

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES, CHOTA
– 2023”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DELICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTORES

**Bach. NAVARRO VIDARTE, MARÍA ARLET Bach.
TAMAY ROJAS, EDIN JEYLI**

ASESOR

Dr. HERNÁNDEZ FIESTAS, RICHARD WILLIAMS

CHOTA – PERÚ2024



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Chota, 20 de febrero del 2024.

C.O. N° 007-2024-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“Prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes, Chota – 2023”**, elaborado por los **Bachiller en Enfermería: Maria Arlet Navarro Vidarte y Edin Jeyli Tamay Rojas**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un **índice de similitud de 16%**, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023- FCCSS-UNACH /C.

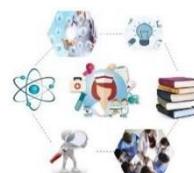
Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,




Mg. RAFAEL ARTIDORO SANDOVAL NÚÑEZ
JEFE (e) DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FCCSS- UNACH

C.c.
Archivo
RASN/J-UI-FCCSS
Chota 2024



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES, CHOTA - 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

%

TRABAJOS DEL

ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unach.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet	1%
4	revecuatneurol.com Fuente de Internet	1%
5	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
6	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
7	digibuo.uniovi.es Fuente de Internet	<1%
8	1library.co Fuente de Internet	

<1%

9	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	<1%
10	bhtv.pe Fuente de Internet	<1%
11	lahiperactividadleidyut.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
12	teresistdah.wordpress.com Fuente de Internet	<1%
13	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1%
14	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
15	archive.org Fuente de Internet	<1%
16	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
17	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
18	academica-e.unavarra.es Fuente de Internet	<1%
19	issuu.com Fuente de Internet	<1%
20	mundomejorchile.com Fuente de Internet	<1%

21

repository.unad.edu.co

Fuente de Internet

<1%

22

dialnet.unirioja.es

Fuente de Internet

<1%

23

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

24

repositoriobiblioteca.intec.edu.do

Fuente de Internet

<1%

25

brainly.lat

Fuente de Internet

<1%

26

documentop.com

Fuente de Internet

<1%

27

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

28

investigacion.unirioja.es

Fuente de Internet

<1%

29

uvadoc.uva.es

Fuente de Internet

<1%

30

repositorio.ucp.edu.co

Fuente de Internet

<1%

31

repositorio.unsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

32

repositorio.utn.edu.ec

<1%

ri.ues.edu.sv

33

Fuente de Internet

<1%

www.repositorio.unach.edu.pe

34

Fuente de Internet

<1%

portal.amelica.org

35

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

Fuente de Internet

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES, CHOTA
– 2023”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES

Bach. NAVARRO VIDARTE, MARÍA ARLET

Bach. TAMAY ROJAS, EDIN JEYLI

ASESOR

Dr. HERNÁNDEZ FIESTAS, RICHARD WILLIAMS

CHOTA – PERÚ

2024

COMITÉ CIENTÍFICO

Asesor

Dr. Richard Williams Hernández
Fiestas

Presidente del Jurado Evaluador

Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde

Miembro del Jurado Evaluador

Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza

Miembro del Jurado Evaluador

Mg. Elisa Ramos Tarrillo

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, señor supremo de todas las cosas por brindarnos salud, sapiencia y perseverancia.

Hacemos llegar nuestro sincero agradecimiento a los docentes y personal administrativo de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, quienes, con su conocimiento y soporte, nos han permitido realizar no solo este estudio sino, también concretizar nuestro tiempo de formación.

Hacemos extensiva nuestra gratitud a nuestro asesor por compartir su conocimiento con nosotros, así como por guiarnos y proporcionarnos todos los recursos necesarios durante el desarrollo de la investigación.

A la comunidad educativa de los colegios que participaron en esta investigación, tanto a los docentes, personal administrativo y a los estudiantes, cuyo aporte ha sido esencial y sumamente valioso.

DEDICATORIA

A mis padres y familiares, por criar una persona con defectos, pero con corazón bueno y espíritu fuerte y resiliente; a mis amigos, por ser leal soporte, nunca me alcanzará la vida para agradecer, por tanto. A Lya Kamila, y la persona que comparte el camino conmigo, por haberme enseñado tanto sobre amar y vivir. Con amor:

Arlet.

A mis padres, agradeciendo de manera especial porque me dieron su apoyo y por todos sus consejos que han hecho de mí, una buena persona. A mis hermanas por su cariño incondicional. A mi compañera de tesis por la ayuda brindada durante el desarrollo del estudio.

Edin.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.	
RESUMEN	vii	
ABSTRACT	viii	
CAPÍTULO I		
INTRODUCCIÓN	1	
CAPÍTULO II		
MARCO TEÓRICO		
2.1. Antecedentes del estudio	6	
2.2. Bases conceptuales	8	
2.3. Definición de términos básicos	22	
CAPÍTULO III		
MARCO METODOLÓGICO		
3.1. Ámbito de estudio	23	
3.2. Diseño de investigación	23	
3.3. Hipótesis	23	
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	24	
3.5. Operacionalización de variables	27	
3.6. Descripción de la metodología	30	
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
4.1. Identificación de los adolescentes con síntomas de TDAH	31	
4.2. Características de los adolescentes de la ciudad de Chota que presentan síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad	34	
4.3. Prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota	31	
4.4. Resultados de la prueba de hipótesis	39	
CAPÍTULO V		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		
ANEXOS		54

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Identificación de adolescentes con síntomas de TDAH de la ciudad de Chota, 2023	31
Tabla 2. Tabla de frecuencias para el TDAH según subtipo en adolescentes con síntomas de TDAH, 2023	32
Tabla 3. Tabla cruzada para TDAH por subtipo según el sexo de los adolescentes, 2023	33
Tabla 4. Cohabitación entre los padres de los adolescentes con síntomas de TDAH	34
Tabla 5. Características de los adolescentes con síntomas de TDAH	35
Tabla 6. Intervalos de confianza para la prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes. Chota, 2023	37
Tabla 7. Prueba de hipótesis mediante prueba estadística chi cuadrado	39

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

TDAH: Trastorno por hiperactividad y déficit de atención

OMS: Organización mundial de la salud

MINSA: Ministerio de salud

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales

I.E.: Institución Educativa

RESUMEN.

Esta investigación tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota. De enfoque cuantitativo, tipo observacional, transeccional y prospectivo. Se trabajó con una muestra de 863 estudiantes de los colegios San Juan (305), Sagrado Corazón de Jesús (206), Santa Rafaela María (180) y “El Comercio” (118) usando la “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte”. Los resultados demostraron que la prevalencia de síntomas de trastorno por hiperactividad con déficit de atención en adolescentes de Chota es de 13%. El 49,1% presentó el trastorno con predominio inatento, 72,3% nació mediante parto normal, 77,7% señaló no padecer de ninguna enfermedad diagnosticada, en el 66,1% de los casos los padres de los adolescentes con TDAH mantienen una relación de convivencia; 47,3% vive en casa con sus dos padres y además otros familiares. Se concluye que la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota no es menor al 12%.

Palabras Clave: Adolescentes, déficit de atención, hiperactividad, impulsividad

ABSTRACT.

The general objective of this research was to determine the prevalence of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents from the city of Chota. Quantitative approach, observational, transectional and prospective. We worked with a sample of 863 students from the San Juan (305), Sagrado Corazón de Jesús (206), Santa Rafaela María (180) and “El Comercio” (118) schools using the “ADHD-IV Assessment Scale in self-report format”. The results showed that the prevalence of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents from Chota is 13%. 49.1% presented the disorder with predominantly inattentive, 72.3% were born through normal delivery, 77.7% indicated that they did not suffer from any diagnosed illness, in 66.1% of the cases the parents of adolescents with ADHD maintain a cohabitation relationship; 47.3% live at home with both parents and other relatives. It is concluded that the prevalence of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents from the city of Chota is not less than 12%.

Keywords: Adolescents, attention deficit, hyperactivity, impulsivity

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se reconoce como un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por patrones de inatención, hiperactividad e impulsividad o la combinación de ambos que usualmente se relaciona con problemas en el aprendizaje en la etapa escolar, dificultad de los niños y adolescentes para adaptarse, ingesta de sustancias psicotrópicas, abuso de alcohol y conductas de riesgo en adultos [1].

Este trastorno puede persistir hasta la adolescencia y adultez si no se diagnostica a edades tempranas en las que se manifiesta comúnmente con síntomas como impulsividad e inatención. La hiperactividad cede con la edad, pero existen varias comorbilidades como el consumo de sustancias, que inicia tempranamente y se va extendiendo en otras etapas de vida llegando a provocar disfunción en las diferentes áreas vitales de la persona [2].

El TDAH presenta un curso evolutivo crónico y variable, va desde la infancia afectando alrededor de 2 a 12% de la población pediátrica a nivel del mundo, hasta la adolescencia alcanzando el 50 a 70% de los casos hasta la edad adulta [3]; se ha vuelto un problema de salud pública de índole psicológico que limita las capacidades del individuo y de amplios grupos poblacionales, conllevando un gran impacto en la familia y en el desempeño escolar [4].

En cuanto a las manifestaciones, el TDAH trae consigo un efecto negativo en el desarrollo integral del niño. Involucra problemas en la conducta, dificultades del aprendizaje, trae consigo niveles de coordinación motriz bajos, ansiedad, depresión o alteraciones del sueño [5]. Cuando el paciente crece y llega a la adolescencia, este trastorno del neurodesarrollo adquiere una importancia adicional aumentando el riesgo de comorbilidades. Al dictado de la biología, las diferentes regiones del

cerebro adquieren un protagonismo u otro, dependiendo de su estado de maduración y de los recursos que tengamos disponibles [6].

De cada 100 niños con TDAH, 30 alcanzarán la adolescencia con la menor cantidad de síntomas, pero 40 de cada 100 experimentará síntomas que varían en intensidad. Esta es una enfermedad crónica que no posee cura pero que es manejable con un apropiado tratamiento. De cada 10 de estos niños 5 o 6 en un futuro serán personas con accidentes (tráfico, laborales), inestabilidad laboral, embarazo adolescente, depresión, etc. El 10-15% padecerá durante la adolescencia múltiples trastornos del comportamiento, ingesta de drogas o alcohol, etc. [7].

Los adolescentes que padecen TDAH por lo general presentan altos niveles de impulsividad e hiperactividad, lo cual dificulta las relaciones sociales, dejando como resultado peleas, apareamiento de conductas delictivas y consumo de sustancias ilegales. Es así que, quienes son diagnosticados con TDAH tienen un alto riesgo de encarcelamiento y reincidencia delictiva [8].

