





















































































































































- Cueto, S., Ramírez, C, y León, J. (2004). Oportunidades de aprendizaje y rendimiento en matemática de los alumnos de tercero y cuarto grado de primaria en Lima y Ayacucho. Rescatado de la página web: <http://www.grade.org.pe/> el 1ro de junio del 2005.
- Daiute, C. (1993). Synthesis. In C. Daiute (Ed.). *New directions in child development. The development of literacy through social interactions* (pp 121-124). San Francisco: Jossey-Bass.
- Elkind, D. (1994). *A sympathetic understanding of the child* (3<sup>rd</sup>. ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gathercole, S; Pickering, S; Ambridge, B. & Wearing, H. (2004). The structure of working memory from 4 to 15 years of age. *Developmental Psychology*, 4,177-190.
- Gabrieli, M; Solani, J. & Falker, S. (2003). *Clinical Neurology*. New York, NY: Oxford University Press:
- Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of Psychological Assessment*. New York: Third Edition John Wiley and Sons, Inc.
- Guyton, A; Hall, J., Gonzalez de Buitrago, J. y Jaquotot, M. (2001). *Tratado de Fisiología Médica* pp245-269. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Kagan, J. (1984). *The nature of the child*. New York: Basic Books.
- Laboratory of Comparative Human Cognition. University of California, San Diego. Contributions of Cross-Cultural Research to Educational Practices. (1986), *American Psychologist*, 5, 1049 – 1058.





## Anexo A

**Cuestionario para padres****1. Datos Generales:**

Iniciales del participante:\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_

Sexo:\_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Lateralidad:\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_

Ocupación:\_\_\_\_\_ Usa lentes:\_\_\_\_\_ Escucha bien:\_\_\_\_\_

**2. Datos Médicos Generales:**

Esta tomando alguna medicina en este momento?  
Cuál?\_\_\_\_\_

Ha tenido golpes en la cabeza? desmayos? pérdida de conciencia? \_\_\_\_\_

Ha tenido un accidente cerebrovascular? \_\_\_\_\_

Tiroidismo? \_\_\_\_\_

Diabetes? \_\_\_\_\_

Enfermedades pulmonares o respiratorias? \_\_\_\_\_

Disminución de la agudeza visual o auditiva? \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial? \_\_\_\_\_

Ha tenido meningitis o encefalitis? \_\_\_\_\_

Ha recibido tratamiento psiquiátrico? \_\_\_\_\_

Ha recibido tratamiento psicológico? \_\_\_\_\_

Ha recibido tratamiento neurológico? \_\_\_\_\_

Ha tenido problemas de aprendizaje? Repitió algún año? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Algún miembro de su familia ha recibido tratamiento psiquiátrico, psicológico, o neurológico?

\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_

Anexo B

### AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La Dra. Rosalía Pereyra Chiola esta conduciendo un estudio de investigación psicológica. El propósito de esta investigación es el desarrollar una prueba neuropsicológica en Español para su uso en el Perú y en otros países donde hayan personas de habla española. Este es un estudio piloto o estudio preliminar de colección de datos. La batería neuropsicológica consiste en diversos subtests que miden la atención, concentración, memoria visual, y memoria de diseños. La administración de la prueba toma aproximadamente una hora y no se espera que existan molestias o consecuencias psicológicas por participar en este estudio.

La identificación del participante se mantendrá en estricta confidencialidad. Los datos serán pasados a una planilla donde cada participante recibirá un número que lo identificara para así proteger su identidad.

El participante puede suspender su participación en este estudio cuando lo desee. No hay penalidades ni sanciones para aquellos participantes que deseen discontinuar la prueba. No habrá una compensación monetaria para los participantes en este proyecto de investigación. Este proyecto se esta realizando sin fines de lucro y no esta recibiendo fondos económicos de ninguna institución. El principal objetivo es contribuir con el desarrollo científico y crear un instrumento que ayude a detectar problemas neuropsicológicos en nuestra población.

Por la presente también se da autorización a la Dra. Rosalía Pereyra Chiola a que tome fotografías, filmaciones, y/o grabaciones del participante, sólo o en grupo, con fines educativos.

Si usted esta de acuerdo con participar, le deben proporcionar una copia firmada de este documento a la Dra. Rosalía Pereyra Chiola.

Su firma en este documento significa que le han explicado el estudio de investigación, que la explicación incluye la información arriba mencionada, y que usted esta de acuerdo en participar de manera voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

