



**Autónoma**  
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD  
EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA ENTRE INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LIMA SUR

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**AUTOR**

EDSON MARTÍN DIEZ PALACIOS

**ASESORA**

DRA. MAFALDA ORTIZ MORAN

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

ASPECTOS PSICOLÓGICOS VINCULADOS A LA ACTIVIDAD  
EDUCATIVA DÉFICIT DE ATENCIÓN, DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

**LIMA, PERÚ, AGOSTO DEL 2020**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta investigación a mi segunda madre, a una mujer que fue ejemplo de lucha y amor.

Gracias abuela Herlinda Pantoja Olivas, te voy a extrañar.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por la vida.

A mis padres, por su amor incondicional, siempre me dieron su apoyo, ellos son mi fuerza.

A mis asesores de tesis, principalmente al Lic. David Javier Aliaga y la Dra. Mafalda Ortiz Moran, también a la Dra. Guissela Mendoza, al Dr. Juan José Kaneko Aguilar y el Dr. José Anicama Gómez, gracias a ellos por su apoyo y orientación.

A mis familiares, en especial a mis tías, María Clotilde Pantoja Sánchez y Lilian Rosana Pantoja Sánchez, quienes me brindaron su consejo y ayuda.

A Lisbeth Mariory Gina, Soto Herrera, quien fue mi feliz compañía y siempre tuvo disposición de ayuda hacia mí.

A mis amigas Milagros Huauya y Karina Moya, sin su ayuda no hubiera sido posible, gracias.

A mi mejor amigo, Roy Ronald Prosopio Galarza y a Marilyn Moscoso Calvo quienes me alentaron a seguir adelante.

Al Mg. Orlando Padilla Manyari, por darme la oportunidad de trabajar, de orientarme y guiarme en la aplicación diaria y práctica de la psicología.

A la Universidad Autónoma del Perú.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>RESUMO</b> .....	x
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	xi
<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Realidad problemática .....	14
1.2 Justificación e importancia .....	16
1.3 Objetivos.....	17
1.4 Limitaciones.....	18
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de estudios.....	20
2.2 Bases teóricas y científicas .....	28
<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	58
3.4 Hipótesis .....	61
3.5 Variables.....	63
3.7 Métodos y técnicas de ejecución para la recolección de datos .....	69
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	69
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS</b>	
Análisis e interpretación de los resultados .....	71
4.1 Análisis de comparación del TDAH - Puntaje general .....	71
4.1.1 Análisis de comparación de frecuencias y porcentajes del TDAH.....	72
4.2 Análisis de comparación según cada componente.....	73
4.3 Análisis de comparación según las variables sociodemográficas.....	76
<b>CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 Discusión .....	81
5.2 Conclusiones .....	87
5.3 Recomendaciones .....	89
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Resumen de las principales posturas sobre la etiología del TDAH.....	38
Tabla 2	Distribución de la población de estudio .....	59
Tabla 3	Distribución de la muestra de estudio.....	60
Tabla 4	Fiabilidad.....	65
Tabla 5	Normas percentilares del E.D.D.A. ....	66
Tabla 6	Normas percentilares del E.D.D.A (Público). ....	67
Tabla 7	Normas percentilares del E.D.D.A (Privado). ....	68
Tabla 8	Análisis de comparación del TDAH – General, según tipo de gestión educativa, informado por los padres .....	71
Tabla 9	Análisis de comparación del TDAH – General, según tipo de gestión educativa, informado por los docentes .....	71
Tabla 10	Análisis de comparación de frecuencias y porcentajes del TDAH, según tipo de gestión educativa, informado por los padres.....	72
Tabla 11	Análisis de comparación de frecuencias y porcentajes del TDAH, según tipo de gestión educativa, informado por los docentes.....	72
Tabla 12	Análisis de comparación del componente hiperactividad, según tipo de gestión educativa, informado por los padres .....	73
Tabla 13	Análisis de comparación del componente hiperactividad, según tipo de gestión educativa, informado por los docentes .....	73
Tabla 14	Análisis de comparación del componente falta de atención, según tipo de gestión educativa, informado por los padres .....	74
Tabla 15	Análisis de comparación del componente falta de atención, según tipo de gestión educativa, informado por los docentes .....	74
Tabla 16	Análisis de comparación del componente impulsividad, según tipo de gestión educativa, informado por los padres .....	74
Tabla 17	Análisis de comparación del componente impulsividad, según tipo de gestión educativa, informado por los docentes .....	75
Tabla 18	Análisis de comparación del componente interacción con compañeros, según tipo de gestión educativa, informado por los padres .....	75
Tabla 19	Análisis de comparación del componente interacción con compañeros, según tipo de gestión educativa, informado por los docentes .....	76

Tabla 20	Análisis de comparación del TDAH, según sexo, informado por los padres .....	76
Tabla 21	Análisis de comparación del TDAH, según sexo, informado por los docentes .....	77
Tabla 22	Análisis de comparación del TDAH, según edad, informado por los padres .....	78
Tabla 23	Análisis de comparación del TDAH, según edad, informado por los docentes.....	79

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Análisis funcional del caso.....	30
Figura 2	Déficit en la inhibición conductual.....	34

# TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA ENTRE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LIMA SUR

EDSON MARTIN DIEZ PALACIOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

## RESUMEN

El propósito de esta investigación fue comparar el TDAH entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur. La investigación fue de tipo descriptivo-comparativo con diseño no experimental y transversal. La muestra fue constituida por 394 estudiantes del nivel primario, utilizando de informantes a los padres y docentes. Se usó la Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención (EDDA). Los resultados mostraron que en el puntaje general del TDAH, según el reporte de los padres y docentes, se hallaron diferencias estadísticamente significativas con supremacía de prevalencia en los colegios públicos. En función a los componentes falta de atención, impulsividad e interacción con compañeros, los padres de gestión pública reportaron mayor incidencia con diferencias estadísticamente significativas sobre los privados, excepto en el componente Hiperactividad. Por el contrario los docentes en el componente Hiperactividad informaron mayor prevalencia en los colegios públicos, con diferencias estadísticamente significativas ante los privados, sin embargo no ocurrió el mismo resultado en los demás componentes. Según las variables sociodemográficas, el grupo etario de 6 a 9 años obtuvo mayor incidencia solo en componente Hiperactividad ( $p < .05$ ); conforme al sexo, existieron diferencias estadísticamente significativas, con dominancia masculina en el puntaje general del TDAH y todos los componentes ( $p < .05$ ). En referencia a los porcentajes del TDAH, se halló una prevalencia del 23.5% para los colegios públicos y 13.9% para los privados, conforme informan los padres. Por otra parte los docentes revelan porcentajes del 19.5% para los colegios públicos y el 13.3% para los privados.

**Palabras clave:** Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, estudiantes de primaria.



**ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY IN ELEMENTARY  
STUDENTS BETWEEN PUBLIC AND PRIVATE EDUCATIONAL INSTITUTIONS  
IN LIMA SOUTH**

**EDSON MARTIN DIEZ PALACIOS**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

**ABSTRACT**

The purpose of this research was to buy ADHD between public and private educational institutions in Lima Sur. The research was descriptive-comparative with a non-experimental and cross-sectional design. The sample consisted of 394 primary school students, using parents and teachers as informants. The Attention Deficit Disorders Assessment Scale (EDDA) was used. The results showed that in the general ADHD score, according to the parents and teachers report, statistically significant differences were found with prevalence supremacy in public schools. Based on the components of inattention, impulsivity and interaction with peers, public management parents reported a higher incidence with statistically significant differences over private ones, except in the Hyperactivity component. On the contrary, teachers in the Hyperactivity component reported a higher prevalence in public schools, with statistically significant differences compared to private ones; however, the same result did not occur in the other components. According to the sociodemographic variables, the 6 to 9 year old age group had a higher incidence only in the Hyperactivity component ( $p < .05$ ); According to sex, there were statistically significant differences, with male dominance in the general ADHD score and all components ( $p < .05$ ). Regarding the percentages of ADHD, a prevalence of 23.5% was found for public schools and 13.9% for private schools, as reported by parents. On the other hand, teachers reveal percentages of 19.5% for public schools and 13.3% for private ones.

**Keywords:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, elementary school students.

# TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE EM ESTUDANTES DO PRIMEIRO LUGAR ENTRE INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO PÚBLICA E PRIVADA EM LIMA SUR

EDSON MARTIN DIEZ PALACIOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi comparar TDAH entre instituições de ensino públicas e privadas em Lima Sur. A pesquisa teve caráter descritivo-comparativo com delineamento não experimental e transversal. A amostra foi composta por 394 alunos do ensino fundamental, tendo pais e professores como informantes. Foi utilizada a escala de avaliação de transtornos de déficit de atenção (EDDA). Os resultados mostraram que no escore geral do TDAH, segundo relato de pais e professores, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes com a supremacia de prevalência nas escolas públicas. Com base nos componentes desatenção, impulsividade e interação com os pares, os pais públicos relataram maior incidência com diferenças estatisticamente significativas em relação aos privados, exceto no componente Hiperatividade. Ao contrário, os professores do componente Hiperatividade relataram maior prevalência nas escolas públicas, com diferenças estatisticamente significativas em relação às escolas privadas, porém, o mesmo resultado não ocorreu nos demais componentes. De acordo com as variáveis sociodemográficas, a faixa etária de 6 a 9 anos teve maior incidência apenas no componente Hiperatividade ( $p < 0,05$ ); De acordo com o sexo, houve diferenças estatisticamente significativas, com dominância masculina na pontuação geral de TDAH e todos os componentes ( $p < 0,05$ ). Em relação aos percentuais de TDAH, foi encontrada prevalência de 23,5% para escolas públicas e 13,9% para escolas privadas, conforme relatado pelos pais. Por outro lado, os professores revelam percentuais de 19,5% para as escolas públicas e 13,3% para as privadas.

**Palavra chave:** Déficit de Atenção e Hiperatividade, alunos do ensino fundamental.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del comportamiento, definido por altos grados de falta de atención, actividad e impulsividad. Es uno de las principales razones de consulta pediátrica, neurológica, psicológica y psiquiátrica, en la infancia, niñez o adolescencia, por consiguiente, más investigado en esta población. El TDAH se trata de una condición severa de alta comorbilidad, por lo tanto para una adecuada intervención debe ser diagnosticado de forma precoz.

Esta investigación tiene como propósito el comparar el TDAH en escolares de primaria entre colegios públicos y privados de Lima sur. El estudio está compuesto por cinco capítulos que se describen a continuación.

El primer capítulo, hace referencia a plantear la problemática del TDAH en comparación de los tipos de gestión educativa, de acuerdo al contexto mundial, continental, nacional y local. Se establecieron los objetivos generales y específicos; justificar, dar a conocer la envergadura del estudio y los inconvenientes que surgen al llevarla a cabo.

En el segundo capítulo, se fija el marco teórico referente al tema de estudio, antecedentes que se presentan de forma sintetizada, mediante diversas investigaciones nacionales e internacionales, continuamente las bases teóricas que exponen, desarrollan y dilucidan el TDAH.

En el tercer capítulo, se plantea el tipo y diseño de investigación, se describen las singularidades de la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar a los individuos para el proyecto. En este capítulo también se formulan las hipótesis, se asientan las variables de estudio y de comparación, se reconoce el instrumento de medición, el método de ejecución para la recopilación de datos y al término se proponen los instrumentos de análisis estadístico.

En el cuarto capítulo, se revelan los resultados del análisis de comparación de acuerdo al tipo de gestión educativa, evaluando las diferencias estadísticamente significativas y los porcentajes según el puntaje total general del EDDA y sus componentes (Hiperactividad, Falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros). Culmino realizándose el mismo procedimiento de comparación conforme al sexo y la edad.

Finalmente en el quinto capítulo se expone la discusión, se proyectaron las conclusiones, recomendaciones, se exponen las referencias bibliográficas y los anexos.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1 Realidad problemática

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un desorden conductual de alta prevalencia (Urzúa, Domic, Cerda, Ramos y Quiroz, 2009), que se caracteriza por falta de atención, alto índice de movimiento y dificultades en el control de impulsos (López, Romero, Castro, Alcántara, Isabel, Fernández y Guillermo, 2014), en el cual en los últimos años se ha venido estudiado su concurrencia, los factores asociados que lo causan, la comorbilidades, su desenvolvimiento según la edad y el sexo, no obstante existen pocas investigaciones que comparen el TDAH en base a los tipos de gestión educativa.

En tal sentido tenemos a Rodríguez, López, Garrido, Sacristán, Martínez y Ruiz (2009) que estudiaron la incidencia del TDAH con o sin hiperactividad, en la ciudad de Castilla y Leon (España), realizando la comparación según el tipo de gestión educativa (públicos/privados), no encontrando diferencias estadísticamente significativas, de igual modo Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artilles (2012) averiguaron la prevalencia del TDAH en escolares de la Comunidad Autónoma de Canarias (España), confrontando los colegios públicos vs los concertados, también no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

A nivel latinoamericano no se ha priorizado confrontar el TDAH en función al tipo de gestión educativa, por ejemplo Urzúa et al. (2009), averiguaron el TDAH en tres tipos de gestión educativa (publico, subvencionado y privado), pero no efectuaron comparaciones entre ellos. Por otro lado si se ha revisado el estrato socioeconómico, tal como Campo, D., Peña, P. & Fernández, Y. (2014) quienes detectaron mayor prevalencia del TDAH en los niños pertenecientes al estrato socioeconómico bajo; acompañando a estos resultados Rodríguez (2000) citado por Livia, Ortiz y Velazco (2012) señaló que puede haber el doble de incidencia del TDAH en familias y regiones desfavorecidas frente a las de estatus más elevados.

En nuestro país hace más de 25 años viene un gran incremento de colegios privados, a raíz de la demanda educativa que no puede cubrir el estado, por lo que se desconoce la incidencia de TDAH en confrontación de los tipos de gestión educativa. En un entrevista brindada al programa televisivo "Sanamente" del canal América Televisión (2018) la presidenta de la Asociación Peruana de Déficit de

Atención, la Dra. Beatriz Duda, sostiene que el TDAH, lo padece un 10% de la población escolar, existiendo evidencia científica que este trastorno persiste en la adolescencia e inclusive en la vida adulta, interfiriendo en su vida laboral, académica y en sus relaciones interpersonales. También acontece como fenómeno que muchos padres de familia de hijos con TDAH consideran como única medida correctiva llevarlos a centros educativos privados. Según Filomeno (2006) la principal problemática del TDAH en el Perú se debe a la desinformación y la acepción de conceptos errados que persisten frecuentemente en los padres y maestros. Al mismo tiempo algunos medios de comunicación y el internet, transmiten información de manera irresponsable, limitada y secular. Incluso, el desconocimiento de este trastorno se evidencia también en agentes de la salud mental.

Frente a esta realidad, el Poder Legislativo promulgo la ley 30956 de protección de las personas con TDAH el dos de junio del 2019, que se componen de cuatro artículos, el primero busca establecer disposiciones que sensibilicen a la sociedad y que atiendan a las personas con TDAH, el segundo artículo se compone del plan nacional para las personas con TDAH que busca impulsar las siguientes acciones: 1. Servicios de detección y diagnóstico precoz, atención y tratamiento 2. Atención y orientación a los familiares 3. Inclusión social y educativa. El tercer artículo declara el 13 de julio "Día Nacional de Sensibilización sobre el TDAH". Por último, el cuarto artículo consiste en promover y sensibilizar sobre el TDAH, mediante la coordinación del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Esta iniciativa es un trabajo valioso que dará pie a proyectos más estructurados y consistentes, sin embargo es necesario evidenciar el pobre número de psicólogos educativos en los colegios que velen por la salud mental de los educandos. Otro aspecto a considerar es el incremento de colegios privados, que surgen como respuesta a la demanda y alternativa de un mejor servicio educativo, no obstante la mayoría de estas instituciones carecen también de psicólogos educativos, agentes que detecten, sensibilicen y orienten a los padres y miembros del colegio.

La incidencia del TDAH ha venido siendo estudiada en nuestro país, en consecuencia Anicama, Melgar, Livia, Ortiz, Palacios, Tomas y Araujo (1999), decidieron llevarlo a cabo en una zona desfavorecida de Lima, encontrándose un

23% de frecuencia. Dos trabajos en la ciudad de Trujillo con resultados similares; Jara (2009) encontró un 8%, y Tirado-Hurtado, Salirrosas-Alegría, Armas-Fava, L., y Asenjo-Pérez, C. (2012) un 9.74%. En la misma línea, Livia et al. (2012), investigaron en una zona urbano marginal de Lima, descubriendo una incidencia del 16.5%, por último en la ciudad de Arequipa, en una institución educativa pública, se reveló una incidencia del 33.21% de niños con TDAH (Gallegos, 2014).