Los pacientes que durante la adolescencia presenten problemas emocionales y psiquiátricos son los que tienen un riesgo mayor ya que se relaciona a un peor pronóstico respecto a las personas que tienen TDAH que durante la adolescencia manifiestan conductas antisociales, ingesta de sustancias, trastorno disocial, precedentes de TDAH en familiares con parentesco directo; de igual modo ocurre cuando se asocia a un trastorno de conducta, trastorno bipolar, trastorno negativista desafiante y sobredosis de sustancias [9].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el TDAH tuvo una prevalencia mundial del 5% en 2017; en Latinoamérica las investigaciones realizadas en la población general arrojan diferentes porcentajes, en Colombia osciló entre el 1.7% y 17.8% durante el 2005, en Chile bordeó el 10% en 2016. Este trastorno es el problema neuropsiquiátrico más estudiado en infantes; respecto a niños, niñas y

adolescentes en Puerto Rico se obtuvo una prevalencia del 8% en 2004; en Brasil del 5.1% en 2015, en México se reportó para el 2015 una prevalencia de 10% y en España se reportó un 7% durante 2017 [10].

En el mundo el TDHA tiene una prevalencia de entre 8 y 10 % en niños, niñas y adolescentes; se considera un problema de salud mental pública en países de primer mundo y los que están en vías de desarrollo [11]. La cantidad de personas con este trastorno ha aumentado y también se ha acortado la edad en la que se puede detectar. Años atrás la prevalencia estimada del TDAH era aproximadamente el 4%-6%, investigaciones más recientes arrojan datos que bordean 20%, incluso los más cautelosos señalan prevalencias superiores al 10%. Probablemente jueguen un rol esencial las diversas pruebas de valoración en relación a los porcentajes de prevalencia [12].

De igual modo, durante el año 2016 se estimó una prevalencia mundial de 5,29% hasta los 18 años de edad, que representaba de alrededor de 2 a 4 consultas en cuanto a prestaciones de psiquiatría infanto-juveniles [13]. Es considerado como un problema en salud pública a nivel de Latinoamérica cuyo alcance perjudica a un aproximado de 36 millones de personas. Se calculó una prevalencia estimada de 5.29%, no existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos [14]; al menos la cuarta parte de los pacientes están llevando terapia multimodal; de ellos, solamente el 23% cuenta con soporte terapéutico psicosocial y el 7%, régimen farmacológico idóneo [15].

En Perú, según el informe Epidemiológico de Salud Mental en niños y adolescentes de Lima Metropolitana y Callao 2007, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, el TDAH afectó al 9.5 % del colectivo [16], en el más reciente estudio realizado por el mencionado instituto durante el año 2021 se obtuvo una prevalencia de 12.1% de casos en específico [17]. Las cifras demuestran que en los últimos años se ha elevado de una manera considerable los casos de TDAH al interior de nuestro país.

Respecto a este problema, el Estado peruano ha implementado políticas como la Ley N° 30956 orientada a la protección de las personas con TDAH en donde se declara al 13 de Julio de cada año como el Día Nacional de Sensibilización sobre el TDAH, en base a lo cual el Ministerio de Salud (MINSA) elaboró el Plan Nacional para las Personas con TDAH que incluye acciones para impulsar servicios de detección y diagnóstico precoz, atención y tratamiento, orientación a familiares e inclusión social y educativa [18].

En este contexto, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota – 2023?, teniendo como hipótesis que prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota – 2023 es menor al 12%.

Se planteó como objetivo general determinar la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota, y como objetivos específicos: 1) caracterizar a los adolescentes de la ciudad de Chota que presenten síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad durante el año 2023 y 2) identificar a los adolescentes de la ciudad de Chota que presenten síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 2023.

Respecto a los resultados, se encontró que la prevalencia de síntomas de trastorno por hiperactividad con déficit de atención en adolescentes de Chota es de 13% y con una probabilidad de error del 5%, la población se encontrará entre 11 y 15%. Asimismo, el 49,1% de los adolescentes presentó TDAH con predominio inatento, y mayor incidencia en mujeres; el TDAH hiperactivo fue más usual en hombres al igual que el TDAH combinado. En cuanto a la caracterización de los adolescentes con síntomas de TDHA, el 72,3% nació mediante parto normal, 77,7% señaló no padecer de ninguna enfermedad diagnosticada, los padres del 66,1% de ellos, mantienen una relación de convivencia.

En este estudio se presentan cinco apartados que son introducción, marco teórico, marco metodológico, resultados y discusión, y finalmente se recogen las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. Además, se incluyen anexos como el instrumento de medición empleado para recabar la información y el análisis de fiabilidad del mismo.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes del estudio.

Llanos LJ, García DJ. (Colombia, 2019) realizó la investigación “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años”, con el objetivo de determinar la prevalencia de TDAH en escolares de Barranquilla con edades entre 6 a 17 años; fue un estudio analítico, de naturaleza cuantitativa, prospectivo y transeccional. En una muestra de 383 individuos obtuvo como resultado que el 15% tenían diagnóstico de TDAH representado por una cantidad de 59 de los cuales 38 eran varones y 21 mujeres, en donde 7,3% tenían el trastorno en su subtipo combinado, 5% inatento y 3,1, hiperactivo. Se concluye que la prevalencia en Colombia se sitúa entre el 15-17%, lo cual dista de lo escrito a nivel mundial [19].

Morrillo Z, Guzmán D. (República Dominicana, 2019) realizó el estudio “Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en pacientes de 6 a 12 años, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, durante el período noviembre 2016 - abril 2017” con el objetivo de conocer la prevalencia de TDAH en los pacientes que son atendidos en el consultorio de psiquiatría del establecimiento de salud en mención, de corte prospectivo y analítico. A través de informes y series de casos, con una muestra de 76 pacientes de 6 a 12 años se obtuvo una prevalencia de 7.6 %, se destacaron las edades comprendidas entre 6 a 8 años, el sexo masculino fue el más frecuente. Referente al subtipo resultó que el 68.4% fue mixto, el 18.4% tuvo inatención y el 13.2%, hiperactividad. Concluyendo que la prevalencia fue de un 7.6 % [20].

Hernández F. (España, 2018) en su estudio “Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes de los centros escolares públicos de primarias del área urbana de la ciudad de León, en el periodo de febrero del 2015 a noviembre del 2016”, con objetivo de

establecer la prevalencia de TDAH en adolescentes e infantes de etapa escolar en centros escolares Rubén Darío, Modesto Armijo, Salomón de la Selva y John F. Kennedy ubicados en ciudad de León, investigación descriptiva de corte transversal, con una muestra de 312 estudiantes, obtuvo como resultado que el mayor predominio del trastorno comprende el intervalo de edad de 6 a 8 años con un 40.4% seguido por igual con un 29.8% en los intervalos de 9 a 11 y 12 a 15 años. En las edades de 6 a 8 años el déficit de atención sumado a hiperactividad se presentó en el 14.9%, hiperactividad en un 12.8%. y déficit de atención se presentó en 16% en la edad 12 a 15 años. Concluyendo que de manera general la prevalencia determinada en los centros educativos contando con la ayuda de los docentes fue del 30.1% [21].

Huertas HH. (Perú, 2019) en la investigación “Frecuencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adolescentes que cursan el tercer grado de educación secundaria en la institución educativa “Honorio Delgado Espinoza” del distrito de Cayma – Arequipa” con el objetivo de establecer la prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adolescentes, valiéndose de la escala de Conners, estudio descriptivo prospectivo, con una muestra de 220 niños y adolescentes con edades entre 5 y 15 años y tuvo como resultado que el 6,93% de estudiantes presentó los síntomas de TDAH, poseen problemas psicosomáticos en un 14.29%, impulsividad en un 8.16% e hiperactividad en un 7.34%, también tienen problemas de comportamiento en un 8.16% y aprendizaje en un 7.14%. Se concluye que la prevalencia de TDAH es de 6.93% [22].

Begazo IJ. (Perú, 2018) en su investigación “Prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores sociodemográficos en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria del C.E. Libertador Castilla, Arequipa – 2018”, tuvo como propósito establecer la prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con factores sociodemográficos en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria. Fue un estudio tipo transversal, observacional y prospectivo, trabajó con 114 escolares obteniendo como resultado que la presencia de TDAH obtenida por el instrumento escala

autoaplicable de CEPO fue de 6.14% con 7 casos. Se llegó a la conclusión de que la frecuencia de TDAH en la población fue un 6.14% [23].

2.2. Bases conceptuales.

2.2.1. Bases teóricas.

La presente investigación se sustenta en el modelo psicobiológico de la personalidad de Eysenck, HJ. (1990). Esta teoría es dimensional o factorialista, es decir, propone la existencia de factores de la personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales [24]. Las dimensiones básicas son:

✓ El Neuroticismo (N): Regula la actividad del sistema límbico, encargado de regular las emociones y liberar noradrenalina, determina el grado de emotividad de las personas. Se relaciona con la disposición a padecer algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. Los individuos con N elevado son ansiosos, deprimidos, tensos, irracionales, tímidos, tristes, emotivos, con baja autoestima y sienten culpabilidad [25].

✓ La Extraversión (E): Su fundamento biológico podría ser el sistema activador reticular ascendente, fundamenta que los introvertidos suelen tener mayor actividad en el circuito retículo-cortical, mientras los extrvertidos tienen niveles bajos y, por ello, requieren más estimulación ambiental para tener el nivel adecuado de activación cortical. Los individuos E son sociables, vivaces, activos, asertivos, buscan sensaciones socializadas, despreocupados, dominantes, espontáneos y aventureros [25]

✓ El Psicoticismo (P): no está bien definido, se basa en la "búsqueda de sensaciones impulsivas no socializadas" caracterizada por la desinhibición, la cual está influida por la activación de los

circuitos noradrenérgicos y dopaminérgicos, bajos niveles de serotonina, altos niveles de testosterona y bajos niveles de la enzima monoaminooxidasa (MAO). Un individuo con alto P es: agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, creativo, rígido y poco empático. Un individuo con bajo P es: altruista, empático, responsable, socializado y convencional [25].

Eysenck sostenía que las incógnitas en torno a la personalidad se determinan claramente en la genética, incluyendo esquemas fisiológicas y hormonales, y se pueden verificar con procesos experimentales. A causa de ello se plantea como un modelo psicobiológico de la personalidad [24].

El TDAH supone etiología y desarrollo patológico tanto de índole psicológico como del neurobiológico y por ello se ajusta a la teoría de Eysenck en la que se afirma que existen una variedad de factores que intervienen en el desarrollo de la personalidad y sus diversos trastornos.

2.2.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

2.2.2.1. Historia.

Las descripciones iniciales de trastornos de la conducta durante la niñez tienen lugar a mitad del siglo XIX con Hoffman (1845) y Mandsley (1867).

La descripción que hoy en día clasificamos como científica se debe al médico británico Sir George Frederick Steal (1902), “Trastorno por Hiperactividad”. En 1990 Barkley explicaba el TDAH como un trastorno del desarrollo cuya característica era los elevados niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad que es inadecuadas [26].

