publicaciones correspondientes.

Este estudio ha demostrado que los docentes peruanos no han recibido una formación adecuada a la realidad de los niños que se van a encontrar en el aula, entre los que habrá niños con trastornos muchos de ellos con una notable frecuencia.

Se van a tratar los resultados obtenidos dividiéndolos en dos secciones.

### *A.-Conocimiento sobre trastornos de lenguaje y déficit de atención y estrategias aplicadas*

Un 30,4% considera que el TEL es un trastorno generalizado del desarrollo, categoría en la que el DSM-IV incluye a los autistas, y un 23,7% considera que el TEL es un trastorno de déficit cognitivo. Evidentemente estos docentes están equivocados lo que no sería un problema importante si no tuvieran que tomar decisiones acerca de la enseñanza y de la forma de relacionarse con estos niños. Por otro lado, las expectativas que estos docentes se forman de estos niños pueden hacerlos caer en un bucle en el que el niño con TEL va a perder muchas oportunidades (efecto Pigmalión). El TEL es un trastorno evolutivo que deja secuelas y los problemas lingüísticos que presentan estos niños suelen persistir comprometiendo el discurso complejo y la adquisición de la lectoescritura.

Un 46% de los docentes considera que el TEL es consecuencia de problemas auditivos y un 34,8% de problemas en la maduración. Se debe aclarar que el TEL se define como específico porque no es secundario a un déficit sensorial como la hipoacusia o cognitivo como discapacidad intelectual o trastorno generalizado del desarrollo; tampoco se debe a problemas en la maduración. Todo ello indica un gran desconocimiento del tema, con efectos como los señalados más arriba.

Además, el 48,3 % considera que el TEL no tiene relación con la competencia social. Asimismo, un 45 % cree que los niños con TEL presentan mutismo selectivo, y un 28% manifiesta que presentan conductas agresivas e hiperactividad además de trastornos de habla.

Evidentemente todos los niños con dificultades de lenguaje son menos considerados por los demás como compañeros en sus interacciones, y, por tanto, estas conductas que persiguen los profesores son consecuencia de su trastorno de lenguaje, pero en absoluto estas conductas definen este trastorno.

Con respecto al autismo, casi el 50% de los docentes peruanos no conoce las conductas que caracterizan al autismo y el 72% no está preparado para tener un niño con autismo en el aula; sin embargo, los resultados del ítem 10 reflejan que a pesar de este evidente desconocimiento los docentes tendrían una actitud educativa correcta, positiva y eficaz con estos niños.

Existe un 15,5 % que considera en el TDAH síntomas como el retraso mental y problemas motores, y más del 50% de los docentes, al igual que en el autismo, manifiestan que no están preparados para tener a un niño con TDAH en las aulas.

Ante el interrogante de la definición de un trastorno del habla más del 50% considera que es un trastorno de la articulación de los fonemas causados por alteraciones de los órganos periféricos. Aquí, sin saberlo, hacen referencia a las disglosias, que es un trastorno del habla del origen congénito. Es cierto que en algunas clasificaciones americanas los llamados trastornos del habla incluyen cualquier dificultad de articulación secundaria a malformaciones de los órganos de la articulación, a alteraciones neurológicas, etc., pero los trastornos de habla más frecuentes en la escuela son primarios, es decir evolutivos, no dependientes de alteraciones morfológicas ni neurológicas ni perceptivas. Así que resulta extraño que para un porcentaje tan alto de profesores esos trastornos primarios sean

considerados como consecuentes alteraciones que en realidad no existen en estos niños. (Aguado, 2013).

Es preocupante que un 53,1% considere que los alumnos que presentan trastornos de lenguaje o déficit de atención no participan en las actividades escolares, lo cual hace más necesaria si cabe una buena y extensa formación sobre este tipo de dificultades.

Sobre la dislexia un 62,8% de los docentes respondieron correctamente sobre la definición y, en cuanto a las estrategias que aplicarían en las aulas, un 17,7% llevan a cabo actividades de conciencia fonológica y ejercicios de articulación y vocalización. La misma estrategia aplicaría un 12,8% de los docentes que se sienten preparados para tener a alumnos con tartamudez, lo que no deja ser chocante, ya que estas estrategias no sólo son inadecuadas en la tartamudez, sino que pueden ser contraproducentes. Además, ante el trastorno de dislexia un 26,4%, y un 38,7% en el caso de la tartamudez, no respondieron a la pregunta sobre las estrategias que aplicarían ellos en caso de sentirse preparados para tener a niños con este tipo de trastornos, dando como respuestas: derivar al especialista, capacitarse o se sienten preparado porque recibieron estudios en logopedia.