Por estas razones, en este estudio se pretende comparar la prevalencia del TDAH entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur.

## **1.2 Justificación e importancia**

Esta investigación nos permitirá conocer la prevalencia del TDAH entre colegios públicos y privados de Lima sur, existen pocas investigaciones que busquen comparar esta variable según el tipo de gestión educativa, en consecuencia es importante conocer esta realidad, teniendo en cuenta el gran aumento de colegios privados en nuestro contexto educativo.

La investigación brindará información a los psicólogos, psiquiatras y agentes de la salud mental que deseen tener datos actualizados sobre el TDAH en las instituciones educativas de Lima sur. En un segundo momento será un antecedente a futuras investigaciones, necesarias para conocer, informar y principalmente visibilizar este trastorno, permitiendo que el niño con TDAH pueda ser comprendido y no estigmatizado, de modo que se enfrente su condición desde una mirada científica, ordenada y humana, evitando así el alto índice de maltrato dirigido a estos niños.

También los hallazgos encontrados en este estudio podrán incentivar procesos de detección y diagnóstico a todos los colegios aledaños a Lima Sur, posibilitando que los niños con TDAH sean atendidos, intervenidos y recuperados mediante las terapias o métodos correctivos, por efecto disminuyendo los altos índices de comorbilidad que padece esta población.

Así mismo a los profesionales del sector salud y educación, aledaños a la zona de Lima Sur, les motivara llevar a cabo charlas, talleres y programas de



intervención, dirigidos a aquellos agentes que frecuentan constantemente al niño con TDAH (docentes, padres de familia y/o tutores), aperturando el proceso de inclusión en el aula y entrenamiento a los padres en el manejo de conductas en casa.

Esta investigación también hace evidente que como medida preventiva para la salud mental del país, es necesario al menos un psicólogo por colegio, puesto que en el sector educativo, un alto porcentaje de niños con TDAH no son detectados a tiempo y obtienen un impacto negativo durante su etapa escolar: bajo rendimiento académico, problemas de aprendizaje, dificultades de interacción con sus compañeros, respuestas de rechazo o son sancionados reiteradamente; ya en la adolescencia existe un mayor riesgo de deserción escolar, consumo de sustancias psicoactivas, pandillaje o criminalidad. Por otro lado, brindará un aporte psicométrico debido a que se determinará la confiabilidad de la Escala EDDA.

En conclusión, este trabajo de investigación, pretende, en un primer momento, conocer la realidad porcentual de niños con TDAH, de los colegios públicos versus los privados; en un segundo momento, promover mayor cantidad de estudios, llevar a cabo procesos de detección o diagnóstico y programas de intervención para una mejor calidad de vida del niño con esta condición.

### **1.3 Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar la diferencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar los niveles del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente falta de atención y dificultad para organizarse en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente impulsividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente interacción con compañeros en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según sexo en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según la edad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

#### **1.4 Limitaciones**

- Desconfianza y poca disposición de los docentes y padres de familia a la evaluación psicológica.

- La investigación, al ser de tipo descriptivo-comparativo, no permite establecer relaciones entre variables.

- Escasos antecedentes sobre el TDAH en nuestro medio.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## 2.1 Antecedentes de estudios

### Internacionales

Llanos, García, González y Puentes (2019) exploraron la incidencia del TDAH en niños y adolescentes escolarizados en Barranquilla (Colombia). El estudio fue de tipo descriptivo, epidemiológico, no experimental de corte transversal. Se evaluaron a 318 estudiantes de entre 6 a 16 años, el 52,75% fueron de sexo masculino, el 60,11%, tenía edades entre 6 a 11 años. Los instrumentos a utilizar fueron el Sistema de Evaluación de Comportamiento en los Niños (BASC, Behavior Assessment System for Children) y la Lista de Síntomas para el Diagnóstico de TDAH (CheckList ADHD), de los estudiantes con altos puntajes en las primeras pruebas, se procedió con los padres a una Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) para niños y adolescentes (NA). Los resultados nos revelan un 15% de incidencia del TDAH, de acuerdo a los subtipos el combinado obtuvo un 47%, el inatento un 32% y el hiperactivo el 20%. Por otro lado, existieron diferencias significativas al comparar el sexo, con mayoría en los varones (64.4%) y al comparar la edad, el rango de 6 a 11 años obtuvo un 62.7%.

Barrios, Matute, Ramírez-Dueñas, Chamorro, Trejo y Bolaños (2016) presentaron un estudio en la que estimaron la incidencia del TDAH en niños del nivel primario, de escuelas públicas de Guadalajara, Jalisco (México). El estudio fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal. La muestra constó en 4399 sujetos de ambos géneros (Mujeres: 50.8% y Varones 49.2%), que se encontraban entre el 1<sup>er</sup> y 6<sup>to</sup> grado. El instrumento de evaluación consistió en un conjunto de preguntas en función a los criterios DSM-IV dirigido a los padres de familia. Los resultados muestran una prevalencia del 8.9%, la proporción según el sexo fue de 2:1 a favor de los varones y hubo mayor dominancia del 1<sup>ero</sup> al 3<sup>ero</sup> grado. La distribución por subtipos fue 114 (29%) del tipo hiperactivo-impulsivo, 132 (33.6%) inatento y 147 (37.4%) escolares de tipo combinado.

Campo et al. (2014) ejecutaron un estudio para delimitar la prevalencia y determinar las características el TDAH en cuanto a su tipología en niños, en el Municipio de Popayan, Cauca (Colombia). La investigación es descriptiva, de corte

transversal. La muestra la conformaron 91 alumnos, varones y mujeres, con categorías de edad entre 6 y 13 años, con sospecha de TDAH, remitidos por parte de los docentes, de tres colegios de básica primaria. Los instrumentos utilizados fueron, una lista de síntomas del TDAH (checklist), basados en los indicadores “A” del DSM IV, el cual se pidió referencia a los padres y profesores; para culminar la fase de calificación se aplicó a los padres una entrevista semiestructurada de los indicadores “B, C, D y E” del DSM IV. Los resultados señalan un prevalencia del 17.4%, en función a los subtipos, el combinado obtuvo un 94%, el inatento un 6% y no se registró ningún caso del tipo hiperactivo – impulsivo. Según la distribución por sexo el 69% son mujeres, en acuerdo a la edad el 63% tiene entre 6 y 8, el 31% entre 9 y 11 y el 6% entre el 12 y 13 años. Por último, el 87% son de un estrato socioeconómico bajo y de clase media el 13%.

Jiménez et al. (2012) valoraron la incidencia del TDAH en niños de la Comunidad Autónoma de Canarias (Islas Canarias - España). El estudio fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal. La muestra la conformaron 2,395 niños, de ambos géneros, dentro de los 6 a 12 años, del 1° al 6° grado. Se utilizó la Escala de Clasificación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad IV (ADHD RS-IV), para padres y maestros. Los resultados presentan una tasa global del 4.9%, de los cuales el 3.1% fueron del subtipo inatento, el 1.1% hiperactivo, y el 0.7% combinado. Se halló disparidad estadísticamente significativa en función al género, siendo en los varones sobresaliente, incluso en los tres subtipos, pero no se encontraron disimilitudes estadísticamente significativas a razón de las Islas, al tipo de gestión educativa (público vs concertado) y al grado.

Weiss et al. (2011) hicieron una investigación que valoró la prevalencia del TDAH y especificar si la versión elaborada en España del Test Swanson Nolan and Pelham Scale IV (SNAP-IV) es una prueba apta para niños de la ciudad del Valle Central (Costa Rica). La investigación fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 425 personas de ambos sexos, las cuales sus edades fluctúan de 5 a 13 años de edad, perteneciendo el 50.8% al grupo de varones. Se aplicaron dos instrumentos

diagnósticos, la prueba Swanson Nolan y Pelham Scale IV (SNAP-IV) entregado a los padres y maestros, seguidamente se tomó la misma prueba dentro del contexto estudiantil, aplicado por especialistas calificados en emplear el Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn y Pelham Scale (SKAMP). Los resultados señalan que el porcentaje regular en la muestra fue del 5%, con proporción mayor de mujeres afectadas (65%), sin hallar distinción por edades. Asimismo los progenitores calificaron a sus hijos como significativamente más inatentos ( $p < 0.0001$ ) e hiperactivos ( $p < 0.0001$ ) a diferencia de los profesores.

Urzúa et al. (2009) desarrollaron una investigación con el propósito de mostrar la incidencia del TDAH en la ciudad de Antofagasta (Chile). La investigación fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal. Se tomó la prueba a las personas a cargo del niño así como a sus profesores de 640 niños (290 varones y 350 mujeres) de edades que fluctúan de 6 a 11 años, procedentes de instituciones educativas nacionales y particulares. El instrumento utilizado fue la Escala de Clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad-IV (ADHD RS-IV). Los resultados nos revelan prevalencias que van desde un 5% hasta un 15%, según el apoderado y el profesor respectivamente, acoplando ambas referencias se reducen a un 2%, teniendo en cuenta el referencial de dos ambientes. Existen diferencias significativas conforme al género y los rangos de edad, correspondiendo mayor frecuencia de TDAH en varones entre 6 a 8 años, con predominancia del subtipo combinado.

Rodríguez et al. (2009) investigaron para establecer la incidencia del TDAH, en la ciudad de Castilla y León (España). La investigación fue de tipo descriptivo, psicométrico, no experimental de corte transversal. La muestra se conformó por 1095 estudiantes entre 6 y 16 años, de ambos sexos, siendo de sexo masculino el 51,87%, con 661 de educación primaria y 434 de educación secundaria. El proceso de evaluación tuvo dos fases, comenzó con la aplicación de la Escala de calificación del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad – IV (ADHD RS-IV) y también con la escala de evaluación Vanderbilt NICHQ, que mide resultados globales académicos y conductuales, tomando como referencia a los padres y docentes; en la segunda fase se dedicó a los casos extraídos de la primera evaluación una entrevista de confirmación clínica según los criterios del DSM – IV y por ultimo para

valorar la comorbilidad se administró el Inventario de Síntomas Infantiles (CSI), además de confirmación clínica con entrevista. Los resultados señalan una prevalencia del 6.66%, siendo el sexo masculino el predominante con un 69.9%, no se localizaron diferencias significativas a razón de la edad, niveles académicos, el tipo de gestión educativa (públicos/privados) y zonas rurales/urbanas. La distribución según los subtipos de TDAH fueron, Combinado 65.75%, Inatento 19.17% e Hiperactivo-Impulsivo 15.06%. Por su parte el 71% de los casos adquirió alguna comorbilidad, con la siguiente distribución, trastornos de ansiedad (46.6%), trastornos del comportamiento (31%), trastornos del estado de ánimo (9%), trastornos por tics (10%) y enuresis (12%). Finalmente existieron diferencias significativas entre los casos con TDAH sobre obtener peores resultados académicos y comportamentales.

García, Hernández, Monzón, Prieto, San Feliciano y Santos (2008) “describieron las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con TDAH recibidos en consulta de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario de Salamanca (España) durante un período de 2 años, desde enero de 2004 hasta diciembre de 2005. También se analizaron las variables de edad, sexo, antecedentes personales y familiares relacionados con el TDAH, síntomas del diagnóstico, tratamiento y respuesta terapéutica”. La investigación fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental de corte longitudinal. Conforme a los resultados, los sujetos remitidos fueron un total de 83, con una prevalencia del 32.5%, siendo el 65% del subtipo combinado, en su mayoría varones (87%) y entre los 3 y 8 años de edad (84%), las razones por las que se llegó a la consulta en su mayoría de casos fue el retraso escolar. Hubo precedentes personales en un 50% y familiares en un 38%, se halló relación significativa entre el retraso motor y del lenguaje con el TDAH. El tratamiento multidisciplinario evidenció una evolución propicia en el rendimiento escolar y comportamiento.

## **Nacionales**

Gallegos (2014) realizó un estudio para reconocer la incidencia del TDAH y los factores de riesgo que lo acompañan en niños de un colegio de Arequipa (Perú) durante el 2013. El estudio fue de tipo correlacional, no experimental de corte

transversal. La muestra la conformaron 277 estudiantes del inicial de 4, 5 años y del 1er al 4to de primaria, entre 4 a 10 años y de ambos sexos. Los instrumentos de evaluación fueron la Escala de Connors (Abreviada) para apoderados y docentes, así como una lista de chequeo para adquirir información sobre los factores predisponentes biológicos y personales, exclusivo para los padres. De esta manera se dieron los siguientes resultados: se halló una prevalencia del 33.21%. Sucedió que había mayor incidencia de TDAH en niños con padres separados (56%) y solteros (60%). Se localizó mayor porcentaje de probabilidad de padecer el TDAH si un padre (88.24%), o un hermano (86.11%) también lo tenían. El hecho de tener familiares con problemas mentales aumenta la posibilidad de poseer TDAH en un 91.67%. En las madres que consumieron tabaco, tuvieron hemorragia en el primer trimestre y los niños nacidos con bajo peso, tuvieron mayores expectativas de presentar TDAH con los siguientes porcentajes respectivamente 90%, 68.18% y 76.67%.

Livia et al. (2012) llevaron a cabo un estudio para resolver la incidencia del TDAH, de un lugar desfavorecido de San Martín de Porres – Lima (Perú). El estudio fue de tipo descriptivo, epidemiológico, no experimental de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 212 estudiantes del nivel primario entre 6 a 11 años, de ambos sexos, siendo del sexo masculino el 53%. Se aplicó un instrumento desarrollado por los autores, una lista de chequeo de 18 ítems. Los resultados muestran una prevalencia del 16.5%, con respecto a los subtipos se halló un 56% para el combinado, un 26% para el Inatento, y el 17% para el hiperactivo. Respecto a las comparaciones por sexo y edad, fueron los varones con una proporción del 58% de los casos y el grupo de 6 a 8 años con un 62% de incidencia.

Romero, Paucarmaita, Peláez, Pérez y Portocarrero (2012) ejecutaron un estudio para evaluar las características clínicas y epidemiológicas del TDAH, en pacientes de 5 a 12 años atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima (Perú) entre enero del 2007 a diciembre del 2011. El instrumento utilizado para el tamizaje fueron los indicadores diagnósticos del DSM-IV-TR. Los resultados señalan que un mayor porcentaje de casos de TDAH fueron hallados en el 2011; con un aumento del 38%. El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental de corte longitudinal. La muestra



fue conformada por 161 niños, siendo del sexo masculino el 83.23%. Comparando los resultados hallados entre el 2011 y los del año 2007, se ha incrementado en un 33%.

Tirado-Hurtado et al. (2012) realizaron un estudio para describir los componentes familiares y biológicos vinculados con el TDAH en colegiales de primaria del distrito de Trujillo (Perú). El estudio fue de tipo correlacional, no experimental de corte transversal. La muestra fue compuesta por 390 niños y adolescentes de edades entre 6 a 12 años, de ambos sexos, siendo el 55% varones. Se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TDAH, dirigido a progenitores y educadores, asimismo el de indagar los factores familiares y biológicos mediante la verificación de historias clínicas en los centros de salud donde se atendieron las familias. Los resultados señalan un porcentaje del 9,74% con TDAH, siendo el tipo combinado el más habitual, con dominio en los varones (63,2%) y en el grupo etario entre 8 y 10 años (39,5%). Los precedentes familiares fueron hiperactividad, esquizofrenia y trastorno bipolar. Los factores biológicos relacionados fueron: amenaza de prematuridad (13,2%), bajo peso al nacer (18,4%) aborto (23%), tabaquismo (7,8%) y asfixia (23,6%).

Jara (2009) determinó la prevalencia del TDAH en estudiantes del distrito de Trujillo (Perú) los cuales se encontraban en el primer grado de primaria en el año 2008. La investigación fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 560 alumnos, en edades que oscilaban entre los 6 y 7 años, perteneciendo al sexo masculino el 58.6%. Se empleó la lista de síntomas para el diagnóstico del TDAH en función al DSM-IV; dirigido a los profesores; posteriormente se dialogó con los progenitores de aquellos que salieron con síntomas positivos. Hallándose una prevalencia del 8%, perteneciendo al subtipo Combinado el 4.1%, al subtipo Inatento el 1.61% y al subtipo Hiperactivo-Impulsivo un 2.32%, con una mayor predominancia del sexo masculino.