Durante 1902 el pediatra Still precisó el TDAH como una enfermedad en la que los niños no pueden reprimir su comportamiento, son inquietos y tienen poca atención. En 1960 aparece la primera descripción del trastorno en la American Psychiatric Association en el diagnóstico y manual estadístico de trastornos mentales (DSM), en 1980 este trastorno es denominado como Trastorno por déficit de atención y en 2001 se se determina el termino usado hoy en día [26].

A lo largo de la historia se ha estudiado el trastorno analizando el comportamiento, llegando a identificar principalmente los patrones de conducta que caracterizan a este trastorno como son inatención, hiperactividad e impulsividad; pasando por múltiples denominaciones según el avance de la ciencia.

2.2.2.2. Clasificaciones internacionales.

En los años 50 se llamó a este conjunto de síntomas como “síndrome hiperkinético”. En 1952 en la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), traducido como Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales no se hizo alusión al TDAH. En 1968 en el DSM-II el TDAH surge con el nombre de «trastorno hiperkinético impulsivo». En DSM-III, es nombrado como trastorno por déficit de atención (TDA) [27].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 publicó la décima versión de la “Clasificación internacional de enfermedades” (CIE), CIE-10, donde se incluye el TDAH como un ente diagnóstico llamado «trastorno hiperkinético». La APA en 1994 en el DSM-IV, recoge el TDAH como categoría diagnóstica [27].

La clínica varía a lo largo del ciclo de la vida siendo necesario tener un análisis longitudinal y no transversal de la sintomatología para cómo evoluciona el TDAH en cada individuo. Pese a que se distinguen

clínicamente de manera aislada a un subgrupo de sujetos con TDAH inatento, TDAH hiperactivo o TDAC combinado [28].

2.2.2.3. Definición.

El TDAH es un trastorno de neurodesarrollo que se distingue por la distractibilidad, desinhibición, impulsividad e hiperactividad y es el más común de la infancia [2]. En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el TDAH se califica como un trastorno del desarrollo neurológico, caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo o ambos [1].

Según el DSM-V se reconocen los subtipos clínicos:

1) TDAH con predominio inatento: Obedecen los criterios de inatención, más no los de hiperactividad e impulsividad a lo largo los últimos 6 meses. Criterios de inatención:

- Descuida en tareas escolares u otras actividades.
- Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o juegos.
- Tiene dificultad para atender o concentrarse cuando alguien le habla directamente.
- No termina las tareas o encargos que comenzó.
- Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades que realiza
- Evita esfuerzo mental por tiempo prolongado
- Extravía objetos necesarios para realizar tareas o actividades
- Se distrae fácilmente
- Es descuidado en las actividades diarias [29].

2) TDAH con predominio hiperactivo/impulsivo: Obedece los criterios de hiperactividad e impulsividad, mas no los de inatención a lo largo de los últimos 6 meses. Criterios de impulsividad/hiperactividad:

- Mueve en exceso las manos o los pies en su carpeta.
- Abandona su carpeta en la clase o en otras situaciones en las que debe permanecer sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo.
- Tiene dificultad para jugar o dedicarse a actividades de distracción tranquilamente.
- Esta siempre en marcha o actúa como si tuviera un motor.
- Habla demasiado.
- Da respuestas apresuradas antes de que terminen de preguntarle algo
- Tiene dificultad para esperar que llegue su turno en situaciones en las que debe esperarlo.
- Interrumpe a otras personas cuando están ocupadas [29].

3) TDAH combinado: Obedece los criterios de inatención más los de hiperactividad e impulsividad a lo largo de los últimos 6 meses [29].

2.2.2.4. Epidemiología.

El TDAH es el problema de salud mental más importante que afecta a la infancia arrojando estadísticas de prevalencia de 5 a 8% de individuos diagnosticados a nivel mundial [30].

En la población en general el TDAH tiene una prevalencia en adolescentes de 2.5 a 4% [31]. Los estudios publicados respecto a prevalencia muestran resultados variables ubicados entre el 1% y el 24% dada la metodología que emplea cada estudio. En la actualidad se acepta como cifras de prevalencia más prudentes alrededor de 6-8% \pm 3, lo cual representaría un/a niño/a por aula de 20-25 estudiantes, no hay diferencias significativas entre los diversos países o regiones del planeta [32].

Según Belez, (2016) citado por Martínez en 2017 el TDAH es un trastorno muy usual en la infancia y adolescencia cuya prevalencia bordea el 5,9 y 7,1% en niños y adolescentes y prevalece en un 5% en adultos, siendo más frecuente en niñas que en niños, obedeciendo una relación 3:1 [33].

Los datos observados a nivel mundial no dan una estadística exacta y hay variedad de parámetros dando valores estimados considerablemente altos sobre todo en niños y adolescentes sin diferencias significativas entre las diversas muestras de estudio.

A nivel del Perú, según el estudio Epidemiológico de Salud Mental en niños y adolescentes de Lima Metropolitana y Callao 2021, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, el TDAH afecta al 12.1% de casos en específico [17]. Los centros de salud mental comunitaria en Perú durante el 2019 atendieron 5,410 casos de TDAH en los diversos grupos etarios y 5,474 casos durante el 2021 [34].

2.2.2.5. Etiología.

El TDAH es multifactorial, una vertiente de factores genéticos y ambientales, más entenderse como una entidad netamente neurobiológica, expone variedad de perfiles fisiopatológicos de fondo [35].

Según estudios de anatomía, los cerebros de niños con TDAH sufren cambios en su estructura, existe una reducción en el volumen cerebral en un 3 a 5%. Con frecuencia las zonas que se ven afectadas de esta manera son el cerebelo, el núcleo caudado, el putamen derecho y el globus palidum derecho. Los factores ambientales y externos del individuo tienen también un rol esencial en la prevalencia de este

trastorno, entre ellos tenemos la edad, el sexo, la raza y el estado socio-económico [35].

Existen estudios que toman en cuenta también múltiples factores ambientales pre, peri y posnatales, entre los más sólidos están bajo peso/prematuridad, exposición a cigarrillo y alcohol durante el embarazo y adversidad psicosocial. Además, investigaciones indican que los padres con precedente de TDAH tienen una fuerte contribución genética, son propensos en más del 57% a tener hijos con este trastorno [36].

Se atribuye una gran variedad de causales para la aparición de TDAH mostrando anomalías biológicas tomando en cuenta condiciones del desarrollo desde la etapa prenatal, exposición a sustancias nocivas y problemas psicosociales. Por el lado genético se señala una amplia heredabilidad, por lo cual se podría decir que factores de distinta índole pueden propiciar el origen del trastorno.

2.2.2.6. Fisiopatología.

En el TDAH están involucrados principalmente los sistemas que regulan la dopamina, la adrenalina, la serotonina, etc., existe afección sobre todo en el lóbulo frontal y las áreas prefrontales, provocando alteraciones en la atención, en el control de impulsos, la inhibición de respuestas y la toma de decisión [37].

Jensen PS citado por Bravo EA [38] describe la intervención del sistema de dopamina, señala que el gen (DAT1) que se caracteriza por tener usualmente 9 repeticiones en tándem de una sección del gen presenta 10 polimorfismos en las personas con TDAH. El gen DRD4 posee 3 repeticiones en tándem, aunque puede tener entre 2, 4 y 7 polimorfismos, estas 7 repeticiones se relacionan al trastorno; ambos genes tienen parte en la vía de dopamina.

Investigaciones neuroanatómicas demuestran que el tamaño del cerebro y cerebelo de los niños con TDAH es menor. Mediante magnetoencefalografía se demostró que los niños con TDAH presentan una alteración en el procesamiento de la información, tienen una respuesta temprana y precoz en el lóbulo parietal inferior izquierdo, así como en el giro temporal posterosuperior, y casi no reaccionan en el córtex cingulado anterior [37].

Por esta razón, aunque ellos perciben el estímulo, e incluso demuestran una reacción más fuerte a él, no lo procesan como señal interactiva en el sector del córtex cingulado. Estos datos apoyan las bases neurobiológicas del TDAH y harán posibles clasificaciones endofenotípicas basadas en las evidencias biológicas, incluyéndose a más largo plazo las genéticas [37].

Tomados en conjunto, los estudios de imagenología cerebral y los neuropsicológicos, sugieren la participación del circuito fronto-estriatal derecho, más la influencia moduladora del cerebelo, en la neurobiología patológica del TDAH. El circuito córtico-estriatal talámico selecciona, inicia y ejecuta respuestas cognitivas y motoras complejas y los circuitos cerebelosos aportan la guía para estas funciones. Las implicaciones teóricas de los hallazgos anatómicos actuales en pacientes con TDAH son sólo tentativas [39].

Sobre el TDAH los estudios existentes plantean que los genes asociados a los sistemas que regulan los canales de dopamina, serotonina y adrenalina poseen un número irregular de repeticiones por lo cual existe una liberación anormal de estos neurotransmisores, provocando alteraciones en las estructuras del sistema nervioso, sobre todo en el área frontal del cerebro y que dan lugar a la clínica propia del trastorno.

2.2.2.7. Manifestaciones clínicas.

Se debe diferenciar el TDAH de los rasgos propios de cada etapa de evolución, nivel de desarrollo o coeficiente intelectual. Con el crecimiento de los niños los síntomas se atenúan, sobre todo la hiperactividad. La intensidad de los síntomas depende del contexto, se atenúa en situaciones muy estructuradas y organizadas o novedosas e interesantes como los videojuegos o la internet; en contextos no tan atractivos el problema es más visible ya que es tedioso para un paciente de este tipo realizar tareas que no les parezcan agradables [35].

La supervisión personal o gratificación frecuente alivian los síntomas que en contextos grupales son peores, por ello se debe recabar información del rendimiento académico. La presentación más usual de TDHA es la combinada y es en donde convergen los tres síntomas característicos, pero también puede manifestándose con predominio inatento, sobre todo en niñas, o con predominio hiperactivo/impulsivo, el cual es menos frecuente [35].

Los triada sintomatológica se caracteriza por:

- ✓ Inatención o déficit de atención: dificultad para prestar atención en clase y sostener conversación por que cambian de tema frecuentemente, no apuntan sus deberes, olvidan sus útiles escolares, les resulta difícil organizar actividades y concentrarse en ellas ya que se distraen fácilmente y no las acaban, cometen errores por descuido, entregan tareas incompletas, parece no escuchar cuando se le habla, no pueden centrarse en una lectura y suelen extraviar sus cosas [40].

- ✓ Hiperactividad: excesiva actividad física, inquietud, mueve siempre las manos o los pies, se balancea, no puede estar mucho

tiempo sentado, corre y salta en situaciones impropias, habla mucho y no soporta actividades tranquilas [40].

✓ Impulsividad: es espontaneo, no controla sus reacciones, acciones, pensamientos o emociones, es ansioso, da respuestas antes de tiempo, incluso cuando no se le ha terminado de preguntar, interrumpe cuando otros hablan, son irritables y hasta agresivos y groseros, no esperan su turno y no forman filas, algunos presentan trastorno de conducta cuando llegan a la adolescencia [40].