La gran mayoría de docentes, considera que derivaría el caso a un especialista o se capacitarían en temas relacionados a los trastornos de lenguaje como la dislalia, trastornos del habla, tartamudez. En el caso del autismo un 66,7 % tomaría en cuenta como estrategia la adaptación del entorno y la comunicación; y estas estrategias generales son adecuadas para los niños con TEA. Y frente al déficit de atención un 28% de docentes optaría por asignar tareas o responsabilidades a estos niños, lo que resulta también apropiado.

Es necesario advertir que la encuesta no contenía preguntas referidas a tratamientos específicos o muy expertos. Como ya se ha señalado, estaba dirigida a docentes de aulas ordinarias. Por eso, las estrategias propuestas en la encuesta tienen un carácter general. Sin

embargo, estas intervenciones poco expertas, generales, las únicas que un profesor de aula puede aplicar, tienen una importancia capital, no tanto por la intervención en sí misma, sino por la influencia que tienen en la actitud, las expectativas, la forma de interacción de los profesores respecto de esos niños. Es imposible cuantificar el beneficio de esta contribución de los profesores, pero sin duda es importante en la mejora de estos niños, y la escuela no se puede permitir el lujo de no contar con ella, lo que exige ineludiblemente una formación más extensa e intensa de los profesores en estas áreas.

### *B- Formación docente*

Más de 90% considera que no han recibido formación en temas relacionados con los trastornos de lenguaje y de la atención, y un 94,7% afirma que es importante tener conocimientos sobre estos temas, como no podía ser de otra manera. Debido a ello esta investigación sugiere que en la formación docente de los peruanos se incluyan asignaturas como : psicología del lenguaje, neuropsicología, trastornos del lenguaje y estrategias de adaptación curricular, para lo cual es, además, primordial que se tenga una panorama general del desarrollo típico del lenguaje en niños que inician su etapa escolar, como también de las funciones neuropsicológicas involucradas en el proceso, para así tener un mayor entendimiento acerca de la dinámica de las alteraciones asociadas a estos trastornos y poder realizar adaptaciones curriculares eficaces.

Los resultados de este estudio ponen de relieve la necesidad de investigación y acciones frente a los diferentes trastornos de lenguaje y de la atención para hacer frente a este problema y reforzar la formación de los futuros docentes peruanos para la detección oportuna de los niños con estos trastornos.

## **CONCLUSIONES**

- Existe un alto grado de prevalencia de los diferentes trastornos de lenguaje siendo el más común el TEL. Esta conclusión deriva de la bibliografía consultada.
- Existe un notable desconocimiento e información equivocada por parte de los docentes peruanos sobre de los trastornos de lenguaje y de la atención y de las conductas que los caracterizan y que permiten una identificación más segura.
- Más de un 90% de los docentes peruanos no han cursado durante sus estudios universitarios asignaturas relacionadas con investigaciones, descripciones y explicaciones de estos trastornos.
- Los docentes consideran importante conocer sobre los trastornos de lenguaje y de la atención para mejorar su formación profesional y por ende la calidad educativa del país.