Araujo (2004) evaluó la correspondencia entre las aptitudes para el aprendizaje y el déficit de atención en escolares de un colegio público de una zona marginal de Lima (Perú). El estudio fue de tipo correlacional, no experimental de

corte transversal. La muestra la conformaron 131 escolares del primer y segundo grado, entre los 6 y 8 años de edad, siendo el 51,9% varones y el 48.1 mujeres. Se aplicaron la Batería de Aptitudes para el Aprendizaje Escolar, BAPAE, y la Escala de Déficit de Atención, EDDA. Los resultados indican que las aptitudes para el aprendizaje se localizaron levemente bajo del promedio, estimando mejor rendimiento a las féminas y el segundo grado; en cuanto al déficit de atención, la muestra presentó un nivel normal de hiperactividad, pero superior al promedio en todas las demás dimensiones (Falta de atención, Impulsividad e Interacción con compañeros), así mismo los varones obtuvieron puntuaciones significativamente más altas, sucediendo lo mismo con el grupo del primer grado. Por último, se observa que, hubo una relación inversa entre aptitudes para el aprendizaje y el déficit de atención.

Anicama et al. (1999) desarrollaron un estudio con el propósito de buscar la asociación del déficit de atención entre padres e hijos en habitantes del distrito de los Olivos-Lima (Perú). El estudio fue de tipo correlacional, no experimental de corte transversal. Se analizó una muestra de 96 diadas (madre-hijo), los niños evaluados pertenecían al CE 2087, cuyas edades fluctúan entre 6 a 11 años, comprendidos entre el 1º y 6º grado, de ambos sexos. Para esto se empleó la Escala de Desorden de Déficit de Atención (EDDA) para niños y la Escala de Clasificación de Wender-UTHA para adultos. Los resultados señalaron una incidencia del 23% para los niños, de igual modo cada componente obtuvo un porcentaje: Hiperactividad (38%), Déficit de atención (34%), Impulsividad (20%) y por último a Problemas de interacción (4%). En relación a los progenitores, se halló una incidencia del 51% de desórdenes de déficit de atención, pero no se halló correspondencia significativa entre padres e hijos.

Silva (1997) estandarizó las Escalas de Conners para la Evaluación del TDAH en su versión de Padres y Maestros, en escolares de Lima Metropolitana (Perú). La muestra estuvo compuesta por 1,285 estudiantes del nivel primario, de ambos sexos, perteneciendo el 51% al sexo femenino, con edades que oscilan entre 6 a 12 años. Se utilizó las Escalas de Conners, en la Evaluación del TDAH para padres y maestros respectivamente. Ambas escalas demostraron una validez adecuada (siendo las correlaciones que oscilan entre 0.205 y 0.775) y una

confiabilidad significativa ( $p < .001$ ). Los resultados también señalaron que hubo diferencias según la edad, grado educativo y nivel socioeconómico, presentando los niños de 6 años, 1º grado y los de clase alta y media, mayores problemas de conducta, impulsividad- hiperactividad e índices de hiperactividad ( $p < .05$ ). No se halló diferencias significativas según género en la Escala para padres; sin embargo, los maestros señalaron que los varones presentaron mayores problemas de conducta e índices de hiperactividad que las mujeres.

Anicama, Melgar, Antinori, Araujo, Tomas, Livia y Ortiz (1997) construyeron y validaron una escala con el propósito de evaluar el Desorden de Déficit de Atención, en una desfavorecida población urbana de Lima (Perú). La muestra fue compuesta por 186 padres, de los cuales sus hijos estudiaban del 1º al 6º grado de primaria, entre 6 a 11 años, de ambos sexos, siendo el 50.54% varones. Se utilizó la Escala de Desordenes de Déficit de Atención (E.D.D.A). Los resultados según la prueba señalan que en las cuatro sub – escalas obtuvo una correlación significativa al nivel de  $p < .05$  y una confiabilidad de 0.8916 (Alpha de Crombach). Por otra parte, los resultados de la muestra nos revelan que los percentiles evidenciaron una tendencia a los desórdenes del déficit de atención que obtuvieron según las sub-escalas de hiperactividad (45), falta de atención (60), impulsividad (50) e interacción con compañeros (55), terminando con el puntaje total (55), evidenciando una tendencia a los Desórdenes de Déficit de Atención. No se encontró diferencia significativa según sexo ( $p > 05$ ), sin embargo, hubo diferencias significativas según edad y grado educativo ( $p < .05$ ), siendo el grupo de 7 años (Segundo Grado), quienes obtuvieron mayor desorden de déficit de atención, hiperactividad, impulsividad y dificultades en la interacción con compañeros.

## **2.2 Bases teóricas y científicas**

### **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

#### **Definiciones**

Llanos et al. (2019) es un síndrome neurológico usualmente distinguido por desatención, hiperactividad e impulsividad, que se presentan de forma inadaptable en relación al desarrollo del menor.

Barrios et al. (2016), es un trastorno del neurodesarrollo presente antes de los 12 años, manteniendo por un lapso de 6 meses los síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) lo define como un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por un patrón de falta de atención y/o hiperactividad – impulsividad, persistiendo durante al menos 6 meses, interfiriendo con el funcionamiento de sus actividades sociales y académicas/laborales.

Alda, Boix, Colomé, Fernández, Gassió, Izaguirre, Mena, Ortiz, Sans, Serrano y Torres (2010) definen el TDAH como un trastorno de etiología neurobiológica que se inicia en la niñez, diferenciándose a su grupo etario en intensidad y frecuencia en tres síntomas centrales, inatención, hiperactividad e impulsividad.

Urzúa et al. (2009) sostienen que el TDAH “es un trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos” (p. 333).

#### **Modelos explicativos del TDAH**

##### **Modelos psicosociales**

Granell (1979) sostiene que la conducta hiperactiva se singulariza especialmente por – conducta motora excesiva y - falta de atención; asimismo esta

conducta produce respuestas observables y medibles, y con regularidad persisten por una diversidad de consecuencias ambientales inespecíficas. Esta conducta se ve reforzada de manera interna y de manera externa, debido a que por lo general recibe actitudes de rechazo y atención por parte de los adultos, en ese sentido asegura la estabilidad y permanencia del patrón conductual del niño.

Desde esta perspectiva, es posible aplicar una metodología basada en controlar las contingencias ambientales, que refuerzan y mantienen la conducta, aplicando técnicas específicas como, el “reforzamiento de respuestas incompatibles” y la “extinción” de respuestas inadecuadas.

Por otro lado, Giménez-García (2014) afirma que generalmente los niños con TDAH manifiestan conductas problemáticas:

- Respuesta Motoras: excesos conductuales y déficits conductuales.
- Respuestas fisiológicas: nerviosismo y excitación.
- Respuesta Cognitiva: Pensamientos negativos.

Frente a las conductas problemáticas; la ausencia de normas y límites, la inconsistencia de los castigos, el poco o nulo refuerzo de los comportamientos adecuados, y su control coercitivo, son los causantes del mantenimiento de esta. Asimismo, los factores ambientales como residir en una zona desfavorecida, pueden modelar inadecuadamente la conducta del niño.

Las consecuencias del inadecuado manejo de conductas problema que las perpetúan son:

- Refuerzo positivo, mediante la atención de la madre hacia las conductas disruptivas, también, cuando consigue lo que quiere, además de la satisfacción de ejercer cierto “poder” sobre el adulto (manipulación).
- El refuerzo negativo, cuando la madre lleva a cabo o ayuda a realizar la actividad designada, logrando el cese de la rabieta.

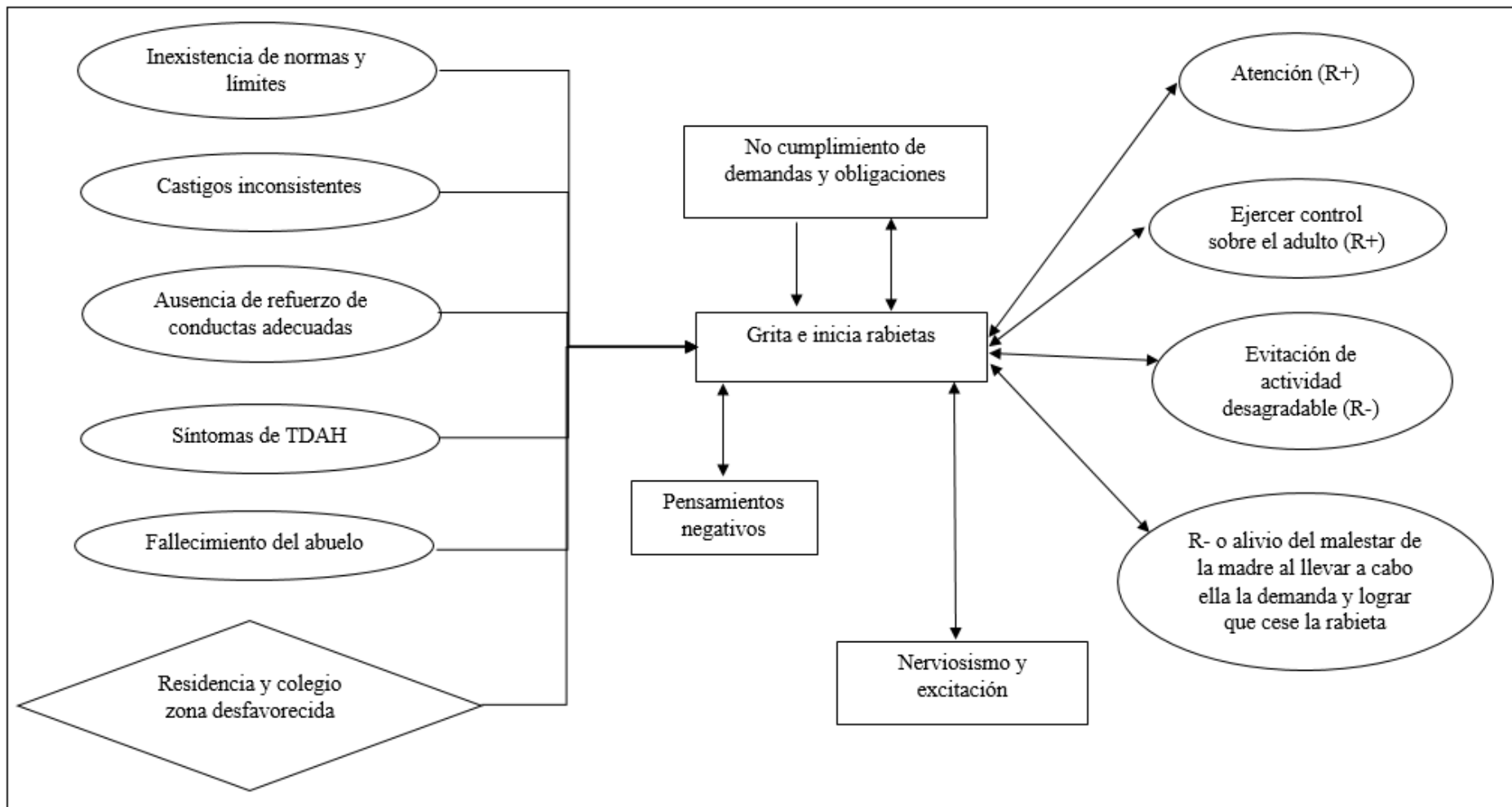


Figura 1. Análisis funcional del caso. Fuente: Giménez-García (2014).

Nota: Circulo variable modificable, rombo variable no modificable y cuadrado conducta problema

Según Martínez-León (2006), diversos expertos estiman que los componentes psicosociales median como factores preponderantes del TDAH, considerando su naturaleza contextual, se ha estudiado: el peso que tienen las implicancias familiares, los actores sociales en la manifestación de esta condición, la importancia de otros elementos como la institucionalización del niño y el ambiente escolar; concluyendo que no existe una causa ambiental directa, no obstante la atención dedicada por los padres a sus hijos puede aliviar o agravar los síntomas. El TDAH puede desencadenarse y mantenerse a razón de un ambiente desorganizado, disfuncional y caótico, las formas de crianza en casa son base para el desarrollo de la vida social del menor. Un sector importante de especialistas en el área considera que los efectos psicológicos en relación a las posturas y pautas de crianza de la familia son más influyentes que las propias condiciones sociales.

Por otro lado, Dolores (2005) explica que según la concepción conductista la hiperactividad es altamente aversiva en el ambiente, ocasionando con frecuencia actitudes de rechazo y atención inadecuada por parte de los adultos, por consiguiente puede generar ciertas consecuencias reforzantes de parte del ambiente, por ejemplo: prestar excesiva atención en un intento por controlar, aumentado no solo la frecuencia de emisión, sino también su estabilidad y permanencia.

### **Modelo biológico**

Según Martínez-León (2006) el modelo biológico se puede examinar desde distintos elementos.

- **Genéticos:** En estudios con familias se concluyó que existe un mayor porcentaje de padecer TDAH en parientes de primer grado. Asimismo, estudios realizados en gemelos apuntan que el componente genético, predomina en el origen del TDAH.
- **Perinatales:** Se ha observado que el uso de sustancias psicoactivas, las complicaciones durante la gestación y los trastornos neurológicos de inicio temprano pueden ser causas de riesgo para el TDAH. Por otro lado, las dificultades neonatales como lesiones cerebrales o complicaciones durante el alumbramiento predisponen la adquisición de este trastorno.

- **Neurológicos:** Algunos autores han señalado que las zonas del cuerpo calloso con fibras que enlazan las regiones corticales homólogas anteriores (frontales) y posteriores (parietal) en los hemisferios izquierdo y derecho son más reducidas en los niños con TDAH. Hoy en día, los estudios del TDAH se enfocan en las áreas frontales y prefrontales del cerebro, responsables de moderar la inhibición de información sensorial y la atención. Además proponen que cierta cantidad de niños con TDAH presentan alteraciones neuroquímicas en las regiones cerebrales comprometidas con la atención (déficit) y con el procesamiento de información sensorial (exceso). Esto se debe a que existen posibles alteraciones en los neurotransmisores de los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico y serotoninérgico.
- **Nutricionales:** Algunos autores sustentan que el TDAH se vincula fuertemente con el régimen alimenticio, como por ejemplo el consumo de edulcorantes, tintes y aditivos artificiales, incluso de modo empírico los padres testifican que sus niños con TDAH regulan su conducta cuando emplean una dieta libre de estos elementos.

Según Dolores (2005), la teoría biológica sostiene que el TDAH es producido por una perturbación crónica o leve en el sistema nervioso central, estableciéndose que todo niño con dificultades para el aprendizaje, tiene por diagnóstico, un daño neurológico específico o difuso; o, aunque no presente un diagnóstico positivo, se sospecha su existencia.

El modelo neurológico postula que la disfunción cerebral mínima genera marcada distractibilidad, así como incontenible impulso hacia el excesivo movimiento de manera relativa.

Una distinción básica en el sistema nervioso, es que procesa la información que proporcionan los receptores sensoriales y comienza la acción apropiada en forma de reacciones motoras.



Sin embargo, las investigaciones que intentan afirmar la hipótesis sobre una determinación biológica de la hiperactividad han obtenido resultados confusos e inconsistentes.

Por lo tanto, la suposición en la cual los niños hiperactivos tienen un número más elevado de signos neurológicos, en comparación con los no hiperactivos, no ha podido confirmarse completamente, porque los estudios revelan que no es una relación universal ni específica de la hiperactividad.

### **Modelo atencional de Douglas**

Según el enfoque atencional de Douglas y Peter (1979) existe una naturaleza cíclica entre la conducta manifiesta de los niños y su dificultad para instaurar esquemas complejos, estableciendo cuatro predisposiciones relacionadas al origen del TDAH (Martínez-León, 2006).

- Predisposición a la búsqueda de estimulación y/o recompensa inmediata.
- Evitan o tienen poca inclinación a prestar atención y empeño a tareas difíciles.
- Pobre competencia para regularizar el movimiento hacia el término de designadas tareas.
- Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas.

### **Modelos explicativos según las funciones ejecutivas**

Según Barkley, el déficit en la inhibición comportamental incurre negativamente sobre la autorregulación y sobre cuatro funciones ejecutivas. Estos son conductas autodirigidas que el sujeto utiliza para autorregularse (Amador, Forns y González, 2010).