Los síntomas de TDAH varían según el grupo etáreo, nivel de desarrollo y capacidad intelectual de los pacientes en los cuales las manifestaciones clínicas características son el déficit de inatención, hiperactividad e impulsividad presentándose con predominio inatento, hiperactivo o la combinación de ambos patrones.

2.2.2.8. Diagnóstico.

Como primer punto, se detallan un esquema de conductas típicas que deben preservarse de manera constante a lo largo del tiempo, presentarse a partir de los 12 años y ocurrir en al menos dos contextos distintos, por ejemplo, la casa y la escuela. Otro criterio que obedece es que esos síntomas impacten y disminuyan la calidad de la actividad social, escolar o laboral. En último lugar, se destaca que los síntomas no estén influenciados por un trastorno psicótico y no se explique mejor por comorbilidad con otra enfermedad mental [41].

Para Rusca y Cortés [35] el TDAH no necesita ser diagnosticado con pruebas psicológicas ni neuropsicológicas, pero se puede emplear pruebas que midan la participación en funciones ejecutivas. Un metaanálisis comprobó que los niños con TDAH tuvieron puntajes más bajos en cuanto a su capacidad para almacenamiento y

ejecución del lenguaje y actividades visuoespaciales a comparación de un grupo control [42].

2.2.2.9. Tratamiento.

El TDAH principalmente suele ser tratado con medidas farmacológicas para paliar o disminuir los síntomas siendo los psicoestimulantes como el metilfenidato los medicamentos más utilizados hoy en día pese a que la OMS desestima su uso a razón de que existen suficientes estudios sobre sus posibles efectos adversos [43].

De igual modo existe literatura que afirma que si un paciente tiene TDAH, es apropiado brindarle tratamiento con estimulantes (metilfenidato, lisdexanfetamina) o no estimulantes (atomoxetina, guanfacina) dado que estos grupos de fármacos han demostrado ser efectivos para mermar los síntomas principales del TDAH y ayudan a mejorar la conducta [44].

Las investigaciones disponibles indican que los psicoestimulantes cambia el flujo de determinados neurotransmisores, pero sostener que un hipotético desbalance trae complicaciones en el TDAH necesita pruebas que actualmente no existen. A futuro, los derivados anfetamínicos pueden dar lugar a un síndrome de discontinuidad y una respuesta neuroadaptativa, limitando la liberación de dopamina por parte de la neurona presináptica y el número de receptores en la postsináptica. Ocurriría la tendencia del organismo a restablecer la homeostasis química afectada por el medicamento [44].

La falta de evidencias sobre el beneficio de los fármacos da lugar a los tratamientos psicológicos que están orientados a que el niño con TDAH tenga mejor comprensión de su condición, evalúe las causas y la repercusión de su comportamiento involucrándolo de forma activa

en modificar positivamente sus conductas más conflictivas. Comúnmente este tipo de tratamiento se ha realizado de manera individual y con participación de padres y maestros, no obstante, se han formulado también intervenciones de grupo cuyo fundamento es la atención plena para población con TDAH [45].

El tratamiento psicológico en los pacientes debe empezar desde que se establece el diagnóstico. Los resultados óptimos en el tratamiento se obtienen combinando terapia farmacológica y psicológica. El tratamiento de la conducta, a través de técnicas de modificación del comportamiento, es la intervención no farmacológica más eficiente. Los componentes específicos de los tratamientos de comportamiento para el TDAH implican el manejo de contingencia directa y la terapia clínica de comportamiento [46].

2.2.2.10. Complicaciones.

En un estudio longitudinal realizado en marzo de 2013 que se basó en el monitoreo de 5 718 niños, en donde 367 estaban diagnosticados con TDAH, comprobó que el 29% de los que tenían el trastorno lo conservaban hasta la edad adulta. El 81% de estos presentaba al menos un trastorno psiquiátrico entre los que sobresalieron el abuso y/o dependencia de sustancias, trastorno de personalidad antisocial, episodios hipomaniacos, ansiedad generalizada y depresión mayor [47].

2.2.2.11. Comorbilidades.

Los pacientes con TDAH son más propensos a presentar trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante, trastorno depresivo mayor y ansiedad. Los adolescentes presentan además diagnósticos asociados como trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar. Este último se presenta en el 10% de los pacientes con TDAH,

dificultando el diagnóstico ya que sus síntomas se superponen con los presentes en el TDAH [47].

Si se da una comorbilidad con trastorno de conducta el riesgo de abuso de sustancias y de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial en la adolescencia o en la adultez es mayor. El riesgo de suicidio es más alto si coexisten comorbilidades como depresión, trastorno de conducta y abuso de sustancias, así como la presencia de familias disfuncionales [48].

Usualmente los síntomas de TDAH se enmascaran en manifestaciones de alguna comorbilidad, lo cual es un obstáculo en el diagnóstico. Se destaca la influencia de los trastornos paralelos que se presentan usualmente con TDAH influyen significativamente en la evolución, pronóstico, elección y respuesta al tratamiento [48].

2.2.2.12. Retos en la actualidad.

El primer reto sería llevar a cabo un diagnóstico precoz, adecuado, de calidad y universal. Mientras más rápido se identifique el trastorno más pronto podrá iniciarse el tratamiento, evitando complicaciones, sin embargo, en la actualidad no se cuenta con marcadores de diagnóstico y pronóstico. Diagnosticar el TDAH en base a la clínica dependerá del profesional de salud y su experiencia para detectar tanto el trastorno como sus comorbilidades las cuales están presentes en 85% de los casos; priorizando condiciones de riesgo: prematuridad, sexo femenino, traumas de todo tipo, pacientes institucionalizados [49].

Debemos tener en cuenta que esta patología es crónica y los requerimientos que conlleva el tratamiento cambia según la edad y las enfermedades asociadas que presenta, lo cual supone no dejar de lado a los adultos diagnosticados en edades tempranas y a los cuales

se les cierra las puertas del tratamiento que los ayudo hasta alcanzar la mayoría de edad [49].

El acceso a un tratamiento efectivo que menore el abandono por errática o efectos no deseados representa otro reto que hace vital dar información adecuada sobre los mismos y su correcta aplicación. Un tercer problema sería identificar al profesional sanitario más indicado para diagnosticar el TDAH, idealmente el diagnóstico debería hacerse en establecimientos especializados en infancia y adolescencia y con un apropiado seguimiento contribuyendo de esta manera a tener parámetros de prevalencia más precisos [49].

Cabe recalcar entonces como retos clave la importancia de un diagnóstico precoz y una adecuada identificación de comorbilidades, tener en cuenta también que es una enfermedad crónica por lo cual debe asegurarse el acceso a un tratamiento efectivo y a establecimientos especializados con personal idóneo para el manejo de TDAH.

2.2.3. Adolescencia.

Derivado del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez» la adolescencia es una etapa del desarrollo que ocurre pasada la infancia, suscitándose un acelerado proceso de maduración física, psicológica y social que conlleva a la adultez. Ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, de índole biológica, psicológica y socialmente, alcanzando madurez y relativa independencia [50].

2.2.3.1. TDAH en adolescentes.

Los adolescentes que presentan síntomas marcados de TDAH obtienen resultados significativamente inferiores en relación a sus pares que no poseen este trastorno, esto origina en ellos dificultades mayores en cuanto a su desenvolvimiento académico principalmente

la esfera motivacional y todo aquello que incluya sus capacidades cognitivas [51].

Se estima que durante la adolescencia entre 40 a 69% de casos se mitigan y los estudios dan referencias muy variables de las personas que manifiestan síntomas de TDAH en el transcurso de la vida; incluso se desconoce la situación de pacientes con mayor edad porque no existen muchas investigaciones que brinden datos al respecto [52].

2.3. Definición de términos básicos.

2.3.1. Trastorno por hiperactividad y déficit de atención.

El TDAH es uno de los trastornos del desarrollo neurológico más frecuentes, el cual se caracteriza por la dificultad en la atención, hiperactividad e impulsividad; provocando un deterioro funcional significativo en el individuo [53].

2.3.2. Adolescencia.

Según la OMS la adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo humano posterior a la niñez y previa a la edad adulta que comprende entre los 10 y 19 años. Es uno de los periodos de transición más relevantes de la persona, caracterizado por un rápido ritmo de crecimiento y de cambios, condicionado por diversos procesos biológicos [54].

2.3.3. Prevalencia.

La prevalencia es una proporción que indica la frecuencia de un evento. La prevalencia de una patología se incrementa a razón de una mayor duración de esta, el alargamiento de la vida de los pacientes sin que hayan sido curados, el acrecentamiento de casos nuevos, la afluencia de casos, la emigración de sanos y la mejoría de las posibilidades diagnósticas [55].

CAPÍTULO III.

MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Ámbito de estudio.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Chota, ubicada en la región centro occidental de Cajamarca, emplazada en la margen derecha del río Chotano, a una altitud de 2388 m.s.n.m. y con una superficie de 3795,10 km² [56], al interior de los principales colegios públicos del área urbana de la ciudad de Chota que son la I.E. de nivel secundario “San Juan” de Chota, I.E. de nivel secundario “Sagrado Corazón de Jesús”, I.E. de nivel secundario “Santa Rafaela María” y I.E. de nivel secundario “Comercio”; todos los colegios en los que se va a trabajar son públicos, imparten educación básica regular y son mixtos.

3.2. Diseño de investigación.

El presente estudio es de enfoque cuantitativo dado que partir de la variable de estudio se obtuvieron datos que se pueden medir y cuantificar, los cuales fueron procesados estadísticamente para presentar y analizar los resultados investigativos [57]. De acuerdo a la clasificación planteada por Supo en el año 2012 la investigación cumple las siguientes características:

- Diseño observacional ya que los datos reflejan el curso natural de los eventos sin darse la intervención del investigador [58].
- Tipo transeccional por que la variable será medida en una sola oportunidad [58].
- Nivel de investigación es descriptivo debido a que se realizará la estimación de parámetros en torno a una sola variable [58].

3.3. Hipótesis.

H_i: La prevalencia de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota en 2023 es menor al 12%.

H₀: La prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota en 2023 no es menor al 12%.