## **SUGERENCIAS**

- Este trabajo de investigación sugiere que en la formación docente se incluyan asignaturas sobre los diferentes trastornos de lenguaje y déficit de atención encontrados en las aulas actualmente.
- Se pretende promover el conocimiento de la naturaleza de los trastornos de lenguaje y el déficit de atención, tanto en términos de lo que es y lo que no es válido, basándose en investigaciones científicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, G. (2009). *El trastorno específico del lenguaje (TEL): un trastorno dinámico*. Manuscrito enviado para publicación.
- Aguado, G. (2014). Dificultades y precisiones en relación con el diagnóstico del trastorno específico del lenguaje (TEL). En J.N. García-Sánchez (Ed.), *Prevención en dificultades del desarrollo y del aprendizaje*. Madrid: Pirámide.
- Aguado, G., Coloma, C., Martínez, A., Mendoza, E., Montes, A., Navarro, R. y Serra, M. (2015). Documento de consenso elaborado por el comité de expertos en TEL sobre el diagnóstico del trastorno. Recuperado el 10 de mayo de 2016, de <http://www.repositoriocepjaen.es/CURSO%20TEL/DOC%201%20DOCUMENTO%20AELFA.pdf>
- Andreu, L., Sanz-Torrent, M. (2014), El Trastorno Específico del Lenguaje. En L. Andreu, (Coord.), G. Aguado, M.C. Cardona y M. Sanz-Torrent, *El trastorno específico del lenguaje: diagnóstico e intervención* (1ª ed., pp. 42-43). Barcelona: Editorial UOC. Recuperado el 1 de junio de 2016, de <http://ezproxy.si.unav.es:2156/lib/bibliotecaunav/reader.action?docID=10903550&pg=92>
- Andrews, G. (1984). The epidemiology of stuttering. In R.F. Curlee y W.H. Perkins (Eds.), *Nature and treatment of stuttering*. San Diego: College-Hill Press.
- Baio, J. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders - Autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. *Surveillance Summarie*; 61(SS03); 1-19.
- Barry, J.G., Yasin, I. y Bishop, D.V.M. (2007). Heritable risk factors associated with language impairments. *Genes, Brain and Behavior*, 6(1), 66-76. Recuperado el 15 de mayo de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1974814/>

- Belinchón, M., Rivière, A. e Igoa, J.M. (1992). *Psicología del lenguaje: Investigación y teoría*. Madrid: Editorial Trotta.
- Bilaver, L., Cushing, L. y Cutler, A. (2015). Prevalence and correlates of educational intervention utilization among children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 561-571. Recuperado el 16 de mayo de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26391885>
- Bloodstein, O. (1995) *A handbook on stuttering*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Bolte, L.y Rojas, P. (2010). Trastornos del habla y del lenguaje infantil: ¿Cómo los abordamos? Parte I. Recuperado el 1 de junio de 2016, de <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/123.html>
- Calderón, C.S., Quizhpi, L.A. y Medina, J.C. (2012) *Prevalencia de la dislalia funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela "ciudad de azogues", durante el periodo febrero – agosto 2012*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca. Recuperado el 3 de junio de 2016 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3794/1/TECF13.pdf>
- Carrillo Gallego, M., Alegría Iscoa, J., Miranda López, P., y Sánchez Pérez, N. (2011). Evaluación de la dislexia en la escuela primaria: Prevalencia en español. *Escritos De Psicología (Internet)*, 4(2), 35-44. Recuperado el 2 de junio de 2016 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092011000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092011000200005)
- Chevrie-Muller, C. y Narbona, J. (2001). Clasificación de los trastornos del lenguaje en el niño. En C. Chevrie-Muller y J. Narbona (Eds), *El lenguaje del niño* (2a ed., pp. 189-193). Barcelona: Masson.
- Coll-Florit, M., Aguado, G., Fernández-Zuñiga, A., Gamba, S., Perelló, E., y Vila-Rovira, J. M. (2013) *Trastornos del habla y de la voz*. Barcelona: Editorial UOC.
- Conde-Guzón, P., Quirós-Expósito, P., Conde-Guzón, M.J., y Bartolomé-Albistegui, M. T. (2014). Perfil neuropsicológico de niños con dislalias: Alteraciones mnésicas y

atencionales. *Anales De Psicología*, 30(3). Recuperado el 10 de mayo de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282014000300034](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000300034)

*Conoce La Logopedia: Según DSM-IV, Trastornos de la comunicación de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.* (2009). *Futuralogopedagranada.blogspot.pe*. Recuperado el 3 de mayo de 2016, de <http://futuralogopedagranada.blogspot.pe/2009/05/trastornos-de-la-comunicacion-de-inicio.html>

De los Reyes, C., Lewis, S., y Peña, M. (2008). Estudio de prevalencia de dificultades de lectura en niños escolarizados de 7 años de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 22, 37-49. Recuperado el 8 de mayo de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n22/n22a04.pdf>

Dekkers, L. M., Groot, N. A., Díaz Mosquera, E. N., Andrade Zúñiga, I. P., y Delfos, M. F. (2015). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Ecuador: A Pilot Study in Quito. *J Autism Dev Disord Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 4165-4173. Recuperado el 5 de mayo de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4653240/>