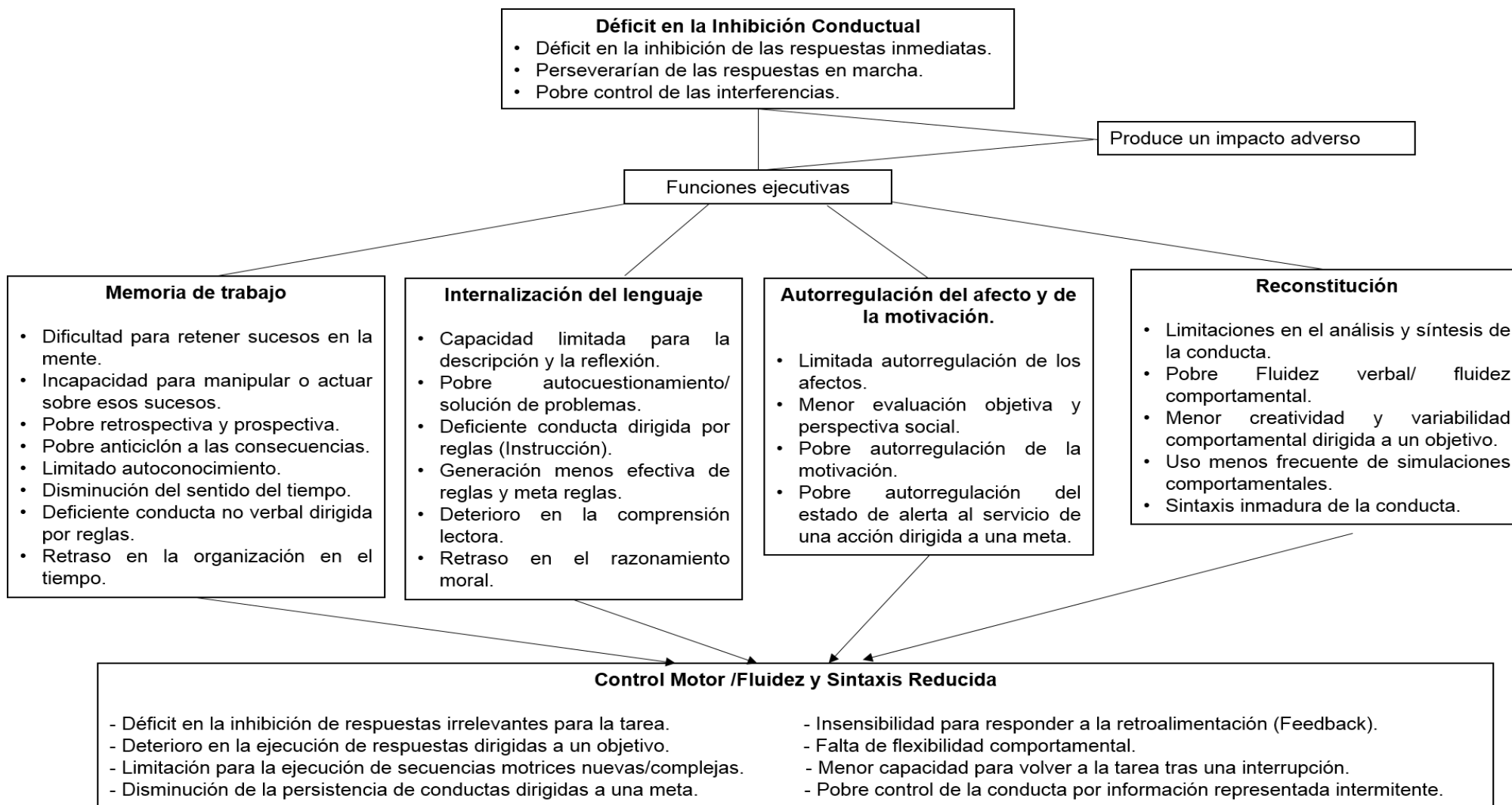


Figura 2. Déficit en la inhibición conductual. Fuente: Orjales, (2000); Lavigne y Romero (2010); Barkley (2014).

Barkley afirma que la dificultad para sostener la atención, es debido a la hipoactividad del sistema de inhibición conductual, específicamente la falta de control de la interferencia (Amador et al., 2010).

Por otro lado, Brown (2006) citado por Amador et al., (2010) entiende el TDAH como un trastorno del desarrollo, del déficit en los procesos de regulación y control de las funciones ejecutivas, funciones que obedecen a factores genéticos, sin embargo, los factores externos (ambientales) pueden desempeñar una importante influencia en su progreso y funcionamiento. Este autor propone seis funciones ejecutivas:

1. Estructurar, movilizar y fijar prioridades para las labores (Activación).
2. Sostener la atención y concentración (Concentración).
3. Moderar el estado de alarma, conservar la fuerza y el empeño (Esfuerzo).
4. Controlar la injerencia afectiva y regularizar las emociones (Emoción).
5. Utiliza la memoria de trabajo y acceder a los recuerdos (Memoria).
6. Observar y autorregular (Acción).

Es importante señalar que medir la inhibición de respuestas, o el retraso en la elección de recompensas, las medidas de funciones ejecutivas o los perfiles neuropsicológicos; son útiles en la evaluación del TDAH, no obstante, no hay precisión para fijar un diagnóstico, no posibilitan distinguir entre los grupos con TDAH y otros grupos clínicos (Amador et al., 2010).

### **Modelo explicativo según el DSM-5**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), el TDAH se encuentra inmerso en los trastornos del neurodesarrollo, que se definen como conjunto de alteraciones neurológicas con origen en el periodo precoz del crecimiento, por lo general antes que empiece la escuela primaria, y se presenta con inconvenientes en las actividades personales, sociales, académicas u ocupacionales. Las condiciones de los déficits del desarrollo permutan desde incapacidades muy particulares del aprendizaje o del manejo de las funciones ejecutivas, hasta carencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia. Es muy frecuente

encontrar concurrencia entre los trastornos del neurodesarrollo; por ejemplo, los niños con TDAH, además padecen un trastorno específico del aprendizaje.

La falta de atención y la desorganización conllevan la imposibilidad de secundar faenas, que aparente que no escuchan y que extravíen sus útiles; la hiperactividad-impulsividad comprende demasiado movimiento, acciones nerviosas, interrumpe las ocupaciones de otras personas y dificultad para esperar y mantenerse sentado. Estos síntomas se exteriorizan a niveles que son incompatibles con la edad o el nivel de crecimiento.

## **Etiología**

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM - EE.UU), 2009) afirman que no hay certeza segura de las causas del TDAH, sin embargo, algunas posibilidades son:

- Los genes, porque la predisposición hereditaria es significativa.
- La ingesta directa o indirecta del plomo.
- El uso de drogas legales o ilegales durante la gestación.
- Lesiones o daños cerebrales.
- El consumo de alimentos con altos contenidos de colorantes artificiales pueden generar mayor hiperactividad.

Vásquez, Cárdenas, Fera, Benjet, Palacios y De la Peña (2010) sostienen que el TDAH es de etiología multifactorial, puesto que influyen diversas variables, no habiendo factor que por sí solo explique el origen del trastorno. A continuación, los factores que influyen en el TDAH:

**Factores genéticos.** Se ha descubierto que un tercio de personas con TDAH tienen un familiar con esta condición. De esta manera se encuentra que son los hermanos de un niño con TDAH que tiene un riesgo dos veces mayor de sufrir esta condición, a diferencia de la población universal. Sin embargo, no en todos los hermanos se presenta de la misma forma, uno obtuvo predominancia hiperactivo - impulsivo, mientras que otros síntomas de inatención.

**Factores neuroquímicos.** Mediante algunos estudios se ha demostrado que ciertos neurotransmisores son administrados defectuosamente, debido a la existencia de imperfectos químicos a nivel cerebral. En particular, han sido detectados dos neurotransmisores: norepinefrina y dopamina.

**Factores neuroanatómicos y fisiológicos.** Debido a lesiones o disfunciones en zonas cerebrales comprometidas entre: el cerebelo, la corteza prefrontal y los núcleos basales del cerebro.

**Factores psicosociales.** Es la familia un componente muy preponderante, por esta razón que las vivencias o factores que generan estrés psicológico y ansiedad suman la presencia o la permanencia del TDAH. Entre otras causas predisponentes se encuentran el fuerte temperamento del niño o adolescente y demandas sociales. Por último, aseveran además que las técnicas educativas utilizadas de manera inapropiada contribuyen esta problemática, como la falta de normas, ausencia de acuerdo entre los padres y límites inconsistentes.

Tabla 1

Resumen de las principales posturas sobre la etiología del TDAH

		Etiología	
	Propone	Implica	Efectos
<b>Factores Psicosociales</b>	Los factores ambientales contribuyen significativamente a la manifestación y pronóstico del TDAH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las caóticas interacciones familiares (modelado).</li> <li>- Presencia de trastornos psicopatológicos en los padres y cuidadores.</li> <li>- Residenciar en centros urbanos desfavorecidos.</li> <li>- La inadecuada organización y estructuración de las actividades escolares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera la estabilidad y permanencia de las conductas disruptivas.</li> <li>- Manifestación de actitudes de rechazo y atención inadecuadas por parte de los adultos (padres y maestros).</li> <li>- Interfiere en la socialización del niño con TDAH.</li> </ul>
	<b>Funcionamiento Biológico</b>	<p>Estructuras cerebrales y funcionamiento</p> <p>Existen diferencias estructurales del cerebro.</p> <p>Química del cerebro</p> <p>La presencia de una disfunción en el proceso de transmisión de neurotransmisores.</p>	<p>a) Menor tamaño de los lóbulos frontales.</p> <p>b) Menor volumen cerebral en las zonas de los ganglios basales.</p> <p>c) Menor volumen de los hemisferios cerebelosos.</p> <p>Una disfunción en designados circuitos frontoestriados, mediados por la Dopamina y noradrenalina.</p>

<b>Complicaciones durante el embarazo y el nacimiento</b>	Sobresalen algunos factores ambientales que impactan biológicamente durante la gestación y perinatales.	Toxemia, eclampsia, prematuridad, infecciones neonatales, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal postmadura, parto prolongado, distress fetal, hemorragias preparto. El consumo de alcohol y el tabaco, en el transcurso del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles altos de actividad (Hiperactividad).</li> <li>- Inatención.</li> <li>- Dificultad en la programación de tareas.</li> <li>- Persistencia de estas conductas hasta la niñez y, en menor medida hasta la adolescencia.</li> </ul>
<b>Genética</b>	Los sujetos biológicamente relacionados con otros que posean este trastorno tendrán una probabilidad mayor de presentar TDAH.	Entre los genes implicados se encuentran: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sistema Catecolaminérgico: DRD4-7, DRD5, DAT1, DRD2, DBH, TH, COMT</li> <li>b) Sistema Noradrenérgico: ADRA2A, ADRA2C, ADRA1C, NET1</li> <li>c) Sistema Serotoninérgico: HTR1B, HTR2A</li> </ul>	Alteran la recepción o el transporte de los neurotransmisores de la Dopamina, Noradrenalina o Serotonina.
<b>Dieta</b>	La ingesta de ciertos alimentos “prohibidos” tiene efectos en la conducta hiperactiva.	La comida que tiene colorantes y sabores artificiales, designados conservantes y salicilatos naturales (por ejemplo; albaricoques, ciruela tomates o pepinos) están relacionados al TDAH.	Investigaciones mencionan que la dieta no cumple un papel importante ni en la etiología ni en el tratamiento del TDAH, si bien podría perjudicar a un número pequeño de menores.
<b>Plomo Ambiental</b>	Los altos y bajos niveles de exposición de plomo causan déficits graves en el funcionamiento biológico, en la cognición y en el comportamiento.	Envenenamiento por plomo a través de productos de alta tecnología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niveles de plomo en el esmalte dental de niños con edades que fluctúan entre 6 y 8 años correlacionan con la falta de atención a los 12 o 13 años.</li> <li>- La disminución de plomo ambiental posiblemente no afectaría de forma sustancial a la prevalencia del TDAH. Sin embargo se reconoce su importancia de manera preventiva.</li> </ul>

*Nota:* Obtenido de Wicks-Nelson y Israel (2008); Martínez-León (2006); López et al. (2014).

## **Criterios diagnósticos del TDAH**

### **Clasificación según el CIE 10**

Las características puntuales son el déficit de atención y la hiperactividad. Para un adecuado diagnóstico se demanda que ambas particularidades se presenten en distintos contextos (por ejemplo, en clase y en la casa).

#### **Desatención**

- Parece no escuchar.
- Tiene dificultades para mantener la atención.
- Se distrae por estímulos insignificantes.
- Olvida con facilidad.
- Pierde sus pertenencias.
- No culmina sus tareas.
- Desorganización en sus actividades.
- Rechaza el esfuerzo mental sostenido.

#### **Hiperactividad**

- Tiene dificultad para juegos reposados.
- Remueve sus manos y pies.
- A cada instante corre o salta.
- Sale su asiento en la clase.

#### **Impulsividad**

- Verborrea (Lavigne y Romero (2010))

También en la edad adulta se puede hacer el diagnóstico hiperactivo. Los criterios son iguales, sin embargo la hiperactividad debe evaluarse en relación a cada caso. Si la hiperactividad se mostró en la niñez y con el paso del tiempo fue revelado otro trastorno, debe prevalecer el actual, considerando este antecedente (OMS, 1992).



## **Clasificación según el DSM-IV (2000)**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría. (2000), establece los siguientes criterios diagnósticos para el TDAH:

### **A. (1) o (2):**

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### **Desatención**

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

## **Hiperactividad**

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e. A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f. A menudo habla en exceso.

## **Impulsividad**

- g. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h. A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

- B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad). (pp. 88-89)

## **Clasificación según el DSM-5 (2014)**

Conforme a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), establece los siguientes criterios diagnósticos para el TDAH:

- A.** Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2).

### **1. Inatención**

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej. hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

## **2. Hiperactividad e impulsividad**

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
  - f. Con frecuencia habla excesivamente.
  - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p.ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
  - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
  - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p.ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B.** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C.** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D.** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E.** Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias). (pp. 59-60)

## **Síntomas del TDAH**

### **Déficit de atención**

Según Maciá (2012) los mecanismos atencionales comprometidos pueden ser de tres tipos:

a) Mecanismos selectivos, denominada también atención selectiva, que consiste en la capacidad de centrarse en una actividad o en una sola fuente de información, desechando otros estímulos. Los niños con TDAH muestran problemas en la atención selectiva, dificultándoles elegir la respuesta adecuada entre un grupo de opciones; serían pequeños que examinan y planean menos, por lo tanto, carente iniciativa en la búsqueda de información. Tienen dificultades para acordarse y hacer caso a las órdenes, así como para rechazar las distracciones en el transcurso de seguir aquellas.

b) Mecanismos de distribución o desplazamiento, se refiere a la actividad mediante la cual el organismo distribuye su vigilancia, cuando se presentan múltiples demandas en el ambiente. Los niños con TDAH, exhiben altas alteraciones en la distribución de la atención, precisamente las situaciones con demasiados estímulos suelen desorientan al menor.

c) Mecanismos de mantenimiento o sostenimiento, es la capacidad del organismo para sostener el foco atencional y mantenerse alerta extensos lapsos de tiempo. Suelen mostrar problemas en la elaboración de trabajos que necesitan sostener la atención de forma continua, sobre todo en aquellas que no son muy motivadoras y no les resulta gratificante, si bien también se puede manifestar en menor grado en tareas lúdicas.

Es importante mencionar que la alteración en uno o más de estos procesos puede acarrear la aparición de un trastorno atencional.

Según López et al. (2014), los menores que presentan inatención tienen mayores problemas para realizar una misma actividad en el lapso de un periodo de tiempo largo. Una vez iniciada la actividad se aburren con facilidad y se dispersan

en su pensamiento. Suele ser contradictorio que en las materias que podrían dominar, cometen errores por no fijar su atención; teniendo que dedicar mayor esfuerzo en sus deberes y en la organización de su vida cotidiana. Parecen no escuchar, frecuentemente olvidan o pierden objetos personales.

Continuamente cambian su foco de atención, hay que prestarles más cuidados y repetirles constantemente las indicaciones, porque las olvidan. Al mismo tiempo, esto implica, un bajo rendimiento escolar y pobre capacidad en los juegos que corresponden a su edad, llevando como consecuencia rechazo entre sus iguales. Por lo general, tienen mala ortografía y no estructuran de una manera adecuada el espacio en la hoja.

Los padres y docentes refieren que estos niños están imposibilitados de sostener su atención, en un escrito o en una película, pero si con disposición de mantenerse horas continuas entreteniéndose en un video juego. Existen varios componentes para este hecho, en primer lugar, captan su atención mediante el constante envío de mensajes en breves periodos de tiempo, además que proporcionan refuerzos inmediatos; en segundo lugar, los condiciona sus dificultades en la atención sostenida. Es definitivo afirmar que la atención es distinta en cualquier persona, no únicamente en los que tiene esta condición, y obedece principalmente a la motivación que produce cada tarea.

Por otro lado, es fundamental manifestar que el déficit de atención puede presentarse en niños/as introvertidos, tímidos, sosegados y tranquilos, que también no brindan atención en el aula, pueden tener problemas de aprendizaje, además de otro tipo de dificultades (ansiedad, tristeza, etc.).