3.4. Población, muestra y unidad de estudio.

La población considerada fue de 2779 adolescentes pertenecientes a las instituciones educativas San Juan (1472), Sagrado Corazón de Jesús (806), Abel Carbajal Pérez – “El Comercio” (164) y Santa Rafaela María tiene (337). Se realizó el cálculo de la muestra para estimación de frecuencias con marco muestral conocido mediante la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

d= precisión o margen de error

N = población

aceptado

Z = parámetro estadístico de nivel de confianza

p = probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

Obtenemos:

Institución Educativa	Población (N)	Tamaño de la muestra (n)
San Juan	1472	305
Sagrado Corazón de Jesús	806	260
Santa Rafaela María	337	180
El Comercio	164	118
TOTAL	2779	863

En cada una de las instituciones educativas se aplicó un muestreo estratificado, considerando cada grado educativo como un estrato, hasta completar la muestra requerida en cada una de ellas. Las unidades de análisis se seleccionaron con la lista de alumnos de los 5 grados brindada en cada colegio seleccionando aleatoriamente mediante stat en calculadora. Según la fórmula de muestreo estratificado:

$$n_i = n/i$$

Donde:

n_i : estrato i en muestra

n : muestra

i : cantidad de estratos

Institución Educativa	Tamaño de la muestra (n)	Alumnos por grado (i = 5)
San Juan	305	61
Sagrado Corazón de Jesús	260	52
Santa Rafaela María	180	36
El Comercio	118	24
TOTAL	863	173

3.4.1. Criterios de inclusión.

- ✓ La edad promedio de los participantes será de 11 a 17 años.
- ✓ Los participantes serán adolescentes matriculados en la I.E. de nivel secundario San Juan, I.E. de nivel secundario Sangrado Corazón de Jesús, I.E. de nivel secundario Santa Rafaela María, I.E. de nivel secundario Abel Carbajal Pérez.

✓ Se trabajará con adolescentes que posean consentimiento informado y asentimiento informado, siendo la ausencia de alguno de los mencionados causal para no ser considerado en la investigación.

3.4.2. Criterios de exclusión.

- ✓ Adolescentes que no deseen participar en el estudio.
- ✓ Alumnos que falten a clase el día en que se recojan los datos.
- ✓ Alumnos que no posean asentimiento y/o consentimiento informado.
- ✓ Adolescentes que tengan algún retraso en el coeficiente cognitivo con diagnóstico médico.

3.5. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Patrón mal adaptativo y desmedido para la edad del niño con clínica de hiperactividad, impulsividad y/o inatención, que se presentan por lo general desde antes de los 7 años de edad del niño, en más de un contexto, y que puede afectar a lo largo de las diferentes edades del preescolar, el niño, el adolescente y el adulto [59].	INATENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descuido en tareas escolares u otras actividades 2. Dificultad para mantener la atención en tareas o juegos 3. Dificultad para atender o concentrarse cuando alguien me habla directamente 4. No termina las tareas o encargos que comenzó. 5. Dificultad para organizar las tareas y actividades que realiza 6. Evita esfuerzo mental por tiempo prolongado 7. Extravía objetos necesarios para realizar tareas o actividades 8. Se distrae fácilmente 9. Es descuidado en las actividades diarias 	Ítem 1 al Ítem 9

		HIPERACTIVIDAD/ IMPULSIVIDAD	<p>10. Mueve en exceso las manos o los pies en su carpeta.</p> <p>11. Abandona su carpeta en la clase o en otras situaciones en las que debe permanecer sentado.</p> <p>12. Corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo</p> <p>13. Dificultad para jugar o dedicarse a actividades de distracción tranquilamente</p> <p>14. A menudo estoy en marcha o actúo como si tuviera un motor.</p> <p>15. Hablo demasiado</p> <p>16. Da respuestas apresuradas antes de que terminen de preguntarle algo</p> <p>17. Dificultad para esperar que llegue su turno en situaciones en las que debe esperarlo.</p> <p>18. Interrumpe a otras personas cuando están ocupadas</p>	<p>Ítem 10 al Ítem 18</p>
--	--	---------------------------------	--	---

		COMBINADO	Si contesta de manera afirmativa seis o más preguntas de la dimensión inatención o si responde seis preguntas o más de manera afirmativa en la dimensión hiperactividad/impulsividad	Ítem 1 al Ítem 9 / Ítem 10 al Ítem 18
--	--	-----------	--	---

3.6. Descripción de la metodología.

Se aplicó la técnica de encuesta empleando una escala autoadministrada, sincrónica, no anónima; para el procedimiento de recolección de datos se captó a los participantes y se les explicó las implicancias del estudio haciendo llegar una carta de invitación, se firmó también el consentimiento informado por parte de sus padres o tutores legales y el asentimiento informado donde se expresaron su deseo de participar en el llenado del instrumento.

Se utilizó el instrumento de medición documental denominado “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” el cual fue validado por Ramos C. y Pérez C. mediante el estudio “Propiedades psicométricas: ADHD Rating Scale IV en formato autoreporte” empleando una muestra conformada por 245 estudiantes con una edad promedio de entre 14 y 18 años, realizado en la ciudad de Quito, Ecuador durante el año 2016 [60].

Consta de 18 ítems basados en los criterios para el diagnóstico del TDAH indicado en el DSM-5, cuya consistencia interna posee un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,83$. Consta de 9 ítems de la dimensión inatención con un $\alpha = 0,77$. La dimensión hiperactividad/impulsividad se conforman por los siguientes nueve ítems con $\alpha = 0,78$. Cada ítem se valora de cero a tres puntos (0: nunca, 1: algunas veces, 2: muchas veces y 3: siempre) [60].

30

Las opciones de respuesta: muchas veces y siempre son las que se consideran como respuestas afirmativas en el test. Es resultado patológico si el participante contesta de forma afirmativa seis o más preguntas de la dimensión inatención o si responde seis preguntas o más de manera afirmativa en la dimensión hiperactividad/impulsividad. De obtener un resultado positivo en ambas partes el estudiante presenta TDAH combinado [29].

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1. Identificación de los adolescentes con síntomas de TDAH.

Tabla 1. Identificación de adolescentes con síntomas de TDAH de la ciudad de Chota, 2023.

Adolescentes con síntomas de TDAH	Frecuencia	Porcentaje
No tiene TDAH	751	87,0
Tiene TDAH	112	13,0
Total	863	100,0

Fuente: “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” aplicada a los adolescentes.

En una muestra conformada por 863 adolescentes en edad escolar de diferentes grados de nivel secundario, 112 de ellos presentaron síntomas de TDAH según el DSM-IV lo cual representa el 13% y un 87% de ellos no tienen el trastorno.

El estudio de Huertas HH. [22] mediante la aplicación del test de Conners, obtuvo como resultado que el TDAH se presenta en el 6.93% de los participantes; Begazo IJ. [23] obtuvo un 6.14%. El dato derivado de esta investigación es mucho mayor al de los antecedentes, sin embargo, debemos tomar en cuenta que ambos estudios fueron realizados con anterioridad a la pandemia por COVID-19 que contribuyó al aumento de casos de TDAH, así como el retorno a la escolaridad en una nueva normalidad posterior a la pandemia.

Lo anteriormente mencionado se manifiesta en las estadísticas nacionales que reflejan un incremento en la prevalencia pasando de 9.5% en 2007 durante una etapa prepandemia a 12.1% en 2021 en pleno auge de la COVID-19 donde el mundo experimentó un cambio brusco que desencadenó varios

problemas de salud mental en la población de todas las edades. Ambos datos pertenecientes a las encuestas nacional de Salud Mental de los años respectivos evidenciarían el aumento que la COVID-19 provocó en la prevalencia de TDAH.

Tabla 2. Tabla de frecuencias para el TDAH según subtipo en adolescentes con síntomas de TDAH, 2023.

TDAH por subtipo	Frecuencia	Porcentaje
TDAH Inatento	55	49.1
TDAH Hiperactivo	38	33.9
TDAH Combinado	19	17.0
Total	112	100.0

Fuente: “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” aplicada a los adolescentes.

De acuerdo a subtipos clínicos según lo encontrado en los adolescentes que formaron parte del estudio tenemos que el 49,1% de los adolescentes identificados con TDAH presentó el trastorno con predominio inatento, el 33,9% tuvo predominio hiperactivo y el 17% presenta TDAH combinado, donde la fracción más representativa de la muestra está compuesta por adolescentes con TDAH intento seguido por le TDAH hiperactivo.

Los resultados se diferencian de los encontrados por Morrillo Z y Guzmán D. [20] que obtuvieron que el subtipo predominante en los sujetos que estudiaron era el combinado seguido por el subtipo inatento. De igual modo Llanos LJ. y García DJ., [19] en el estudio que realizó obtuvo que la mayoría de individuos presentó el trastorno en su subtipo combinado; Hernández F. [21] por otro lado indica al hiperactivo como subtipo predominante. Todos los resultados mencionados son distintos a lo encontrado en esta investigación ya que los datos arrojan como subtipo clínico predominante en los adolescentes al inatento.

Tabla 3. Tabla cruzada para TDAH por subtipo según el sexo de los adolescentes, 2023.

TDAH por subtipo	Sexo de los adolescentes			Total
	Femenino	Masculino	Otro	
TDAH Inatento	29	26	0	55
TDAH Hiperactivo	18	20	0	38
TDAH Combinado	6	11	2	19
Total	53	57	2	112

Fuente: “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” aplicada a los adolescentes.

Al realizar recuento con tabla cruzada del subtipo de TDAH respecto a la variable sexo se tuvo que el TDAH inatento se presentó mayormente en mujeres, el TDAH hiperactivo fue más usual en hombres al igual que el TDAH combinado. Los resultados coinciden con lo descrito según Belez [33] que indica que el TDAH de subtipo inatento es más común en niñas y el subtipo hiperactivo es más usual en niños.

Los datos obtenidos difieren a la literatura que indica como presentación más común al TDHA de subtipo combinado el cual por otra parte fue la franja menor en la muestra de nuestro estudio, pero refirma que el subtipo inatento es más predominante en niñas [35]. Los datos resultantes en este estudio señalan una afinidad del subtipo inatento con el sexo femenino y de igual modo el subtipo hiperactivo con el masculino conforme indica la bibliografía.

4.2. Características de los adolescentes de la ciudad de Chota que presentan síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tabla 4. Cohabitación entre los padres de los adolescentes con síntomas de TDAH.

Cohabitación	Nº	%
Padres que conviven	74	66,1
Padres separados	38	33,9
Total	112	100,0

Fuente: “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” aplicada a los adolescentes.

Respecto a los padres de los adolescentes con síntomas de TDAH en el 66,1% de los casos mantienen una relación de convivencia el 33,9% están separados, cabe resaltar que la mayoría de los adolescentes identificados con TDAH crecen y se desenvuelven en una familia que cuenta con la presencia tanto de una figura paterna como materna, razón por la cual la funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo del TDAH en adolescentes.

Tomando en cuenta que el TDAH es de causa multifactorial e implica factores externos al individuo tales como el estado socio-económico [35]. se debe tomar en cuenta la relación de convivencia que mantienen los padres de los niños o adolescentes como es el caso ya que podrían influir en la aparición o el curso del trastorno, así mismo podría cobrar importancia en el la detección y tratamiento debido a las diferentes redes de apoyo y la estabilidad familiar y emocional a las que puede acceder el adolescente con TDAH.