Diguseppi, C.G., Daniels, J. L., Fallin, D.M., Rosenberg, S.A., Schieve, L. A., Thomas, K. C., . . . Schendel, D. E. (2016). Demographic profile of families and children in the Study to Explore Early Development (SEED): Case-control study of autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal*, 9(3), 544-551. Recuperado el 19 de mayo de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657416000078>

El 70% de entidades que forman profesores son institutos pedagógicos. (4 de julio de 2014). *Gestión*. Recuperado el 15 de mayo de 2016, de <http://gestion.pe/economia/70-entidades-que-forman-profesores-son-institutos-pedagogicos-2102169>

- Esperón, C.S., y Suárez, A.D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Fernández-Zuñiga, A. y Gamba, S. (2014). Evaluación y tratamiento de la tartamudez infantil. En M. Coll-Florit (Coord.), G. Aguado, A. Fernández-Zuñiga, S. Gamba, E. Perelló, J. M. Vila-Rovira, *Trastornos del habla y de la voz* (1ª ed., p. 106). Barcelona: Editorial UOC. Recuperado el 1 de mayo de 2016, de <https://es.scribd.com/doc/294300435/Trastornos-Del-Habla-y-de-La-Voz-Booksmedicos-org>
- Frith, U. (1986). A developmental framework for developmental dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 36(1), 67-81. Recuperado el 20 de mayo de 2016, de [https://www.researchgate.net/publication/258638724\\_A\\_developmental\\_framework\\_for\\_developmental\\_dyslexia](https://www.researchgate.net/publication/258638724_A_developmental_framework_for_developmental_dyslexia)
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Herrera, G. (2005). Prevalencia del Déficit de Atencional con Hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillan, Chile. *Theoria* 14(2), 45-55. Recuperado el 15 de mayo de 2016, de <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v15/a5.pdf>
- Ingram, D. (1976). *Phonological disability in children*. Londres: Edward Arnold.
- Luria, A.R. (1977). *Introducción evolucionista a la Psicología*. Barcelona: Fontanella.
- Mansson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and Development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 47-57.
- Miranda, D. y Navarro, G. (2010). *Conocimiento sobre la tartamudez en docentes de Educación Primaria de los colegios de varones de Lima Metropolitana. (Tesis de maestría en Fonoaudiología)*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú-CPAL. Escuela de Graduados.

- Montiel-Nava, C., Peña, J.A., López, M., Salas, M., Zurga, J.R., Montiel-Barbero, I., . . . Cardozo, J. J. (2002). Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children. *Revista de neurología*, 35(11), 1019-1024.
- Nitza, S. y Pichel, V. (2008). *Estudio Clínico-Epidemiológico y Logo fonológico de niños operados por Fisura labio palatina*. Recuperado el 21 de mayo de 2016, de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/tesis\\_logopedia\\_de\\_vanja\\_.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/tesis_logopedia_de_vanja_.pdf)
- Orjales, I. (2001) *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y Educadores*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial (CEPE).
- Pineda, D. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de neurología*, 28(4), 365-372.
- Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D., y Castellanos, F. X. (2001). Limitación de basarse sólo en evidencias provenientes de una sola fuente de información. *Revista De Neurología*, 32(3), 217-222.
- Plan de Estudios. Grado en Educación Infantil. Universidad de Navarra. (2016). Unav.edu*. Recuperado el 10 de mayo de 2016, de <http://www.unav.edu/web/grado-en-educacion-infantil/plan-de-estudios>
- Plan de estudios. Grado en Educación Primaria. Universidad de Navarra. (2016). Unav.edu*. Recuperado el 10 de mayo de 2016, de <http://www.unav.edu/web/grado-en-educacion-primaria/plan-de-estudios>
- Plan de estudios. Grado en Pedagogía. Universidad de Navarra. (2016). Unav.edu*. Recuperado el 10 de junio de 2016, de <http://www.unav.edu/web/grado-en-pedagogia/plan-de-estudios>
- Regatky, N., Lamy, P., y Salamanco, G. (2008). Evaluación preescolar. Una experiencia en el consultorio de seguimiento longitudinal del niño y la familia. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 50(227), 70-76.