## **Hiperactividad**

Según Maciá (2012) la hiperactividad se determina en la aparición de la actividad motora excesiva, para la edad del niño o por la condición que la situación amerita.

La actividad motora de los niños hiperactivos se califica por ser desmesurada, desordenada e inoportuna. Los niños con TDAH actúan como si tuvieran un motor interno, siempre en movimiento. Exteriorizan inquietud, nerviosismo, hablan en exceso y producen ruidos con cualquier parte de su cuerpo. Se les tilda de traviosos, revoltosos y molestos. La hiperactividad es el síntoma que más se supera con la edad, sin embargo, puede mostrar o sentir cierta inquietud en sus movimientos.

Según López et al. (2014) el exceso de movilidad se vinculan indirectamente con dureza y pobre armonización motriz, rasgos que contribuyen en constantes accidentes y caídas que padecen estos niños, además afectando también la motilidad fina.

Los niños con hiperactividad están en constante movimiento, se levantan, se desplazan sin sentido, les cuesta trabajo mantenerse sentados en extensos lapsos de tiempo, hablan en exceso, usualmente se mueven en su silla, cambian de postura, tocando todo a su alrededor. Suelen generar ruidos, topando objetos, tararean o mascullan y se entiende que exteriorizan tics con considerable regularidad que otros niños. Estos padres refieren que, en la infancia de sus hijos, tenían que estar más pendientes de ellos para evitar accidentes, de niños mordisquean y rompen sus útiles escolares, desarman las cosas, estropeándolas a su vez, también muerden sus prendas de vestir o las desgarran.

Estos movimientos excesivos obstaculizan su trabajo, el de los iguales y del maestro/a en la escuela, obteniendo consecuencias sociales negativas.

### **Impulsividad**

Según Maciá (2012) la impulsividad se evidencia por la incapacidad al impedir comportamientos que implican una complacencia rápida (autocontrol); en otras palabras, la capacidad para refrenarse y demorar gratificaciones.

Tienen problemas al aguardar su turno, constantemente cortan la participación de los otros niños; realizan actividades físicas temerarias, sin tomar



en cuenta las consecuencias. La impulsividad es el motivo de que, por lo general, los niños con TDAH, en sus actividades académicas, sean desordenados y cometan muchos errores, fundamentalmente por no acabar de leer las preguntas, no prestar atención o precipitar la respuesta. Es importante precisar que esta incapacidad para refrenarse, se evidencia en el espacio cognitivo (pensamiento), como conductual (acciones).

Según López et al. (2014) en los niños/as con TDAH la impulsividad se evidencia por la incapacidad de inhibir los comportamientos que suponen satisfacción inmediata, se frustran con facilidad, no controlan su manera de actuar y comportarse, así como dificultad para autorregularse. No consideran los efectos de sus actos y frontalmente hacen o comentan la primera idea que se les pasa por la cabeza. Tampoco valoran que sus posibles respuestas deban estar en función de las circunstancias y de los propósitos personales. Consecuentemente, en la escuela acostumbran contestar sin considerar lo que se les está preguntando, en ocasiones inclusive antes de que el docente haya culminado de hacer la pregunta. Los progenitores relatan que al sostener una charla con otras personas, sus hijos con TDAH interrumpen continuamente.

Les resulta complicado aguardar su turno al jugar o en otros momentos, siendo su impulsividad el motivo por el cual no son aceptados por sus iguales e inclusive habitualmente son rechazados, dificultando sus relaciones interpersonales y dañando su autoestima.

Parte del desarrollo de los niños, consiste en el florecimiento de la autorregulación, que cambian a medida deviene el crecimiento, sin embargo un grupo determinado no logra ir en simetría a los demás, perjudicando en general sus niveles de funcionamiento, puesto que la autorregulación y el conjunto de funciones son elementales para alcanzar un nivel académico óptimo y adaptarse al entorno.

## Tipos

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. (1992) en su clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, 10ª versión, señala los siguientes tipos:

### **F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención**

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-), pero no se satisface el de F9L-(trastorno disocial).

Incluye:

- Trastorno de déficit de atención.
- Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

- Trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1). (p.125)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría. (2000), en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), establece los siguientes subtipos para el TDAH:

En la mayoría de casos existen síntomas de déficit de atención e hiperactividad-impulsividad, sin embargo es necesario evaluar la característica dominante.

- **F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01].** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad.
- **F98.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00].** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad- impulsividad).
- **F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01].** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención). (p. 84)

Conforme a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), establece las siguientes presentaciones para el TDAH:

- 314.01 (F90.2) **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- 314.00 (F90.0) **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- 314.01 (F90.1) **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses. (p.60)

### **Comorbilidad del TDAH**

Según el Asociación Americana de Psiquiatría - DSM-5 (2014). Los trastornos comorbidos son comunes en las personas con diagnóstico de TDAH. El trastorno negativista desafiante es frecuente en el 50 % de los niños y adolescentes con presentación combinada, una cuarta parte suelen ser inatentos; una proporción análoga sucede con el trastorno de conducta, que perjudica una cuarta parte de los niños y adolescentes con presentación combinada, en función a sus años de vida y su entorno. Los trastornos específicos del aprendizaje convergen asiduamente con el TDAH; en una facción menor los trastornos de ansiedad, la depresión mayor, el trastorno de desregulación disruptiva del ánimo, el trastorno explosivo intermitente y el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo más frecuente que en la población común. Por otro lado los trastornos de personalidad antisocial y otros trastornos de personalidad, pueden concurrir con el TDAH, como también los trastornos obsesivos-compulsivos, trastorno del espectro autista y los tics.

Por parte de López et al. (2014), afirma que por lo general el TDAH muestra comorbilidad con otros trastornos, difícilmente se presenta de manera aislada. Estadísticamente dos tercios de los menores diagnosticados con TDAH, presenta al menos otro trastorno psicopatológico.

Lista estadísticas sobre la *comorbilidades asociadas TDAH*:

- Muy frecuentes (más del 50%)
  - Trastorno de la conducta.
  - Trastorno negativista desafiante.
- Frecuentes (hasta el 50%)
  - Trastornos de la coordinación y desarrollo motriz: torpeza en la psicomotricidad fina.
  - Trastornos específicos del aprendizaje: sea en la lectura (dislexia), escritura (disgrafía) y cálculo matemático (discalculia).
  - Trastornos de ansiedad: por separación y fobias.
- Menos frecuentes (del 20%)
  - Trastornos del ánimo (depresión y bipolaridad).
  - Trastorno de tics.
  - Cambios de humor.

***Comorbilidad con psicopatología externalizante e internalizante.*** La comorbilidad en niños con TDAH es muy común y se encuentra en altos niveles, tanto en psicopatología internalizante en las que se frecuentan las fobias, el trastorno bipolar, la ansiedad y depresión entre otros; así como la psicopatología externalizante en las cuales encontramos la conducta antisocial, los problemas de conducta, la agresividad entre otros.

Por su parte, con los trastornos externalizantes existe una relación más frecuente, las cuales en distintas investigaciones se presentan estas proporciones 50-70% y 30-50%. Igualmente se evidencian, que los menores con TDAH que muestran trastornos internalizantes, los porcentajes están entre el 30 y el 50% (López et al. 2014).

***Comorbilidad según subtipos de TDAH.*** Desde que se norma con el DSM-IV (1994), los estudios han empleado tres subtipos de TDAH, manifestando correlaciones diferenciadas entre ellos. A nivel general, hay una relación considerable entre trastornos internalizantes y una menor sintomatología hiperactiva impulsiva, mientras que, por el contrario, a mayor sintomatología

impulsiva-hiperactiva se puede generar otros tipos de trastornos externalizantes. Los estudios longitudinales evidencian que el subtipo hiperactivo-impulsivo del TDAH en la niñez y el subtipo combinado pronostican la posterior sintomatología del trastorno negativista desafiante en la infancia y un gran riesgo para el trastorno disocial (López et al. 2014).

**Comorbilidad según edad.** La gran mayoría de investigaciones encuentran correspondencia entre edad de inicio del TDAH y sintomatología comorbida. Otras investigaciones exponen que el aumento de psicopatología y sintomatología severa, está asociado a cualquier edad en el cual haya comenzado el TDAH. Estudios longitudinales respaldan que existe relación entre una edad de inicio temprana y un desarrollo de psicopatología externalizante, extendiéndose estos resultados también a poblaciones clínicas de TDAH. Sin embargo, otras investigaciones difieren, señalando que no se halló disimilitud en comorbilidad según la edad de inicio (López et al. 2014).

**Comorbilidad con problemas de aprendizaje.** El TDAH frecuentemente coexiste con los trastornos del aprendizaje, esto se ha observado tanto en investigaciones clínicas y en la población en general. De acuerdo a los subtipos de TDAH se muestran los siguientes resultados, los grupos de TDAH- Inatento y el Combinado exhiben más dificultades estudiantiles que el grupo Hiperactivo-Impulsivo.

Del mismo modo, los niños con TDAH-Inatento en su gran proporción adquieren problemas de lectura, por su parte los de predominio Combinado poseen mayores problemas en matemáticas. La condición del menor con TDAH empeora cuando cumplen con los criterios de diagnóstico del Trastorno Disocial, donde tienen el doble de posibilidades de mostrar problemas al leer y un considerable peligro de tener dificultades sociales y emocionales. Por su parte, las características del Trastorno Negativista Desafiante, específicamente a causa de las conductas disruptivas, resultan en un bajo funcionamiento escolar: usualmente los sancionan y de esta forma es más probable que repitan una materia, así como el que sean retirados del colegio. (López et al. 2014).

## Factores asociados del TDAH

### Sexo

Existe mayoría de niños con TDAH, con una frecuencia 2:1 y 6:1 de niño a niña en una muestra general; y de 6:1 y 9:1 en una muestra clínica. Según los subtipos el inatento 2:1 y para el tipo hiperactivo-impulsivo 4:1. De manera específica se ha observado que los niños tienden a evidenciar mayor hiperactividad y problemas de conducta en comparación a las niñas que exhiben mayores déficits atencionales e intelectuales. Varios autores explican que estas diferencias son a razón de que las niñas demandan mayor carga genética para exteriorizar la hiperactividad. No obstante, algunos autores sostienen que la concentración de dopamina es superior en los niños a diferencia de las niñas. Por otro lado, en menor proporción algunas investigaciones no reportan diferencias significativas según género (López et al. 2014).

Vemos por parte de Jara (2009) que encontró mayor predominancia del sexo masculino, del subtipo Combinado 91% (niños) y 9% (niñas); del subtipo Inatento 67% (niños) y 33% (niñas); del subtipo Hiperactivo-Impulsivo 77% (niños) y 23% (niñas); asimismo Rodríguez et al. (2009), resalta diferencias estadísticamente significativas a favor de los varones, igualmente Tirado et al. (2012) quienes encontraron en un total de niños con TDAH, el 63,2% correspondieron al sexo masculino y el 36,8% al femenino; de igual modo, Livia et al. (2012), muestran que la incidencia según sexo prevaleció en los varones en función al tipo Combinado e Hiperactivo Impulsivo, mientras en las mujeres, fue el Inatento; paralelamente Gallegos (2014) señala que existe disparidad reducida en la correspondencia entre varones (35.51%) y mujeres (30.94%;  $p > .05$ ), notándose que los varones sostuvieron una posibilidad 1.23 veces mayor de padecer esta condición. No obstante, Weiss et al. (2011) encontraron una proporción mayor de mujeres afectadas (65%) frente a los varones (35%). También Campo et al. (2014) obtuvieron los mismos hallazgos, determinando para las mujeres un 69%.

Los argumentos de Urzúa et al. (2009) en lo que concierne a las diferencias acorde al género, lograron determinar que los varones obtuvieron puntajes más altos, estas diferencias se podrían vincular a los síntomas que se perciben de

manera contundente, por lo disruptivo de su naturaleza, como la hiperactividad e impulsividad, a diferencia de los síntomas inatentos, de conductas más pasivas, los cuales es supuesto en las mujeres, por la normativa social, así pues los padres optaran por un modelado y estilos de crianza dirigido en ese sentido.

Vásquez et al. (2010) refieren que estadísticas actuales, es habitual que los hombres tengan una diferencia de 3 a 5 por 1 mujer.

## **Edad**

Muchas investigaciones sostienen que el TDAH posee una naturaleza crónica que no se atenúa durante el crecimiento, sin embargo, se conoce que la estabilidad de los síntomas varía según la etapa de desarrollo del sujeto, en la adolescencia el déficit de atención persiste sobre la hiperactividad, no obstante la impulsividad se mantiene a lo largo de la vida, en este punto se debe tener en consideración la valoración de la perdurabilidad del trastorno.

Según datos estadísticos entre el 50% y 70% de niños con TDAH mantienen la misma sintomatología en la adolescencia, y en adultos un 30% o 45%. En la adultez muchos aún siguen mostrando serias dificultades en sus actividades sociales, laborales y/o psicológicas a pesar de la disminución de los síntomas. (López et al. 2014).

Por ejemplo Llanos et al. (2019) mencionan una supremacía significativa del TDAH entre las edades entre 6 y 11 años, frente a los de 12 a 16 años. Por su parte, Gallegos (2014), en su estudio, encontró que la mayor prevalencia de TDAH se encontró entre las edades de 5, 7, 9 y 10 años; del mismo modo, Tirado et al. (2012) en relación a los grupos etarios, señala que las incidencias más frecuentes se encontraron en el rango de 8 a 10 años; justamente, Urzúa et al. (2009) indican que el grupo de niños entre los 6 a 8 frente a los de 9 a 11 años, obtuvieron predominancia en los síntomas de hiperactividad e impulsividad, esto se explica fundamentalmente por el desarrollo evolutivo, que logra adaptarlos mejor al trastorno e inhibir conductas inapropiadas. Sin embargo, Weiss et al. (2011) no determinaron disimilitudes en las prevalencias de TDAH por edades. Paralelamente

Rodríguez et al. (2009), en su estudio no se exhibieron diferencias estadísticamente significativas en los rangos por edades, siendo similares las frecuencias entre los de primaria (6.8%) y secundaria(6.48%).

Los indicadores de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad particulares del TDAH suelen menguar a lo largo del tiempo, en el caso de la hiperactividad motora gruesa esta se reduce y se convierte en hiperactividad fina o sensación de intranquilidad interna, al mismo tiempo la impulsividad también disminuye. Y los síntomas relacionados al déficit de atención permanecen en el tiempo (Rodríguez, Santamaría y Figueroa, 2010).

Estadísticas mundiales informan que el TDAH se presenta de 8% a 12% en niños y adolescentes, mientras que de 1.2% a 7.3% en adultos (Vásquez et al., 2010).



**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

#### **Tipo de investigación**

El estudio es de tipo descriptivo – comparativo, porque se basa en detallar los fenómenos, situaciones, acontecimientos y el entorno; es decir, de qué forma se ven y expresan en su contexto. Con estas investigaciones descriptivas se pretende establecer las propiedades, las particularidades y los perfiles de los sujetos, asociaciones, agrupaciones, procesos, elementos o cualquier otro fenómeno en el que se pueda proceder a una indagación. Respecto al análisis comparativo, se basa en seleccionar grupos y ejecutar mediciones para profundizar en las diferencias. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

#### **Diseño de investigación**

El diseño a utilizar en esta investigación es no experimental de corte transversal, porque se ejecuta sin la intervención o no se realizan modificaciones de forma intencional en las variables, para ver su efecto en las otras. Y es tipo transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

#### **Población y muestra**

La población fue constituida por 2518 alumnos de primaria, pertenecientes a seis instituciones educativas (tres estatales y tres particulares) de los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador ubicados en Lima Sur.

Tabla 2

*Distribución de la población de estudio*

Gestión	Escuela	Distritos	N	%
Estatad	Sasakawa	Villa el Salvador	204	10.58
	7054	Villa María del Triunfo	1104	57.23
	Naciones Unidas	San Juan de Miraflores	621	32.19
		Total	1929	100
Particular	Reino Unido	Villa el Salvador	231	39.22
	La Alborada	Villa María del Triunfo	155	26.32
	Virgen Santa Ana	San Juan de Miraflores	203	34.47
		Total	589	100.00
		Total general	2518	100.00

Se calculó la muestra mediante el método del muestreo probabilístico de tipo estratificado para proporciones (NC=95%, e=0.04) el cual se caracteriza porque los participantes de la población tengan las mismas posibilidades de conformar parte de la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

$$n = \frac{\sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}{NE + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}$$

Al sustituir los elementos mencionados y efectuar la fórmula se obtuvo la cantidad de 394. En la tabla N°3 se muestra la distribución de la muestra.