En tal sentido vemos que en el caso de la mayoría de adolescentes con síntomas de TDAH estudiados sus padres mantienen una relación de convivencia por lo cual la funcionalidad familiar juega un papel clave en la aparición y curso del trastorno, de igual manera influye la dinámica y el ambiente familiar ya que sería más esperable que los adolescentes con TDAH

proviengan de una familia donde los padres se separaron pero los resultados encontrados en esta investigación apuntan a lo contrario.

Tabla 5. Características de los adolescentes con síntomas de TDAH

Característica	N	%
Edad		
10 - 12	13	11,6
13 - 15	81	72,3
15 - más	18	16,1
Sexo		
Masculino	57	50,9
Femenino	53	47,3
Otro	2	1,8
Institución educativa		
San Juan	42	37,5
Sagrado Corazón de Jesús	32	28,6
Santa Rafaela María	23	20,5
Comercio	15	13,4
Tipo de parto por el que nacieron		
Parto normal	81	72,3
Cesárea	31	27,7
Enfermedad diagnosticada		
No tiene ninguna enfermedad	87	77,7
Enfermedad cardíaca	7	6,3
Asma	6	5,4
Ansiedad	4	3,6
Gastritis	3	2,7
Estrés	3	2,7
Depresión	1	,9

Diabetes	1	,9
N° de hermano		
1°	46	41,1
2°	30	26,8
3°	15	13,4
4°	11	9,8
5°	6	5,4
6°	4	3,5
Total	112	100,0

Fuente: “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” aplicada a los adolescentes.

La edad de los participantes considerados en el estudio va de 11 a 17 años, dividiendo por intervalos obtenemos que los adolescentes con síntomas de TDAH con edades que van de 10 a 12 años representan un 11,6; de 13 a 15 años encontramos al grupo más amplio con un muy destacado 72,3% y con edades superiores a 15 años hay un 16,1% de adolescentes con TDAH. Con lo que podemos señalar que la mayoría de adolescentes con síntomas de TDAH tienen edades que van desde los 13 a 15 años, resultado que se asemeja a lo encontrado por Hernández F. [21] que obtuvo como resultado que la mayor preponderancia comprende la edad de 12 a 15 años.

El sexo de los adolescentes con síntomas de TDAH fue en su mayoría masculino representando un 50,9%, el 47,3% fue de sexo femenino y el 1,8% se identificó con otro género. De los adolescentes identificados con TDAH la mayoría pertenece a la I.E de nivel secundario San Juan con un 37,5%, seguido de la I.E de nivel secundario Sagrado Corazón de Jesús con un 28,6%, la I.E de nivel secundario Santa Rafaela con 20,5% y el colegio Comercio con un 13,5%. El 72,3% de adolescentes con síntomas de TDAH nació mediante parto normal y el 27,7% de ellos, a través de cesárea lo cual sugiere que no existe una relación estrecha entre factores perinatales como el parto eutócico y el TDAH.

El 77,7% de estos adolescentes precisó no padecer de ninguna enfermedad diagnosticada, el 6,3% indicó haber sido diagnosticado con alguna enfermedad cardiaca, el 5,4% ha sido diagnosticado con asma; se presentaron también en menores porcentajes enfermedades como ansiedad, gastritis, depresión y diabetes, pese a que la mayoría de los individuos señaló estar sano.

De las patologías halladas la depresión es descrita por la literatura como una comorbilidad que incrementa el riesgo de suicidio [47], y está presente en los adolescentes identificados con síntomas de TDAH; además se reconoce a la ansiedad generalizada y depresión mayor como complicaciones del trastorno [46]. El 41,1%, casi la mitad de adolescentes, son primeros hermanos, vemos que el 26,6% son segundos hermanos y el 13,4% son terceros hermanos por lo cual se evidencia que en los casos estudiados son usualmente los primeros hermanos los que manifiestan síntomas de TDAH.

Todos los datos obtenidos reafirman la teoría factorialista de Eysenck que afirma que existen múltiples factores que intervienen en el desarrollo de la personalidad [24] y en el estudio se han encontrado sujetos con características descritas en las 3 dimensiones.

4.3. Prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota.

Tabla 6. Intervalos de confianza para la prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes. Chota, 2023.

Estadístico	Prevalencia	Error estándar	Intervalos de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
TDAH	0,13	0,011	0,11	0,15

Fuente: “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” aplicada a los adolescentes.

La prevalencia de síntomas de trastorno por hiperactividad con déficit de atención en adolescentes de Chota es de 13%. Con un nivel de confianza de 95 % la prevalencia de síntomas TDAH en la población se encuentra entre 11 y 15%. P = 13%, IC 95% [11% - 15%].

El resultado obtenido es similar a lo encontrado por Llanos LJ., García DJ., [19] quienes obtuvieron una prevalencia de 15%, concluyendo que la prevalencia en Colombia es distante a la encontrada a nivel mundial, con lo cual existe concordancia pese a ser un estudio realizado en el extranjero, además involucra un rango de edad similar al de esta investigación. Este estudio difiere de Morrillo Z. y Guzmán D. [20] que obtuvo una prevalencia ampliamente alejada de un 7.6 %, la cual es visiblemente menor.

Hernández F. [21].obtuvo una prevalencia general del trastorno de déficit de atención e hiperactividad de 30.1% mediante una investigación llevada a cabo en los centros educativos con el ayuda de los docentes, vemos que el resultado obtenido es casi tres veces más que la prevalencia obtenida en este estudio, la marcada diferencia en los resultados podría deberse a las diferencias en la fuente de la información ya que esta se recogieron datos brindados por los docentes y no por los adolescentes que son fuentes primarias.

Referente a las investigaciones realizadas a nivel nacional tanto Huertas HH. [22] como Begazo IJ. [23] obtuvieron prevalencias que bordean el 6 o 7%, las cual son menores en casi la mitad de lo obtenido en este estudio y la razón también podría estar relacionada con el instrumento empleado las edades de los individuos, así como el tamaño de la muestra.

Analizando las cifras de prevalencias obtenidas en múltiples estudios sobre TDAH vemos que son ampliamente distintas con porcentajes que van desde 6 a 30% y la variabilidad de resultados puede atribuirse a factores como los

diversos instrumentos de medición usados, las fuentes de las que se obtiene la información y a los rangos de edad de los sujetos de estudio.

4.4. Resultados de la prueba de hipótesis.

Tabla 7. Prueba de hipótesis mediante prueba estadística chi cuadrado.

Prueba estadística	N°	A	P-valor (Unilateral)
Pruebas de Chi cuadrado	853	0,05	0,2799

Fuente: “Escala de Valoración del TDAH-IV en formato autoreporte” aplicada a los adolescentes.

Los resultados obtenidos demuestran que con una probabilidad de error de 27,99% la prevalencia de síntomas de TDAH en adolescentes de Chota **es menor** a 12%. Por lo tanto, basándonos en el p valor encontrado asumimos la hipótesis alterna: La prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota en 2023 **no es menor** al 12%.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Conclusiones.

Según los objetivos que se plantearon en la investigación se concluye que:

- La edad promedio de los adolescentes con síntomas de TDAH fue de 14,32, El 72,3% nació mediante parto normal, el 77,7% señaló no padecer de ninguna enfermedad diagnosticada, en el 66,1% de los casos los padres de adolescentes con TDAH mantienen una relación de convivencia, el 47,3% vive en casa con sus dos padres y además otros familiares.
- En una muestra conformada por 863 adolescentes en edad escolar de diferentes grados de nivel secundario, 112 de ellos presentaron síntomas de TDAH según el DSM-IV lo cual representa el 13%. El 49,1% de adolescentes con TDAH presentó el subtipo inatento, las mujeres presentaron mayormente TDAH con predominio inatento y el TDAH hiperactivo fue más usual en hombres.
- Con un nivel de confianza de 95 % la prevalencia de síntomas TDAH en adolescentes de Chota en 2023 se encuentra entre 11 y 15%. Por lo tanto, la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota en 2023 no es menor al 12%.

5.2. Recomendaciones.

A los trabajadores del sector salud:

- Realizar una intervención oportuna por parte del Centro de Salud Mental “Renacer” incluyendo la participación del PRITE (Programa de intervención Temprana).
- Promover estrategias para diagnosticar de manera precoz a las personas con TDAH.
- Identificar a los pacientes con TDAH, sobre todo a los que cursan etapas escolares.
- Promover planes de atención integral para pacientes identificados que han sido diagnosticados con TDAH.

A la universidad:

- Colaborar con investigaciones referentes a TDAH ya que no existen precedentes a nivel local.
- Incentivar la investigación en los estudiantes de pregrado, sobre todo en alumnos de último año.

A las I.E:

- A los psicólogos que laboran en las instituciones realizar labores de detección de TDAH en los alumnos.
- Capacitar a los docentes y padres respecto al TDAH ya que se ha manifestado el desconocimiento al respecto por parte de los profesores, asimismo los padres requieren conocer el tema para poder identificar si sus hijos en edad escolar manifiestan el trastorno.
- Mantener siempre la disposición para facilitar los recursos requeridos por los investigadores para la realización de sus tesis u otros trabajos de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Puddu G, Rothhamer P, Carrasco X, Aboitiz F, Rothhamer F. Déficit atencional con hiperactividad: trastorno multicausal de la conducta, con heredabilidad y comorbilidad genética moderadas. Rev Med Chile [Internet]. 2017. [citado el 16 de abr. de 2022]; 145 pág. 368-372. Disponible desde: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n3/art11.pdf>
2. Hernández S, et al. Presencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adolescente y su impacto asociado al consumo de sustancias. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. [Internet]. 2022;39(2):56-62. Consultado el 18 de marzo de 2023. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109505>
3. Hidalgo M. Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Rev. de Pediatría Integral. España [Internet]. 2016. [citado el 19 de set. de 2022]; 18(9) pág. 368-372. Disponible desde: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%c3%ada-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
4. Bajarano TD, Gasperi RJ. Autorregulación en niños con trastornos con déficit de atención e hiperactividad un problema en el desarrollo infantil. Revista Venezolana de Salud Pública [Internet]. 2018, Enero - Junio. [citado el 27 de Jul. De 2022]; 6 (1) pg. 23 - 29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6570448>
5. Gregorio MV, Ruíz LM, Barriopedro MI. Análisis de las relaciones entre el Trastorno en el Desarrollo de la Coordinación (TDC/DCD) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la edad escolar. Retos [Internet]. 2019. [citado el 27 de Jul. De 2022]; 36, 625-632. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7260961>

6. Quintero FJ, García Campos N. Actualización en el manejo del TDAH. AEPAP (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa. 2019. p. 29-36. [citado el 16 de abr. de 2022]; 145: 368-372. Disponible desde: https://www.aepap.org/sites/default/files/pags.2936_actualizacion_en_el_manejo_del_tdah.pdf
7. Elizalde A. TDAH: Repercusión En La Vida Del Niño. Diseño De Una Intervención De Enfermería En El Programa De Atención Al Niño Sano. 2014, jun. 25. Universidad Pública de Navarra. [citado el 16 de abr. de 2022]; Disponible desde: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11552/AnaElizaldeMu%C3%B1oz.pdf?s%20equence=1>.
8. Córdova S, Freire P. Perfil psicopatológico de los adolescentes infractores. Universidad de Azuay. [Internet]. 2023, [citado el 27 de Abr. De 2022]. Obtenido desde: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/12666/1/18193.pdf>
9. Ramírez O. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en niños y adolescentes del centro estatal de salud mental de Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla [Internet]. 2021, Febrero. [citado el 27 de Jul. De 2022]; 6(2): 1108-1120. Obtenido desde: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/15766>
10. Salazar Alarcón J, Téllez Alaní B, Rivera E. TDAH asociado a conductas delictivas en adolescentes latinoamericanos y españoles: revisión del estado del arte [Internet].: Neuropsicología Latinoamericana; 2023. Acceso 21 de Abril de 2023. Disponible en: https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/785/354.