- Ripoll, J., y Aguado, G. (2015). *Enseñar a leer: Cómo hacer lectores competentes*. Madrid: EOS.
- Schonhaut B, L., Maggiolo L, M., De Barbieri O, Z., Rojas N, P., y Salgado V, A. (2007). Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica. *Revista Chilena De Pediatría*, 78(4), 369-375. Recuperado el 4 de mayo de 2016, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000400004&script=sci_arttext)
- Taboada A, O., Torres Z, A., Cazares M, C., y Orozco C, L. (2011). Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México*, 68(6), 425-430. Recuperado el 3 de mayo de 2016, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16651146201100060](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16651146201100060)
- Universidad Privada de Tacna. (2016). *Upt.edu.pe*. Recuperado el 10 de mayo de 2016, de <http://www.upt.edu.pe/upt/web/facultad/contenido/170/29624328>
- Vera, G. (2014). *El autismo es hereditario entre hermanos | Tecnoy-ciencia*. *Tecnoy-ciencia.com*. Recuperado el 9 de mayo de 2016, de <http://tecnoy-ciencia.com/2014/el-autismo-es-hereditario-entre-hermanos>
- Villanueva, P., de Barbieri, Z., Palomino, H., y Palomino, H. (2008). Alta prevalencia de trastorno específico de lenguaje en isla Robinson Crusoe y probable efecto fundador. *Rev. Méd. Chile*, 136(2). Recuperado el 1 de mayo de 2016, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000200007&script=sci_arttext)
- Yairi, E., y Ambrose, N. (1992). A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research* 35, 755–760.
- Yairi, E. y Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. Recuperado el 2 de mayo de 2016, de [https://www.researchgate.net/publication/239944468\\_Epidemiology\\_of\\_stuttering\\_21st\\_century\\_advances](https://www.researchgate.net/publication/239944468_Epidemiology_of_stuttering_21st_century_advances)

## ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta

#### ENCUESTA PARA DOCENTES PERUANOS

ESTIMADO PROFESOR

Quisiera pedirle que conteste a unas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

#### OBJETIVOS

Con este instrumento se pretende recoger información para un estudio que servirá para elaborar un trabajo de fin del máster en Intervención Educativa y Psicológica de la Universidad de Navarra (España) y determinar el grado de conocimiento de los docentes sobre los diferentes trastornos de articulación, del lenguaje, habla y aprendizaje: TEL, AUTISMO, TDAH, DISLALIA, DISLEXIA, TRASTORNOS DEL HABLA y TARTAMUDEZ.

#### INSTRUCCIONES

Para contestar a este cuestionario sólo tendrá que marcar con una cruz (X) la opción de respuesta que considere más adecuada. A continuación, responda los siguientes ítems eligiendo sólo una o varias alternativas según corresponda.

Responda:

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo como educador? \_\_\_\_\_ años

Mi género es:                      Masculino \_\_\_\_\_                      Femenino \_\_\_\_\_

Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_ (Inicial / Primaria)

1.- Para usted qué es el trastorno específico del lenguaje (TEL):

- a) Es un trastorno generalizado del desarrollo
- b) Es un trastorno evolutivo
- c) Es un trastorno de déficit cognitivo

2.- Los niños con trastorno específico del lenguaje han sido niños con:

- a) Inicio tardío
- b) Problemas auditivos (otitis)
- c) Problemas en la maduración

3.- Cree que el trastorno específico del lenguaje es más frecuente en:

- a) Niñas
- b) Niños
- c) No sé

4.- Cree usted que existe relación entre el de trastorno específico del lenguaje y la competencia social

- a. Sí
- b. No

Porque

---

---

5.- Si observa que el niño tiene dificultades del lenguaje o un posible TEL ¿cómo actuaría?

- a) Esperaría que los padres tomen la iniciativa
- b) Informaría inmediatamente a la familia para que le realicen una evaluación logopédica al niño
- c) No me preocuparía porque es parte del desarrollo del niño, más adelante ya hablará correctamente como los demás

6.- Usted ¿cómo cree que actúa un niño con trastorno específico del lenguaje frente a sus compañeros?

- a) Manifiesta conductas agresivas e hiperactividad y problemas en la articulación del habla
- b) Presenta un mutismo selectivo es decir que, en determinados contextos o circunstancias, pueden llegar a inhibirse de manera tal que parece mudo
- c) Se aísla del grupo porque no comprende y se junta con sus compañeros que tienen problemas y su auto concepto va disminuyendo

7.- ¿Qué es el autismo?