Tabla 3

*Distribución de la muestra de estudio*

Gestión	Escuela	Distritos	N	%
Estatal	Sasakawa	Villa el Salvador	23	10.41
	7054	Villa María del Triunfo	127	57.47
	Naciones Unidas	San Juan de Miraflores	71	32.13
		Total	221	100
Particular	Reino Unido	Villa el Salvador	68	39.31
	La Alborada	Villa María del Triunfo	45	26.01
	Virgen Santa Ana	San Juan de Miraflores	60	34.68
		Total	173	100
		Total general	394	100

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Padres y docentes de estudiantes del nivel primario.
- Padres y docentes de estudiantes de gestión educativa pública o privada.
- Padres y docentes de estudiantes de Villa el Salvador, San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo.
- Padres y docentes de estudiantes que aceptan cooperar con el estudio.

#### **Criterios de exclusión**

- Alumnos de escuelas no escolarizadas.
- Alumnos que no completaron la encuesta.

### **3.4 Hipótesis**

#### **Hipótesis general**

- H1: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
- H0: No existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

#### **Hipótesis específicas**

- H2: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
- H0: No existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
- H3: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente falta de atención y dificultad para organizarse en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
- H0: No existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente falta de atención y dificultad para organizarse en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
- H4: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente impulsividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
- H0: No existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente impulsividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

- H5: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente interacción con compañeros en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur
  - H0: No existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente interacción con compañeros en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur
- 
- H6: Existen diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según sexo en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
  - H0: No existen diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según sexo en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
- 
- H7: Existen diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según la edad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.
  - H0: No existen diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según la edad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

### **3.5 Variables**

#### **Variable de estudio**

- Variable: Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
- Definición Conceptual.

Urzúa et al. (2009) afirman que el TDAH “es un trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos” (pp. 332-338).

- Definición Operacional.

Altos puntajes de la “Escala de Evaluación de Desordenes por Déficit de Atención: E.D.D.A.” Siendo conformada por siguientes componentes:

- Hiperactividad.
- Falta de atención y dificultad para organizarse.
- Impulsividad.
- Interacción con Compañeros.

#### **Variables sociodemográficas**

- Sexo.
- Edad.

#### **Variables de comparación**

- Tipo de gestión educativa.
- Sexo.
- Edad.

#### **Técnicas e instrumentos de medición**

El instrumento a utilizar es la Escala de Evaluación de Desordenes de Déficit de Atención: EDDA, siendo publicada nuevamente por el Dr. José Anicama Gómez (2016). La Escala contiene 30 ítems distribuidos en cuatro escalas componentes que caracterizan clínicamente al TDAH, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM IV:

1. Hiperactividad: 6 ítems.
2. Falta de atención y dificultad para organizarse: 6 ítems.
3. Impulsividad: 9 ítems.
4. Interacción con compañeros: 9 ítems.

Esta escala puede ser aplicada a los padres o maestros en el formato de una entrevista, quienes reportan acerca del comportamiento de sus hijos o alumnos mediante la respuesta a cada uno de los ítems, que a manera de Escala Likert pueden escoger la respuesta que mejor describa su comportamiento de acuerdo a la frecuencia con la se repite: Nunca (0), A veces (1), Bastante (2) y Demasiado (3). También pueden responder las personas que están al cuidado del niño en ausencia de los padres o del maestro.

La administración es por tanto individual y dura aproximadamente 15 minutos, observando en todo momento la conducta específica del niño en relación a cada ítem. La Escala EDDA tiene por objetivos:

- La identificación del nivel del desorden de déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad.
- Establecer las características de las áreas componentes de los Desórdenes de Déficit de Atención (DDA).

En cuanto a la calificación, se le asignan valores del 0 a 3, a cada ítem. La puntuación directa obtenida contribuye a medir la presencia de cada uno de los 4 componentes de la escala. Siendo los puntajes altos indicadores de la presencia del problema, para lo cual se debe usar las normas percentilares establecidas para esta población.

La escala obtuvo su validez mediante la prueba del análisis de ítem calculándose el puntaje de correlación de Pearson ítem-test, se encontró que los ítems alcanzaron correlaciones significativas al nivel de  $p < .001$ , con distinción del ítem 2 de la escala interacción con compañeros el cual logro una correlación



significativa sólo al nivel de  $p < .05$ . De esta manera podemos decir que todos los ítems aportaron de manera significativa a la validez y confiabilidad de la Escala.

Igualmente, cada uno de los cuatro componentes de la Escala de Desórdenes de Déficit de Atención: E.D.D.A. contribuyen en la Escala Total, también de manera significativa al nivel de  $p < .001$ .

La E.D.D.A. fue expuesta de igual manera a una serie de pruebas de confiabilidad y de consistencia interna para lo cual se realizaron los siguientes cálculos:

- Coeficiente de Confiabilidad Spearman-Brown, método de división por mitades, obteniéndose una “ $r$ ” = 0.8413.
- Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach, de consistencia interna, obteniéndose un alfa total: “ $r$ ” = 0.8916.

Tabla 4

*Fiabilidad*

Variable	Alfa de Cronbach	Ítems
HB	.869	6
FAB	.918	6
IB	.927	9
ICB	.874	9
Total	.966	30

Tabla 5

*Normas Percentilares (E.D.D.A.)*

Percentiles	HA	FA	IM	IC	General
5	1,00	,00	,00	2,00	5,00
10	1,00	1,00	1,00	2,00	7,00
15	2,00	2,00	2,00	3,00	10,00
20	2,00	3,00	3,00	3,00	14,00
25	3,00	4,00	4,00	4,00	16,00
30	4,00	5,00	5,00	5,00	20,00
35	4,00	5,00	6,00	5,00	22,00
40	5,00	6,00	7,00	6,00	24,00
45	5,00	6,00	8,00	7,00	26,75
50	6,00	7,00	9,00	7,00	30,00
55	7,00	7,25	9,00	8,00	32,00
60	7,00	8,00	10,00	9,00	35,00
65	8,00	9,00	11,00	10,00	37,00
70	9,00	10,00	12,00	11,00	40,00
75	9,00	10,00	13,00	11,25	42,00
80	10,00	11,00	14,00	12,00	46,00
85	11,00	12,00	16,00	13,75	50,75
90	12,00	13,00	18,00	16,00	57,50
95	15,00	15,00	21,00	19,25	66,00
Media	6,39	7,19	9,02	8,34	30,94
DS	4,189	4,395	6,177	5,203	18,242
n	394	394	394	394	394

Tabla 6

*Normas percentilares del E.D.D.A (Público)*

	HA	FA	IM	IC	General
n	221	221	221	221	221
Media	6,55	7,87	9,89	8,97	33,28
DS	4,076	4,399	6,370	5,389	18,265
Percentiles					
5	1,00	1,00	,00	2,00	6,00
10	1,00	2,00	1,00	3,00	9,20
15	2,00	3,00	3,00	3,00	13,00
20	2,00	4,00	4,00	4,00	14,40
25	3,00	4,50	5,00	4,00	19,00
30	4,00	5,00	6,00	5,00	22,60
35	5,00	6,00	7,00	6,00	25,00
40	5,00	6,00	8,00	7,00	27,00
45	6,00	7,00	9,00	7,00	30,90
50	6,00	8,00	9,00	9,00	32,00
55	7,00	9,00	10,00	9,00	35,10
60	7,00	9,00	11,00	10,00	37,00
65	8,00	10,00	12,00	11,00	39,00
70	9,00	11,00	13,00	11,40	42,00
75	9,00	11,00	14,00	12,00	46,00
80	10,00	12,00	15,00	13,00	48,60
85	11,00	12,70	17,00	14,00	51,70
90	12,00	14,00	18,00	17,00	59,60
95	14,90	15,00	22,00	20,00	66,90

Tabla 7

*Normas percentilares del E.D.D.A (Privado)*

	HA	FA	IM	IC	General
n	197	197	197	197	197
Media	6,18	6,32	7,92	7,53	27,95
DS	4,332	4,247	5,753	4,851	17,823
Percentiles					
5	1,00	,00	,00	2,00	4,00
10	1,00	1,00	1,00	2,00	6,00
15	1,10	1,10	2,00	3,00	8,00
20	2,00	2,00	3,00	3,00	11,00
25	2,50	3,00	3,00	4,00	15,00
30	3,00	4,00	4,00	4,00	17,00
35	4,00	5,00	5,00	5,00	19,00
40	4,00	5,00	6,00	5,00	21,00
45	5,00	6,00	7,00	6,00	23,00
50	5,00	6,00	7,00	7,00	25,00
55	6,00	6,00	8,00	7,00	28,00
60	7,00	7,00	9,00	8,00	31,00
65	7,00	8,00	9,00	8,10	33,10
70	8,00	8,00	10,00	9,00	36,00
75	9,00	9,00	11,00	10,00	39,50
80	10,00	10,00	13,00	11,00	41,00
85	11,00	11,00	14,00	12,00	45,90
90	13,00	12,00	16,00	14,60	53,00
95	15,00	14,00	19,30	18,00	64,30

### **3.7 Métodos y técnicas de ejecución para la recolección de datos**

La recolección de datos inicio seleccionando intencionalmente a los colegios aledaños a Lima Sur, procediendo con aquellos que firmaron la carta de presentación por parte de la Universidad hacia las autoridades del colegio, en la cual se me presentaba formalmente como estudiante, se explicó los motivos de mi llegada y la petición para evaluar.

Dentro de la institución se pasó a coordinar todas las acciones del caso, en un primer momento se requirió la lista de todos los alumnos del nivel primario registrados hasta el momento, de esta manera fueron sorteados de acuerdo a la muestra requerida en cada institución educativa. Seguidamente de manera conjunta con las autoridades del colegio en una pequeña reunión con los docentes, se procedió a entregar la escala con los nombres correspondientes de los alumnos sorteados, se les explico en qué consiste la prueba, como resolverla y la importancia de su participación.

La citación formal a los padres de familia se realizó mediante escuelas de padres dictadas por el investigador, en cada una de ellas al finalizar se explicó los motivos por lo cual también fueron citados, mediante el consentimiento informado se les expuso la problemática, la importancia de su participación y se aclaró la confidencialidad de los datos. A los padres de familia que no asistieron a las reuniones, se llegó a entrevistarlos mediante un trabajo de campo, visitando sus hogares. Culminando se esta manera el proceso de evaluación.

### **3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Se realizó el análisis descriptivo mediante los indicadores de la media, la desviación estándar y el coeficiente de variación. Además, se realizó las tablas de frecuencia por porcentaje para en la distribución de la variable de estudio.

Para calcular la distribución normal de la muestra, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Se empleó la prueba no paramétrica "U" de Mann-Whitney y el de Wilcoxon para determinar la diferencia por grupos.

# **CAPÍTULO IV**

## **RESULTADOS**

## Análisis e interpretación de los resultados

### 4.1 Análisis de comparación del TDAH - Puntaje general

Tabla 8

*Análisis de comparación del TDAH según el tipo de gestión educativa, reportado por los padres*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
TDAH	Publico	221	213.04	15682.00	-3.062	.002
	Privado	173	177.65			

En la tabla 8, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje general del TDAH, según el tipo de gestión educativa ( $p < .05$ ), con superioridad en los colegios públicos.

Tabla 9

*Análisis de comparación del TDAH según el tipo de gestión educativa, reportado por los docentes*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
TDAH	Publico	221	209.08	16557.00	-2.282	.022
	Privado	173	182.71			

En la tabla 9, se observa que diferencias estadísticamente significativas en el puntaje general del TDAH, según el tipo de gestión educativa ( $p < .05$ ), con superioridad en los colegios públicos.

#### 4.1.1 Análisis de comparación de frecuencias y porcentajes del TDAH.

Tabla 10

*Frecuencias y porcentajes del TDAH (General), según el tipo de gestión educativa, en estudiantes del nivel primario, reportado por los padres*

EDDA (General)	Publico		Privado	
	n	%	n	%
Bajo	56	25,3	61	35,3
Medio bajo	55	24,9	49	28,3
Medio alto	58	26,2	39	22,5
Alto	52	23,5	24	13,9
Total	221	100,0	173	100,0

En la tabla 10, según los porcentajes del TDAH (General), se aprecia que según el tipo de gestión pública el 26.2% (58) de la muestra se ubica en un nivel medio alto, el 25.3% (56) un nivel bajo, el 24.9% (55) medio bajo y 23.5% (52) un nivel alto. Mientras el tipo de gestión privada obtuvo un 35.3% (61) con un nivel bajo, el 28.3% (49) un medio bajo, el 22.5% (39) medio alto y el 13.9 % (24) un nivel alto.

Tabla 11

*Frecuencias y porcentajes del TDAH (General), según el tipo de gestión educativa, en estudiantes del nivel primario, reportado por los docentes*

EDDA (General)	Publico		Privado	
	n	%	n	%
Bajo	46	20,8	43	24,9
Medio bajo	62	28,1	61	35,3
Medio alto	70	31,7	46	26,6
Alto	43	19,5	23	13,3
Total	221	100,0	173	100,0



En la tabla 11 en lo que concierne al TDAH (General), se aprecia que según el tipo de gestión educativa pública el 31.7% (70) de la muestra presenta un nivel medio alto, el 28.1% (62) un nivel medio bajo, el 20.8% (46) un nivel bajo y un 19.5% (43) con nivel alto. Por otra parte, conforme al tipo de gestión privada el 35.3% (61) de la muestra exhibe un nivel medio bajo, el 26.6% (46) un nivel medio alto, un 24.9% (43) un nivel bajo y un 13.3% (23) presenta un nivel alto.

#### 4.2 Análisis de comparación según cada componente.

Tabla 12

*Análisis de comparación del componente hiperactividad según el tipo de gestión educativa, reportado por los padres.*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Hiperactividad	Publico	221	203.47	17797.50	-1.179	.238
	Privado	173	189.88			

En la tabla 12 se manifiesta que no existen diferencias estadísticamente significativas en el componente hiperactividad, en relación al tipo de gestión educativa ( $p > .05$ ).

Tabla 13

*Análisis de comparación del componente hiperactividad según el tipo de gestión educativa, reportado por los docentes.*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Hiperactividad	Publico	221	214.12	15442.50	-3.285	.001
	Privado	173	176.26			

En la tabla 13 se manifiesta que existen diferencias estadísticamente significativas en el componente hiperactividad, en relación al tipo de gestión educativa ( $p < .05$ ), con preeminencia en los colegios públicos.

Tabla 14

*Análisis de comparación del componente falta de atención y dificultad para organizarse según el tipo de gestión educativa, reportado por los padres*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	Publico	221	215.11	15224.50	-3.478	.001
	Privado	173	175.00			

En la tabla 14 se nota que existen diferencias estadísticamente significativas en el componente falta de atención y dificultad para organizarse, según el tipo de gestión educativa ( $p < .05$ ), con mayor incidencia en los colegios públicos.

Tabla 15

*Análisis de comparación del componente falta de atención y dificultad para organizarse según el tipo de gestión educativa, reportado por los docentes.*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	Publico	221	205.48	17353.50	-1.578	.115
	Privado	173	187.31			

En la tabla 15 no se nota que no existen diferencias estadísticamente significativas en el componente falta de atención y dificultad para organizarse, según el tipo de gestión educativa ( $p > .05$ ).

Tabla 16

*Análisis de comparación del componente impulsividad según el tipo de gestión educativa, reportado por los padres.*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Impulsividad	Publico	221	213.67	15542.50	-3.191	.001
	Privado	173	176.84			

En la tabla 16 se contempla que existen diferencias estadísticamente significativas en el componente impulsividad, según el tipo de gestión educativa ( $p < .05$ ), con supremacía en los colegios públicos.

Tabla 17

*Análisis de comparación del componente impulsividad según el tipo de gestión educativa, reportado por los docentes.*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Impulsividad	Publico	221	203.29	17838.00	-1.142	.253
	Privado	173	190.11			

En la tabla 17, se contempla que no existen diferencias estadísticamente significativas en el componente impulsividad, según el tipo de gestión educativa ( $p > .05$ ).

Tabla 18

*Análisis de comparación del componente interacción con compañeros según el tipo de gestión educativa, reportado por los padres.*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Interacción con Compañeros	Publico	221	211.46	16032.00	-2.756	.006
	Privado	173	179.67			

En la tabla 18 se exhibe que existen diferencias estadísticamente significativas en el componente interacción con compañeros, según el tipo de gestión educativa ( $p < .05$ ) con mayor concurrencia en los colegios públicos.