11. De la Peña FR, Palacio JD. Attention deficit hyperactivity disorder in Latin America. *Salud Menta*. [Internet]. 2018, [citado el 16 de abr. de 2022]; 41(6), 247-248. Consultado el 18 de marzo de 2023. Obtenido de: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.036>
12. Pascual I. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Neurología Pediátrica* [Internet]. 2008, [citado el 16 de abr. de 2022]; 140-150. Disponible desde: <http://psiquiatriainfantil.com.br/escalas/aep/20-tdah.pdf>
13. Portela A, Carbonell M, Hechavarría M, Jacas C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *MEDISAN* [Internet]. 2016, [citado el 16 de abr. De 2022]; 20(4):556. Disponible desde: https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds2016/mds164p.pdf?fbclid=IwAR3bYXcYdntq2zQr9HCc9RV_HrwFkjrRHFLEfB_lwRPaZEzvPrzT2Asyhs
14. Barragán E, De La Peña F, Ortiz S, Ruíz M, Hernández J, Palacios L, et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2007 ago. [citado el 17 de abr. 2022]. 64(1): 326-343. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13657>
15. De la peña F., Palacio JD., Barragán E. Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud* 2010; 8 (1): 93-98. [citado el 16 de abr. 2022], 64(1): 326-343. Disponible desde: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/1285/1212>
16. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. *Estudio Epidemiológico De Salud Mental De Niños Y Adolescentes En Lima Metropolitana Y Callao 2007. Informe General*. San Martín de Porres. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 96-1524. 2012. [citado el

18 de abr. De 2022] Disponible desde:
<http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/43/24>

17. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana en el Contexto de la COVID-19, 2020. Informe General. Lima, 2020. [citado el 31 de abr. De 2023]. Disponible desde:
<https://openjournal.insm.gob.pe/index.php/EESM/article/view/4>
18. Plataforma Única del Estado. Gobierno del Perú [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud [citado el 18 de abr. De 2022]. Disponible desde:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45683-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-afecta-mas-a-hombres-que-a-mujeres>
19. Llanos LJ, García DJ, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños escolarizados de 6 a 17 años. Rev. Pediatr. Aten. Primaria; 21: 101-108. Barranquilla, Colombia 01 de ago. 2019. [citado el 30 de abr. De 2022]; Obtenido desde:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004&lang=es
20. Morillo Z, Guzmán D. Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pacientes de 6 a 12 años, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, durante el periodo noviembre 2016- abril 2017 Ciencia y Salud [Internet]. 2018 mayo 1; 2(2) [citado el 18 de mar. De 2023] Disponible desde:
<https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1185>
21. Hernández FA. Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños, niñas y adolescentes de los Centros Escolares públicos de primarias del área urbana de la ciudad de León, en el periodo comprendido de febrero del 2015 a noviembre del 2016. [Tesis]. León, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. 2017. [citado el 23 de abr. De 2022]; Obtenido desde:

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6641/1/238193.pdf>

22. Huertas HH. “Frecuencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adolescentes que cursan el tercer grado de educación secundaria en la Institución Educativa “Honorio Delgado Espinoza” Del Distrito de Cayma – Arequipa. Universidad Católica de Santa María. [Tesis]. 2019. [citado el 23 de Mar. De 2022]; Obtenido desde: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/8793>
23. Caballero CB. Prevalencia de trastornos por déficit de atención con hiperactividad en escolares del nivel primaria del distrito de Puente Piedra – Lima. Catedra Villareal Psicología [Internet] 2017, Enero - Julio. [citado el 30 de Jul. De 2022]; 2 (1); 293 – 302. Obtenido desde: <https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/317#:~:text=La%20prevalencia%20encontrada%20fue%20de,como%20en%20M%C3%A9xico%20y%20Colombia.>
24. Schmidt V., Firpo L., Vion D., De Costa Oliván M. E., Casella L., Cuenya L, Blum G.D., y Pedrón V. Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. [Internet], 2010. Revista Internacional de Psicología. [citado el 20 de Set. de 2022]; 11(2), 1-21. Obtenido desde: <https://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63/60>
25. Eysenck HJ. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. 1990. Jnal of Personality, 58, 245-261. doi: 10.1111/j.1467-6494.1990.tb00915.x. PMID: 23750379.
26. Núñez JC, Pérez C, et al. Perspectivas psicológica y educativas de las necesidades educativas especiales. SCINFOPER [Internet]. 2017. [citado el 30 de abr. De 2022]; Disponible desde: <http://cipse2017.com/files/LIBRO%20perspectivas-psicologicas.pdf>

27. Guerrero R. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre la patología y la normalidad. España: Editorial Planeta. 2016. [citado el 30 de abr. De 2022]; Obtenido desde:
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/33/32150_T_D_A_H.pdf
28. Barragán E, De la Peña F, et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Departamento de Neurología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez. México. 2007. [citado el 06 de Jun. De 2022]; Obtenido desde:
http://tdahlatinoamerica.org/documentos/05_CARPETA_5_Barragan_y_otros_Primer_Consenso.pdf
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales] (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana, (2014). [Internet]. 2013; [citado el 22 de Jun. De 2022]. Disponible en:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
30. Sánchez, O. Infancias, diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile (2020-2021). Salud Colectiva [Internet]. 2022. v. 18 [Citado el 28 Mar. 2023], e4233. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4233>
31. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. [Internet]. Perú, 2020. [citado el 31 de Ene. de 2023]; Obtenido desde:
<https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000138-2020-DG-INSNSB%20GPC%20TRASTORNO%20DEFICIT%20DE%20ATENCION%20E%20HIPERACTIVIDAD%202020.pdf>

32. García R. Mejora De La Detección Precoz Del Trastorno Por Déficit De Atención Con O Sin Hiperactividad (TDAH) Tras La Implantación De Un Documento De Consenso Sobre Actuación Asistencial. Universidad Complutense De Madrid. Madrid, 2013. [citado el 06 de jun. De 2022]; Obtenido desde: <https://eprints.ucm.es/21962/1/T34580.pdf>
33. Galindo M. El TDAH: ¿Déficit o potencial? Universitat de les Illes Balears [Internet]. España, 2022. [citado el 06 de jun. De 2022]; Obtenido desde: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159356/Galindo_Pomar_Marc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Gobierno del Perú. El peruano. [Internet]. Lima, Perú: Gobierno del Perú. 2022. [citado el 18 de mar. De 2023]. Disponible desde: <https://elperuano.pe/noticia/170678-menores-con-tdah-busque-atencion-especializada>
35. Rusca-Jordán Fiorella, Cortez-Vergara Carla. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. RevNeuropsiquiatr [Internet]. 2020 Jul [citado el 26 de Jul. De 2022] ; 83(3):148-156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>.
36. Ortiz S, Aurora L. Medrano J. Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. Vol. 59, N° 5, setiembre - octubre 2016. [citado el 06 de jun. De 2022]; Obtenido desde: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n5/2448-4865-facmed-59-05-6.pdf>
37. Barzallo P. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. [Internet]. Ateneo. Ecuador, 2017. 19(1). [citado el 20 Set. De 2022]; Obtenido desde: <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/40/42>

38. Bravo EA. El abordaje y seguimiento en la atención primaria del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión de la literatura. [Internet]. Universidad central del Ecuador, 2022. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26210/1/UCE-FCM-CPO-BRAVO%20ELIZABETH.pdf>
39. Almeida LG. Alteraciones Anatómico-Funcionales En El Trastorno Por Déficit De La Atención Con Hiperactividad. Salud Mental, Vol. 28, No. 3, junio 2005. [citado el 06 de jun. De 2022]; Obtenido desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam053a.pdf>
40. Macera CE., Toledo KF. Perfil Clínico del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en escolares del nivel de Educación General Básica de un Centro de Neurodesarrollo privado. Cuenca, 2018-2019. Universidad de Cuenca. Ecuador, 04 de mayo de 2022. [citado el 26 de Jul. De 2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/38923/4/trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n%20.pdf>
41. Vigier CM. Rol de enfermería en la atención de la población infantil diagnosticada de TDAH. Universidad pública de Navarra. 2018. [citado el 06 de jun. De 2022]; Obtenido desde: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/29078/TFG_%20Clara%20Vigier%20Castrillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Huamanrayme MM. Conductas de déficit de atención e hiperactividad y rendimiento académico de estudiantes de segundo de primaria, Cusco – 2021. Universidad César Vallejo [Internet]. Perú, 2022. [citado el 26 de Jul. 2022]. Disponible desde: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/81621/Huamanrayme_CMM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

43. Gil N. Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena para mejorar los síntomas de TDAH en niños y adolescentes. Universidad de la Laguna [Internet]. España, 2022. [citado el 26 de Jul. 2022]. Disponible desde: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28413/Eficacia%20de%20las%20intervenciones%20basadas%20en%20la%20atencion%20plena%20para%20mejorar%20los%20sintomas%20de%20TDAH%20en%20ninos%20y%20adolescentes.pdf?sequence=1>
44. Diez A, Canga C. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral* [Internet]. 2022. [citado el 26 de Jul. 2022]. 26 (2): 68-75. Disponible desde: https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatria-Integral-XXVI-2_WEB.pdf#page=8
45. Saiz LC. Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2018, 38(133): 301-330. [citado el 06 de jun. De 2022]; 20(4):556. Disponible desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0301.pdf>
46. Vasconcelos A F, Miguez M, Peñalver Y. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. [Internet]. 2018. [citado el 06 de Jun. 2022]. Vol. 12 No. 4. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec184l.pdf>
47. Ramírez O. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en niños y adolescentes del centro estatal de salud mental de Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México. [Internet]. 2021. [citado el 27 mar. de jun. De 2023]. Disponible desde: <https://ecosistema.buap.mx/ecoBUAP/handle/ecobuap/633>
48. Molinali MJ, Cruz E., Eveli MF. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en la población infantojuvenil. *Ludovica Pediátrica*. Argentina.