- a) Es un trastorno generalizado del desarrollo
- b) Trastorno del habla
- c) Trastorno del comportamiento

8.- ¿Cuáles son las dimensiones alteradas en un niño autista?

- a) Área del lenguaje- comunicación, área motora, conductas estereotipadas
- b) Área social, área del lenguaje –comunicación, conductas estereotipadas y repetitivas e intereses poco variados
- c) Área social, área motora y conductas repetitivas como agitar las manos

9.- ¿Cuáles son las características que tendría que tener un niño autista para poder identificarlo dentro del aula? Marque las que considere correctas.

- a) Lenguaje limitado ( )
- b) Ecolalia, repite lo mismo o lo que oye (frases o palabras). ( )
- c) Es hipersensible a los ruidos ( )
- d) No mira a los ojos, evita cualquier contacto visual ( )
- e) Juega y socializa con los demás niños ( )
- f) Presenta problemas psicomotores ( )
- g) No tiene en cuenta a los demás ( )

10.- ¿Cuál debería ser la actitud del educador frente al niño autista?:

- a) Indiferente, dejar que se tranquilice y ayudarlo cuando se pueda
- b) Flexible, tolerante y firme creando un clima acogedor
- c) Permisiva y afectiva en un ambiente en el que él se sienta seguro

11.- ¿Considera usted que está preparado para tener un niño autista en clase?

- a) Sí
- b) No

¿Qué estrategias tomaría en cuenta?

---

---

---

12.- ¿Qué es el trastorno de déficit de atención e hiperactividad?

- a) Trastorno neurológico
- b) Trastorno evolutivo
- c) Trastorno del aprendizaje

13.- ¿Cuáles son los síntomas?

- a) Inatención- hiperactividad- impulsividad
- b) Inatención - retraso mental – problema motriz
- c) Desintegración sensorial e inatención

14.- ¿Un docente o algún agente educativo podrían diagnosticar un trastorno de hiperactividad y déficit de atención?

- a) Sí
- b) No

¿Por qué?

---

---

15.- ¿Considera usted que está preparado para tener un niño con trastorno de hiperactividad y déficit de atención en clase?

- a) Sí
- b) No

¿Qué estrategias tomaría en cuenta?

---

---

16.- ¿Qué es la dislalia?

- a) Es un trastorno en la dificultad de articulación de fonemas.
- b) Es un trastorno del aprendizaje
- c) Es un trastorno del neurodesarrollo del niño

17.- ¿Qué es la dislexia?

- a) Es un trastorno sólo de la lectura
- b) Es un trastorno del aprendizaje de la lectoescritura
- c) Es un trastorno sólo de la escritura

18.- ¿Qué es un trastorno del habla?

- a) Trastorno persistente en la producción del habla, desorganización en la secuenciación de los sonidos y diverso grado de ininteligibilidad.
- b) Trastorno de la articulación de los fonemas causados por alteraciones de los órganos periféricos del habla.
- c) Escaso vocabulario, dificultades morfológicas y sintácticas y cierto mutismo selectivo.

19.- ¿Qué es la tartamudez?

- a) Se caracteriza por tener la expresión muy limitada o no verbal con sonidos mal articulados
- b) Se caracteriza por interrupciones de la fluidez del habla
- c) Alteración del lenguaje expresivo a causa de una lesión cerebral

20.- Considera usted que está preparado para tener un niño con: dislexia ( ) dislalia ( ) tartamudez ( ) trastorno del habla ( ). Marque aquellas en la que usted se sienta suficientemente preparado.

¿Qué estrategias aplicaría?

---

---

---

---

---

21.- ¿Cómo cuantificaría usted el nivel de participación del alumno/a con alguno de estos trastornos en las actividades escolares?

- a) No participa
- b) Participa normalmente
- c) Muy participativo

22.- Durante su formación profesional ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación sobre los diferentes trastornos mencionados anteriormente?

- a) Nada
- b) Poco
- c) Bastante
- d) Mucho

23.- ¿Considera usted importante que los docentes, aunque no sean fonoaudiólogos o logopedas, tengan conocimientos y reciban formación profesional sobre los diferentes trastornos de habla – lenguaje y aprendizaje?

- a) Sí
- b) No

¿Por qué?:

---

---

---

**Gracias por su colaboración.**