Tabla 19

*Análisis de comparación del componente interacción con compañeros según el tipo de gestión educativa, reportado por los docentes.*

EDDA	Tipo de Gestión	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Interacción con Compañeros	Publico	221	206.32	17167.00	-1.747	.081
	Privado	173	186.23			

En la tabla 19, se exhibe que no existen diferencias estadísticamente significativas en el componente interacción con compañeros, según el tipo de gestión educativa ( $p > .05$ ).

#### 4.3 Análisis de comparación según las variables sociodemográficas

Tabla 20

*Análisis de comparación del TDAH según sexo, manifestado por los padres.*

TDAH	Sexo	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Hiperactividad	Varón	197	229,38	13124,000	-5,573	,000
	Mujer	197	165,62			
Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	Varón	197	228,15	13367,000	-5,356	,000
	Mujer	197	166,85			
Impulsividad	Varón	197	227,30	13533,000	-5,203	,000
	Mujer	197	167,70			
Interacción con Compañeros	Varón	197	226,09	13772,500	-4,995	,000
	Mujer	197	168,91			
General	Varón	197	230,56	12892,500	-5,763	,000
	Mujer	197	164,44			

En la tabla 20, se muestra que existen diferencias estadísticamente significativas, según sexo ( $p < .05$ ), con predominio en los varones, a nivel del puntaje General del TDAH y sus Componentes (Hiperactividad, Falta de atención y dificultad para organizarse, Impulsividad e Interacción con compañeros).

Tabla 21

*Análisis de comparación del TDAH según sexo, manifestado por los docentes*

TDAH	Sexo	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Hiperactividad	Varón	197	217,67	15431,500	-3,526	,000
	Mujer	197	177,33			
Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	Varón	197	209,54	17032,000	-2,108	,035
	Mujer	197	185,46			
Impulsividad	Varón	197	216,30	15700,500	-3,285	,001
	Mujer	197	178,70			
Interacción con Compañeros	Varón	197	218,78	15212,500	-3,728	,000
	Mujer	197	176,22			
General	Varón	197	217,37	15489,500	-3,465	,001
	Mujer	197	177,63			

En la tabla 21, se muestra que existen diferencias estadísticamente significativas, según sexo ( $p < .05$ ), con predominio en los varones, a nivel del puntaje General del TDAH y sus Componentes (Hiperactividad, Falta de atención y dificultad para organizarse, Impulsividad e Interacción con compañeros).

Tabla 22

*Análisis de comparación del TDAH según edad, manifestado por los padres.*

TDAH	Edad	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Hiperactividad	6 a 9 años	245	207,77	15737,000	-2,302	,021
	10 a 12 años	149	180,62			
Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	6 a 9 años	245	204,50	16538,000	-1,568	,117
	10 a 12 años	149	185,99			
Impulsividad	6 a 9 años	245	204,16	16620,000	-1,492	,136
	10 a 12 años	149	186,54			
Interacción con Compañeros	6 a 9 años	245	199,27	17818,500	-,397	,691
	10 a 12 años	149	194,59			
General	6 a 9 años	245	204,73	16480,500	-1,617	,106
	10 a 12 años	149	185,61			

En la tabla 22, se revela que existen diferencias estadísticamente significativas en el componente Hiperactividad del TDAH, con dominancia en el rango etario de 6 a 9 años ( $p < .05$ ). Paralelamente, no existen diferencias significativas en los componentes restantes (Falta de atención y dificultad para organizarse, Impulsividad, Interacción con compañeros) y el puntaje General del TDAH, según la edad ( $p > .05$ ).

Tabla 23

*Análisis de comparación del TDAH según edad, manifestado por los docentes*

TDAH	Edad	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	p
Hiperactividad	6 - 9 años	245	214,04	14199.50	-3.709	.000
	10 - 12 años	149	170,30			
Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	6 - 9 años	245	202,99	16907.50	-1.232	.218
	10 - 12 años	149	188,47			
Impulsividad	6 - 9 años	245	202,21	17099.50	-1.054	.292
	10 - 12 años	149	189,76			
Interacción con Compañeros	6 - 9 años	245	203,08	16886.50	-1.252	.210
	10 - 12 años	149	188,33			
General	6 - 9 años	245	206,71	15996.00	-2.059	.039
	10 - 12 años	149	182,36			

En la tabla 23, se revela que existen diferencias estadísticamente significativas en el componente Hiperactividad y el puntaje General del TDAH, con dominancia en el rango etario de 6 a 9 años ( $p < .05$ ). Paralelamente, no existen diferencias significativas en los componentes restantes (Falta de atención y dificultad para organizarse, Impulsividad, Interacción con compañeros) según la edad ( $p > .05$ ).

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**



## 5.1 Discusión

En este estudio se halló que existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de gestión pública y privada, respecto al Puntaje General del TDAH, sea reportado de los padres y docentes, con predominio en los colegios públicos. Este resultado es similar a la investigación de Campo et al. (2014) quienes tuvieron como variable de comparación el estrato socioeconómico, encontrando diferencias estadísticamente significativas en relación a la prevalencia del TDAH en los menores pertenecientes a una clase baja, frente a los otros niveles socioeconómicos (media y alta). Por otra parte, la investigación de Jiménez et al. (2012) y Rodríguez et al. (2009), debelaron que no existieron diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de gestión educativa. Según Vásquez et al. (2010) el nivel socioeconómico bajo es uno de los factores psicosociales que predisponen la aparición del TDAH. En esta misma línea Livia et al. (2012) citando a Rodríguez (2000) afirman que existe doble probabilidad de incidencia del TDAH en familias y regiones desfavorecidas, frente a las que presentan de mejores condiciones. De igual modo Giménez-García (2014) explica que tanto el lugar de residencia, como las condiciones del colegio internas como externas permiten que la conducta del niño sea modelada, por las conductas disruptivas que observa en su entorno.

De acuerdo a los porcentajes y frecuencias, los resultados obtenidos por los padres de familia pertenecientes a la gestión pública, se encontró que un 23.5% alcanzo un rango porcentual alto de presencia de TDAH, frente a la gestión privada, que obtuvo un 13.9%. Por su parte los docentes que pertenecen a la gestión pública indicaron que un 19.5% alcanzo un rango porcentual alto de presencia de TDAH, mientras que los de gestión privada llegaron a un 13.3%. Estos resultados son semejantes a lo hallado por Anicama et al. (1999) en una investigación sobre Indicadores de Trastorno por Déficit de Atención entre progenitores e hijos, en escolares del nivel primario de una zona urbano marginal de Lima, quienes señalaron una prevalencia del 23%. Gallegos (2013) por su parte, en una muestra de 277 estudiantes de 4 a 10 años, en un centro educativo estatal de Arequipa, encontró una proporción del 33.21%. Por otro lado Tirado et al. (2012); Jara (2009) y Barrios et al. (2016) encontraron una frecuencia del 9,74% (Trujillo, Perú), 8%

(Trujillo, Perú) y 8.9% (Guadalajara, México), respectivamente. Porcentajes inferiores a los ya mencionados se encontró en estudios de Jiménez et al. (2012); Weiss et al. (2011) y Urzúa et al. (2009), encontrándose en promedio de un 5% de la presencia del TDAH.

Barrios et al. (2016) mencionan que a pesar de que el DSM-5 estima un 5% de la incidencia del TDAH en infantes, este a su vez establece que el porcentaje puede cambiar en función al espacio geográfico en el cual se elaboró la investigación, un efecto cultural en el análisis de la conducta de los niños o por la distinta metodología en la obtención del diagnóstico. Estos autores sostienen que la prevalencia del TDAH también varía por factores como, la edad, sexo, la elección del informante, el entorno cultural y el tipo de población. Por su parte, López et al. (2014), afirman que las condiciones ambientales precarias y recursos económicos escasos, son factores de riesgo considerables para que un individuo pueda presentar TDAH. En este mismo sentido, Giménez-García (2014) sostiene que los padres en determinadas situaciones, favorecen el mantenimiento de las conductas disruptivas de sus hijos, ignorando el comportamiento apropiado y responden solo ante el comportamiento dominante de control (gritar, llorar, etc.), por lo tanto en la interrelación que existe entre progenitores e hijos ocupa lugar la trampa de reforzamiento, que consiste en culminar la emisión del comportamiento inadecuado en corto plazo, pero aumentando las posibilidades de que este comportamiento se vuelva repetir más adelante, sin ser conscientes de ello. Conviene destacar que Weiss et al. (2011) afirman que el TDAH es ocasionado también por la interacción entre componentes genéticos y ambientales.

Conforme el componente Hiperactividad, se halló que no hay diferencias estadísticamente significativas según lo reportado por los padres, a diferencia de lo señalado por los docentes de los colegios públicos, los cuales si determinaron disimilitudes estadísticamente significativas. Debido a la inexistencia de investigaciones que realicen la comparación según el tipo de gestión educativa, sobre este componente del EDDA, se sugieren estudios afines. En tal sentido, Araujo (2004) encontró que en la mayoría de niños del primer y segundo grado de primaria se ubicaron en la categoría medio alto del componente hiperactividad. Por su parte, Anicama et al. (1999) halló un porcentaje del 38% con Hiperactividad en

niños del nivel primario. Los autores refieren que las conductas hiperactivas en los infantes, son una característica de su comportamiento. Dolores (2005) explica que los estilos de crianza restrictivos del movimiento y las normas educativas pueden causar mayor actividad en el niño inquieto: puesto que se plantean expectativas muy severas hacia el educando para controlar su actividad motriz en todas sus acciones cotidianas, desconsiderando que el movimiento es una parte importante de una educación renovadora. Al mismo tiempo la conducta hiperactiva tiene una alta respuesta de rechazo y atención en un intento de controlar la conducta, ocasionando el incremento de la frecuencia de emisión y afianzando su permanencia. Así mismo, menciona, que el nivel socioeconómico bajo está más vinculado con la hiperactividad, a diferencia de los niños pertenecientes a otros estratos poblacionales.

De acuerdo al componente falta de atención y dificultad para organizarse, se descubrió que existen diferencias estadísticamente significativas en cuando al tipo de gestión pública y privada, según lo informado por los padres de colegios públicos, quienes detectaron mayor prevalencia, pero no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, conforme lo comunicado por los docentes. Puesto a la ausencia de investigaciones que realicen la comparación del tipo de gestión educativa, frente a este componente del EDDA, se exponen estudios relacionados. Tal como Anicama et al. (1999) quienes identificaron un 34% y Barrios et al. (2016) un 33.6% de prevalencia de déficit de atención. Sin embargo, porcentajes superiores a los ya mencionados, fijaron un 64% en menores de 6 a 12 años en la Comunidad Autónoma de las Islas Canarias (Jiménez et al., 2012). Por otro lado, Araujo (2004) halló un nivel superior de conductas de déficit de atención ubicadas en la categoría medio alto, en ambos grupos de estudio (primer y segundo grado). Anicama et al. (1999), menciona que el déficit de atención en los infantes se da con frecuencia en el ambiente educativo de nuestro medio. Paralelamente, Dolores (2005) sostiene que la influencia de un entorno ecológico deteriorado, desvirtúa la atención del niño, sumergiéndolo en un mundo de confusión, interrupción y caos. Maciá (2012) sostiene que existen tres mecanismos atencionales afectados en el TDAH: atención selectiva, atención distributiva y atención sostenida, produciéndoles dificultándoles para escoger la respuesta adecuada entre un conjunto de opciones, en situaciones en las deben atender muchas demandas

suelen desorientarse, también muestran problemas en la elaboración de actividades en donde se necesita permanecer atentos de forma continua, sobre todo en aquellas que no sean altamente estimulantes.

Respecto al componente Impulsividad, se muestra que existen distinciones estadísticamente significativas en relación al tipo de gestión pública y privada, refiriendo los padres de los colegios públicos, mayor preeminencia, sin embargo no hay diferencias estadísticamente significativas según los resultados del reporte de los docentes. En vista a la falta de estudios que propongan la comparación del tipo de gestión educativa, conforme a este componente del EDDA, se presentan investigaciones vinculadas. Por ejemplo Anicama et al. (1999), nos señalan que la prevalencia de la impulsividad alcanza un 20% en niños del nivel primario. Por su parte Araujo (2004) reveló que el mayor porcentaje de estudiantes del primer y segundo grado de primaria está ubicado en una categoría medio alto en el componente Impulsividad. Dolores (2005), explica que los niños que habitan en un entorno familiar conflictivo y cargado de tensiones, tiene mayor predisposición a manifestar conductas desafiantes, agresivas e impulsivas. Paralelamente López et al. (2014), hace mención a que un grupo determinado de niños, no logra desarrollar de forma equivalente y al mismo ritmo que sus iguales, iniciar los procesos de autorregulación, dañando así todas las áreas de su funcionamiento básico, afectando el rendimiento académico y adaptación social.

Para el último componente, Interacción con compañeros, se aprecia que hay diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de gestión educativa pública y privada, revelando mayor incidencia los padres de los colegios públicos, distinto de lo expuesto por los docentes, quienes no hallaron diferencias estadísticamente significativas. Debido a la inexistencia de estudios que planteen la comparación de los tipos de gestión educativa, sobre este componente del EDDA, se muestran investigaciones similares. Anicama et al. (1999) refiere que para este componente halló una proporción del 4%, por parte Araujo (2004), reveló que la mayoría de los alumnos de su muestra, alcanzo un porcentaje medio alto en este componente. De manera tal Miranda et al. (2001), menciona que los altos porcentajes de divorcios y de familias no normativas, la tensión que se genera en la familia, el inadecuado manejo de conductas en casa y el ejercicio profesional de

ambos padres, con un estilo de vida sedentario, acentúan notablemente los síntomas del TDAH. Por su parte López, Serrano y Delgado (2004) señalan que el factor relacional está vinculado con la presencia de una inadecuada interacción de los estudiantes con sus pares, en otras palabras, carencia de habilidades sociales.

De acuerdo a los análisis de comparación de la variable TDAH, según sexo, se encontraron diferencias significativas, conforme a lo reportado por los padres y los docentes, siendo del sexo masculino quienes obtuvieron mayor proporción de prevalencia del TDAH ( $p < .05$ ). Informaciones relacionadas lo tenemos en los estudios de Llanos et al. (2019); Barrios et al. (2016); Jiménez et al. (2012); Livia et al. (2012); Rodríguez et al (2009); Araujo (2004) quienes apuntan que el sexo masculino obtiene puntajes más altos. Contraponiendo estos resultados, Campo et al. (2014) y Weiss (2011) determinaron mayor incidencia en el sexo femenino. Por su parte Anicama et al. (1997), no halló disimilitud por sexo en ningunos de los componentes del EDDA, lo que muestra que el déficit de atención perjudica de manera similar a ambos sexos. En esta misma línea, Silva (1997), en su investigación para estandarizar la Escala Conners en Lima Metropolitana (Perú), no encontró diferencias significativas según género en la Escala para padres.

Barrios (2016) indica que el DSM-5 refiere que del TDAH se presenta más en los varones. Pero, menciona que otros autores plantean que existen distintos umbrales según sexo, siendo en las mujeres, quienes tienen un umbral más elevado para la manifestación del trastorno, lo que significa que se requiere una considerable carga genética y ambiental para que el TDAH se presente. Por último, Urzúa et al. (2009), reflexionan sobre que estas diferencias en cuanto al sexo, están relacionadas a la expresión comportamental del TDAH, puesto que los síntomas que son más notorios, en los distintos contextos sociales del niño, son la hiperactividad e impulsividad por lo disruptivo de su naturaleza, a disimilitud de los síntomas de desatención, los cuales desde la norma y percepción social es común que las féminas sean más inactivas, en tal sentido el modelado y la forma de crianza entregado por los progenitores, reforzara la expresión de estas conductas.

Finalmente, según la edad, los análisis de comparación muestran, que existen diferencias estadísticamente significativas solo en el componente

Hiperactividad, esto según lo expuesto por los padres, los docentes por su parte añaden el Puntaje General, lo que indica que los niños con intervalos de edades entre los 6 a 9 años son más hiperactivos que los niños de mayor edad (10 - 12). Reportes análogos son mencionados por Barrios et al. (2016); Livia et al. (2012); Araujo (2004); Silva (1997) y Anicama et al. (1997) los cuales evidenciaron diferencias respecto a las diferencias por edades, siendo más frecuente en los grupos de etapas más tempranas del desarrollo, ocurriendo con un nivel superior de intensidad en los síntomas de impulsividad e hiperactividad. Por el contrario Llanos et al. (2019), no devalaron diferencias estadísticamente significativas según el rango de edad (Primaria – Secundaria). En referencia a la literatura explicativa, Silva (1997) refiere que existen diferencias entre las prevalencias por edades, por sus distinciones en el desarrollo. Asimismo, Urzúa et al. (2009), afirman, que conforme los niños van creciendo, sus comportamientos hiperactivos disminuyen gradualmente debido al desarrollo evolutivo, en vista que progresivamente consiguen adecuarse de una manera más óptima a su trastorno y son más aptos a frenar sus comportamientos inadecuados. Por otro lado, Barrios (2016) añade que en el TDAH, sucede una reducción de los síntomas conforme pasan los años, también recalca que la literatura informa que las conductas de hiperactividad se manifiestan más temprano en el desarrollo, entretanto la falta de atención se manifiesta más tarde y tiene tendencia a mantenerse durante la adolescencia.