[Internet]. 2021 [citado el 27 mar. de jun. De 2023]. 25(1). Disponible desde: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1390839/trastorno-por-deficit-atencional-con-hiperactividad-en-la-pobl_1MEUQPw.pdf

49. Alda JA. Los retos del TDAH. Revista De Psiquiatria Infanto-Juvenil [Internet]. Barcelona. 2022, enero - marzo. [citado el 06 de Jun. De 2022]. 36 (1), 1-2. Disponible desde: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/866/799>
50. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2023 Mar 24] ; 86(6): 436-443. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
51. Álvarez de Godos M, Ferreira C. El impacto socioeducativo y socioemocional del TDAH: historias de vida de estudiantes universitarios. SC [Internet]. 29 de abril de 2022 [citado 1 de agosto de 2022];53(1):137-5. Disponible en: <https://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero2022531137157>
52. Ortiz G. Impacto de una intervención neuropsicológica con enfoque multimodal en adolescentes con TDAH. Universidad Autónoma del Estado de Morelos [Internet]. 2019, marzo. [citado el 24 de Jun. 2022]. Obtenido de: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/2449/OIAGVB02T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Joseph JK, Devu BK. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in India: A systematic review and meta-analysis. Indian Journal of Psychiatric Nursing. [Internet]. 2019. [citado el 24 de Jun. 2022]. 16(2), 118-25. Obtenido de: https://www.researchgate.net/profile/Johny-Kutty-Joseph/publication/338730743_Prevalence_of_attention-deficit_hyperactivity_disorder_in_India_A_systematic_review_and_meta-analysis/links/5e2aeccd92851c3aadd66d2d/Prevalence-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-India-A-systematic-review-and-meta-analysis.pdf

54. Organización Mundial De La Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. Organización de Salud 2019. [citado el 06 de jun. De 2022]. Disponible desde:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
55. Moreno A, López S. Principales medidas en epidemiología. Salud pública de México [Internet]. 2000, vol.42, no.4. [citado el 27 de jun. De 2022]. Disponible desde: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n4/337-348>
56. Vásquez JB. Cultura General. 1° edición. Editora “Valeria” S.A.C. 2013. Pág. 215.
57. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2014 [consultado 10 de agosto 2022]. Disponible en:
https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
58. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para Las Ciencias de la Salud. 2da edición. Arequipa: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2012
59. Soutullo C, Díez A. Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Medica Panamericana. [Internet]. 2007; [citado el 19 de Jun. De 2022] Pág. 3,39. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=5mcc0E_r6DkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=diagn%C3%B3stico+del+TDAH&ots=9fXUA0sCA&sig=CGSq2tv6CBs_2f1cqcTI_eS_Z8#v=onepage&q=diagn%C3%B3stico%20del%20TDAH&f=false
60. Ramos C, Pérez C. Propiedades psicométricas: ADHD Rating Scale IV en formato autoreporte. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2016; [citado el 22 de

Jun. De 2022] 54 (1): 9-18. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v54n1/art02.pdf>

ANEXOS.

Anexo 1. Carta de invitación.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN “PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES, CHOTA – 2023”

Chota dedel 2023

Estimado(a) participante:

Somos los bachilleres en Enfermería María Arlet Navarro Vidarte y Edin Jeyli Tamay Rojas, de la Universidad Nacional Autónoma de Chota. Por la presente tenemos el agrado de invitarle a participar en la investigación “Prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota – 2023”, la que tiene como propósito determinar la prevalencia de síntomas trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota.

Su participación es voluntaria, los datos obtenidos son confidenciales y serán usados únicamente con fines académicos, y consiste básicamente en responder las preguntas del cuestionario, que consta de 18 ítems cortos lo cual no le tomará más de 10 minutos.

Es importante contar con su participación ya que gracias a ello se podrá obtener información respecto a la prevalencia síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota, de este modo se conocerá

más sobre el tema de estudio por lo cual se le ruega contestar con la mayor sinceridad.

Se le agradece por el tiempo que se ha tomado para completar este cuestionario.

Atentamente,

María Arlet Navarro

VidarteAutora de la
investigación Cel.

960749553

E-mail: arletnv12@gmail.com

Edin Jeyli Tamay

Rojas Autor de la
investigaciónCel.

925067141

E-mail: 2015022036@unach.edu.pe

Anexo 2. Consentimiento informado.

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES, CHOTA – 2023”

Objetivo de la investigación:

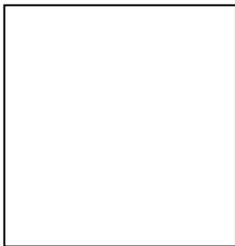
Determinar la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población adolescente en adolescentes de la ciudad de Chota.

Yo....., identificado (a) con DNI N° , mediante la información dada por la Bach. Enf. María Arlet Navarro Vidarte y el Bach. Enf. Edin Jeyli Tamay Rojas; acepto brindar la información solicitada por los investigadores de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Los beneficios potenciales que tendrá la investigación son estimar y describir la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población adolescente de la ciudad de Chota.

Chota,.....de del 2023.

Firma Huella



Anexo 3. Asentimiento informado.

Asentimiento informado

Título de la investigación:

“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES, CHOTA - 2023”

Este estudio busca determinar cuántas personas tienen probabilidades de presentar trastorno por hiperactividad y déficit de atención. Tu participación consiste en el llenado de una encuesta compuesta por 18 ítems cortos y tú decides si deseas o no participar en la investigación, los datos que brindes no serán revelados y serán usados solo con fines académicos.

Si tienes alguna pregunta durante el desarrollo de la investigación puedes pedirnos información al respecto en cualquier momento, somos María Arlet Navarro Vidarte y Edin Jeyli Tamay Rojas, bachilleres en Enfermería. Puedes comunicarte al número de celular 953119691.

Si deseas participar en nuestro estudio, escribe tu nombre y firma en esta página. Luego te daré una copia.

Firma del participante

Edad:

Fecha:

María Arlet Navarro Vidarte

Investigadora

Edin Jeyli Tamay Rojas

Investigador

Fecha:.....

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de
Enfermería

**“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
EN ADOLESCENTES, CHOTA –
2023”**

ESCALA DE VALORACIÓN DEL TDAH-IV

(Validado por Ramos C. y Pérez C., 2016)

DATOS GENERALES

1. Colegio:

() San Juan, () Sagrado Corazón de Jesús, () Comercio, () Santa Rafaela
María

2. Edad:

3. Sexo: () Femenino, () Masculino, () Otro

4. Grado: () 1°, () 2°, () 3°, () 4°, () 5°

5. Nacido de: () Parto normal, () Cesárea

6. ¿Posee alguna enfermedad diagnosticada? () Si, () No.

¿Cuál? _____

7. En relación a sus padres: a) Mantienen una relación de convivencia b) están separados

8. Con quién vive en casa: a) Con sus 2 padres solamente b) Con uno de sus padres c) Con sus dos padres y otro(s) familiares d) Con uno de sus padres y otro(s) familiares

9. Número de hermanos: ____

10. Lugar que ocupa: _____

Instrucciones: Los ítems que se enlistan a continuación, describen algunas conductas que presentan los adolescentes. Lee cada uno con cuidado las opciones de respuesta: Nunca (0) algunas veces (1) casi siempre (2) o siempre (3). Marca con una (X) el número que mejor te describa para cada ítem. No hay respuestas buenas o malas. Por favor responde todo. Gracias.

ÍTEM		Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Tengo errores por descuido en tareas escolares u otras actividades				
2	Tengo dificultad para mantener la atención en tareas o juegos				
3	Tengo dificultades para atender o concentrarme cuando alguien me habla directamente				
4	Dejo sin terminar las tareas o encargos que inicio				
5	Tengo dificultad para organizar las tareas y actividades que realice				
6	Evito realizar tareas que exigen esfuerzo mental por tiempo prolongado				
7	Extravío objetos necesarios para realizar tareas o actividades				
8	Me distraigo fácilmente				
9	Soy descuidado en las actividades diarias				
10	Muevo en exceso las manos o los pies en mi carpeta				
11	Abandono mi carpeta en la clase o en otras situaciones en las que debo permanecer sentado				

12	Corro o salto excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo				
13	Tengo dificultades para jugar o dedicarme a actividades de distracción tranquilamente				
14	A menudo estoy en movimiento o actúo como si tuviera un motor				
15	Hablo demasiado				
16	Doy respuestas de manera apresurada antes de que terminen de preguntarme algo				
17	Tengo dificultades para esperar que llegue mi turno en situaciones en las que debo esperarlo				
18	Interrumpo a otras personas cuando están ocupadas				

Anexo 5. Análisis de fiabilidad de los instrumentos.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	N°
91,1%	18	863



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Código Tesis Facultad:

Yo María Arlet Navarro Vidarte Identificado con DNI N° 72927888, egresado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, autor de la Tesis:

“Prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes, Chota – 2023”

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en la Tesis es auténtica e incuestionable; por lo que, soy consciente de las responsabilidades que pudieran derivarse, en caso se detecte lo contrario y contrapongan las normas descritas por la Facultad de Ciencias de la Salud y por la UNACH.

En señal de conformidad a lo manifestado, firmo la presente.

Chota, 22 de febrero del 2024

Firma

DNI N° 72927888



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Código Tesis Facultad:

Yo Edin Jeyli Tamay Rojas Identificado con DNI N° 74561630 egresado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, autor de la Tesis:

“Prevalencia de síntomas del trastorno del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes, Chota - 2023”

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en la Tesis es auténtica e incuestionable; por lo que, soy consciente de las responsabilidades que pudieran derivarse, en caso se detecte lo contrario y contrapongan las normas descritas por la Facultad de Ciencias de la Salud y por la UNACH.

En señal de conformidad a lo manifestado, firmo la presente.

Chota, 22 de febrero del 2023

Firma

DNI N° 74561630



Acta de Sustentación: Informe Final de Tesis

Siendo las 10:05 del día 24 de enero del año 2024, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sajarende y los miembros Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza y la Dra. Elisa Ramos Tarrillo y como Asesor de Tesis el (la) Dr. Richard Williams Hernández Fiestas. De acuerdo al Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de la Tesis: "Prevalencia de síntomas del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes, Chota - 2023" presentada por el (la) bachiller: Navarro Vidarte María Arlet y Tamay Rojas Edin Feyli de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó APROBAR la Tesis en mención con la calificación de DIECISEIS (16) menciones honorosa; por lo tanto el estudiante puede proseguir con trámites ulteriores.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 11:30 del 24 de enero del 2024.

Docente	Firma
Presidente Jurado evaluador: <u>Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sajarende</u>	
Miembro Jurado evaluador: <u>Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza</u>	
Miembro Jurado evaluador: <u>Dra. Elisa Ramos Tarrillo</u>	
Asesor de Tesis: <u>Dr. Richard Williams Hernández Fiestas</u>	