## 5.2 Conclusiones

- Respecto al objetivo general se descubrió que existen diferencias estadísticamente significativas en función al tipo de gestión educativa pública y privada, con predominio en los colegios públicos, sea reportado por los padres y los docentes.
- En base al primer objetivo específico, se encontró que el nivel porcentual de TDAH según el tipo de gestión educativa pública fue del 23.5%, mientras que la gestión privada obtuvo un 13.9%, esto conforme a lo reportado por los padres. Por su parte los docentes exponen que la prevalencia del TDAH, según el tipo de gestión pública y privada fueron de 19.5% y 13.3% respectivamente.
- A razón del segundo objetivo específico, en relación al componente Hiperactividad, la comparación según el tipo de gestión educativa pública y privada reveló que existen diferencias estadísticamente significativas, según lo expuesto por los docentes de los colegios públicos, mientras que no se devaluaron diferencias estadísticamente significativas, según los padres.
- En relación al tercer objetivo específico al comparar el componente Falta de atención y dificultad para organizarse entre los tipos de gestión educativa pública y privada, resultó que existen diferencias estadísticamente significativas con mayor prevalencia conforme lo informado por los padres de los colegios públicos, en cambio los docentes no informaron diferencias estadísticamente significativas.
- Respecto al cuarto objetivo específico, al comparar el componente Impulsividad entre los tipos de gestión educativa pública y privada, muestra que existen diferencias estadísticamente significativas, encontrando dominancia de acuerdo a lo comunicado por los padres de los colegios públicos, sin embargo los docentes no hallaron diferencias estadísticamente significativas.

- En proporción al quinto objetivo específico, la comparación del componente Interacción con compañeros entre los tipos de gestión educativa pública y privada, señala que existen diferencias estadísticamente significativas exponiéndose mayor incidencia, en función a lo informado por los padres de los colegios públicos, no obstante los docentes no detectaron diferencias estadísticamente significativas.
- Respecto al sexto objetivo específico, la comparación de acuerdo al sexo, revelo que hay diferencias estadísticamente significativas, con predominio masculino, en el puntaje General del TDAH y sus componentes, exhibiendo coincidencia lo informado por los padres y docentes.
- Respecto al séptimo objetivo específico, la comparación según la edad, develo que existen diferencias estadísticamente significativas, en el componente Hiperactividad, con dominancia en el rango etario de 6 a 9 años, compartiendo el mismo resultado los docentes, pero añadiendo el Puntaje General.



### 5.3 Recomendaciones

- Los resultados nos revelan que las diferencias entre los tipos de gestión educativa pública y privada sobre los índices de prevalencia de TDAH se van acortando, por lo que son necesarios más estudios para ver la dimensión del problema, se puede empezar por valorar la prevalencia del TDAH en toda Lima Sur, después Lima Metropolitana y finalmente toda la población escolar peruana.
- Es importante reconocer que el TDAH es un trastorno con tan alto índice comorbidos, por lo que es determinante conocerla realidad de su incidencia, con este conocimiento se podrán realizar un conjunto de acciones preventivas.
- Esta investigación pone en evidencia que se debe promover e incentivar la contratación de psicólogos educativos, como agentes primarios de la salud mental, colaborando en el diagnosticando en edades tempranas, cumpliendo también un rol preventivo a escenarios desfavorables para el niño.
- Realizar charlas, talleres y programas de intervención sobre el TDAH, dirigidos a padres o maestros, así ellos podrán enfrentar la realidad problemática con información precisa y adecuadas técnicas de intervención.
- Realizar programas de intervención a los niños con TDAH, con el fin de brindarles herramientas para autorregularse y que adquieran habilidades sociales para una mejor convivencia.

## **REFERENCIAS**

- Alda, J., Boix, C., Colomé, R., Fernández, M., Gassió, R., Izaguirre, J., Mena, B., Ortiz, J., Sans, A., Serrano, E., y Torres, A. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Cataluña, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Amador, J., Forns, M., y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid, España: Síntesis.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association. (2007). *TDAH: Guía para Padres*. Recuperado de <http://www.parentsmedguide.org/ParentGuide%20-%20Spanish.pdf>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* (4ª ed.). Barcelona, España: Masson.
- Anicama, J. (2016). *Manual de la Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención: EDDA*. Lima: Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del Comportamiento: CIPMOC.
- Anicama, J., Melgar, E., Antinori, B., Araujo, D., Tomás, A., Livia, J., y Ortíz, M. (1997). Desórdenes de Déficit de Atención en una población urbana marginal de Lima. *Revista Científica Wiñay Yachay* 1(1), 63-80.
- Anicama, J., Melgar, E., Livia, J., Ortiz, M., Palacios, J., Tomás, A., y Araujo, D. (1999). Indicadores de Trastorno por Déficit de Atención entre padres e hijos. *Revista Científica Wiñay Yachay* 3(2), 93-98.

- Araujo, E. (2004). Aptitudes para el aprendizaje y el trastorno por déficit de atención en niños del primer y segundo grado de primaria en un centro de educación estatal de Lima. *Cultura*, 18(18), 325-346.
- Barrios, O., Matute, E., Ramírez-Dueñas, M., Chamorro, Y., Trejo, S., y Bolaños, L. (2016). Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. *Suma Psicológica*, 23(2), 101-108. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121438116300030>.
- Campo, D., Peña, P. y Fernández, Y. (2014). Identificación y Caracterización de la Población con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Estudiantes de Básica Primaria de tres colegios Públicos de la Ciudad De Popayán. *Revista de Psicología GEPU*, 5(1), 9-21. Recuperado de <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2015/01/Revista-de-Psicologia-GEPU-5.pdf>.
- De Burgos Marín, R., Barrios Agrafojo, M., Engo Pita, R., García Calero, A., Gay Pamos, E., Guijarro Granados, T., Romero Balsera, A., Sanz López, Y. Sánchez Vázquez, V. (2009). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores*. Barcelona, España: Glosa.
- Dolores, F. (2005). *Estudio de dos casos psicológicos: hiperactividad, bajo rendimiento escolar* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Diario La República (23 de mayo de 2019). El 10% de la población escolar padece de distracción e hiperactividad. *La Republica*. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/461670-el-10-de-la-poblacion-escolar-padece-de-distraccion-e-hiperactividad/>.
- Duda, B. [Diana Carolina]. (21 noviembre 2014). *América Noticias Mediodía, Bloque Sanamente, Entrevista con Dra. Beatriz Duda*. [Video de YouTube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=iaYs9IgfghM>.

- Filomeno, A. (2006). El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en las últimas cuatro décadas y media en el Perú. Problemas actuales y búsqueda de soluciones. *Revista Médica Herediana*, 17(3), 119-121. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1018-130X2006000300001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1018-130X2006000300001).
- Gallegos, N. (2014). *Factores de riesgo en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de 4 a 10 años en una institución educativa nacional de Arequipa* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4871>.
- García, M., Hernández, A., Monzón, L., Prieto, L., San Feliciano, L., y Santos, J. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69(3), 244-250. Recuperado de [doi:https://doi.org/10.1157/13125819](https://doi.org/10.1157/13125819).
- Giménez-García, L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 79-88. Recuperado de [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14\\_09.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_09.pdf).
- Granell, E. (1979). *Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural*. Mexico: Trillas.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). Mexico: Mc Graw-Hill.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. Maryland, Estados Unidos: División de Redacción Científica, Prensa y Difusión.

Jara, W. (2009). *Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares del distrito de Trujillo* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/102>

Jiménez, E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M., y Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 13-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129324775002>.

Lavigne, R., y Romero, J. F. (2010). *El TDAH ¿Qué es?, ¿Qué lo causa?, ¿Cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid, España: Pirámide.

Ley N° 30956, 15 de mayo de 2019, Ley de protección de las personas con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Diario Oficial el Peruano*. Lima, Perú, Lima 02 de junio del 2019. Recuperado de <https://bit.ly/31cUWOZ>

Livia S., J., Ortiz M., M., y Velasco V., R. (2012). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima. *Aporte Santiaguino*, 5(2), 103-109. Recuperado de <https://doi.org/10.32911/as.2012.v5.n2.559>.

López, C., Romero, A., Castro, M., Alcántara, M., Belchi, A. I., Fernández, V., y Guillermo, M. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.

López, J. A., Serrano, I., y Sánchez-Mateos, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento. *Clínica y Salud*, 15(1), 9-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617820001.pdf>

- Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, González Torres HJ y Puentes Roza P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 21(83), 101-108. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3666/366661025018/html/index.html>
- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 379-399. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760210.pdf>.
- Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Recuperado de <http://feaadah.org/admin/directorioarchivodocumental/doc>
- Miranda, A., Amado, L., y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: Una guía práctica*. Málaga, España: ALJIBE.
- Ogawa, R., Muñoz, L., y Herrera. (2002). Estudio familiar del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Salud Mental*, 25(3), 41-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232505.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión*. Ginebra, Suiza: WHO Library Cataloguing.
- Quijano-Villavicencio, G. M., y Valdivieso-Vargas, M. (2007). Déficit de atención e hiperactividad: un reto para el odontopediatra. *Revista Estomatología Herediana*, 17(1), 40-43. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/2432/2370>.

Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J.A., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A.M., Martínez Rivera, M.T., & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*, 11(42), 251-270. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000200006&lng=es&tlng=es).

Rodríguez, P., Santamaría, M., y Figueroa, A. (2010). *Trastornos del Comportamiento. Guía Didáctica*. Recuperado de <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/38e5ab86-39be-11e0-add7-255a9201262a/TrastornosComportamiento.pdf>.

Romero, A., Paucarmaita, C. R., Peláez, F., Pérez, M., y Portocarrero, P. S. (2012). *Características clínico-epidemiológicas de pacientes de 5 a 12 años con diagnóstico de trastorno del déficit de atención con hiperactividad*. Lima: Instituto Nacional de Salud del Niño.

Romero, T., Lara, C., y Herrera, S. (2002). Estudio familiar del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Salud Mental*, 25(3), 41-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232505.pdf>.

Silva, A. (1997). *Estandarización de las escalas de Conners para padres y maestros en escolares de primaria de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

Tirado-Hurtado, B., Salirrosas-Alegría, C., Armas-Fava, L., y Asenjo-Pérez, C. (2012). Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 75(3), 77-84. Recuperado de <https://doi.org/10.20453/rnp.v75i3.1225>.



- Urzúa, A., Domic, M., Cerda, A., Ramos, M., y Quiroz, J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(4), 332-338. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-4106200900400004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200900400004).
- Vásquez, J., Cárdenas, E., Fera, M., Benjet, C., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Weiss, N. T., Schuler, J., Monge, S., McGough, J. J., Chavira, D., Bagnarello, M., Herrera, L. D., y Mathews, C. A. (2011). Prevalencia y tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Costa Rica. *HHS Public Access*, 22(99), 337-342. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431996/>
- Wicks-Nelson, R., y Israel, A. (2008). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid, España: Pearson.

## **ANEXOS**

**Escala de evaluación de desórdenes  
por déficit de atención: E.D.D.A**

**José Anicama et al.**

**I. Datos generales**

- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )
- Gestión educativa: Privado ( ) Publico ( )

**II. E.D.D.A**

**A. Hiperactividad:**

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Corre y/o sube por los muebles	0	1	2	3
2. Le es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
3. Le es difícil permanecer sentado más de 5 minutos	0	1	2	3
4. Tiene movimientos durante el sueño.	0	1	2	3
5. Jamás está quieto o actúa como "impulsado por un motor"	0	1	2	3
6. Habla excesivamente.	0	1	2	3

**B. Falta de atención y dificultad para organizarse:**

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Cuando se le habla parece no escuchar	0	1	2	3
2. Se distrae con facilidad	0	1	2	3
3. Presenta dificultad para seguir una actividad de juego	0	1	2	3
4. Presenta dificultad para concentrarse en trabajos escolares o tareas que requieren atención	0	1	2	3

5. Tiene problemas para organizar su trabajo	0	1	2	3
6. Pregunta lo que debe de hacer inmediatamente después que se han dado indicaciones detalladas	0	1	2	3

### C. Impulsividad:

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Acostumbra actuar antes de pensar	0	1	2	3
2. Cambia demasiado de una actividad a otra sin concluir con la anterior.	0	1	2	3
3. Tiene problemas para seguir instrucciones de otros.	0	1	2	3
4. Requiere mucha supervisión.	0	1	2	3
5. Habitualmente grita en clase.	0	1	2	3
6. Tiene dificultades para esperar su turno en juegos o actividades de grupo.	0	1	2	3
7. Le gusta participar en situaciones peligrosas incluyendo quebrar algunas normas.	0	1	2	3
8. Es muy sensible, cambia de estado de ánimo con frecuencia.	0	1	2	3
9. Ejecuta sorpresivamente acciones con mucha intensidad	0	1	2	3

**D. Interacción con compañeros:**

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Pelea, golpea, agrede.	0	1	2	3
2. Es aceptado por otros niños	0	1	2	3
3. Interrumpe las actividades de otros niños	0	1	2	3
4. Tiene una actitud dominante, siempre le dice a otros qué hacer.	0	1	2	3
5. Molesta o insulta a otros compañeros.	0	1	2	3
6. Se niega a participar en actividades de grupo.	0	1	2	3
7. Le es difícil seguir las normas o reglas en actividades de juego con sus compañeros.	0	1	2	3
8. Se encuentra con frecuencia metido en líos con sus compañeros	0	1	2	3
9. Tiene dificultad para establecer amistades duraderas	0	1	2	3

## Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por *Edson Martin Diez Palacios*, egresado de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú. El objetivo de este estudio es saber *cómo es el comportamiento de su hijo en casa*.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a las preguntas de una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, para ello guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

No existe beneficio directo para Usted por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial de los resultados que se obtengan de la encuesta realizada. Su participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de los objetivos y procedimientos de este estudio. Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, el cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los que establece este estudio, sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al siguiente correo, [edsondiezpalacios@gmail.com](mailto:edsondiezpalacios@gmail.com).

-----  
Firma del Participante

## Matriz de consistencia

**Autor:** Edson Martin Diez Palacios.

Titulo	Problemas	Objetivos	Hipótesis
<p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima sur.</p>	<p>¿Cuál es la diferencia al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur?</p>	<p><b>Objetivos General:</b>            Determinar la diferencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los niveles del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur.</li> <li>• Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente hiperactividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur</li> <li>• Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente falta de atención y dificultad para organizarse en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur</li> <li>• Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente impulsividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur</li> <li>• Conocer las diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente interacción con compañeros en estudiantes de</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b>            H1: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur.</p> <p><b>Hipótesis Específicos</b>            H2: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente hiperactividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur            H3: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente falta de atención y dificultad para organizarse en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur            H4: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente impulsividad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur            H5: Existen diferencias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el componente interacción con compañeros</p>

---

primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según sexo en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

- Conocer las diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según la edad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y tres privadas de Lima Sur

H6: Existen diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según sexo en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

H7: Existen diferencias al comparar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus componentes hiperactividad, falta de atención y dificultad para organizarse, impulsividad e interacción con compañeros, según la edad en estudiantes de primaria entre tres instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur.

---



Variable	Metodología	Muestra	Instrumentos
<p><b>Variable principal:</b> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.</p> <p><b>Variabes sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo.</li> <li>• Edad.</li> </ul> <p><b>Variabes de comparación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de gestión educativa.</li> <li>• Sexo.</li> <li>• Edad.</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>La presente investigación corresponde al tipo descriptivo – comparativo, porque consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, precisar cómo son y se manifiestan en su contexto. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se ajuste a un análisis. Respecto al análisis comparativo, se basa en seleccionar grupos y ejecutar mediciones para profundizar en las diferencias.</p> <p><b>Diseño de investigación</b></p> <p>El diseño a utilizar en esta investigación es no experimental de corte transversal, debido a que se realiza sin la manipulación de las variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Y de tipo transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).</p>	<p>La población estuvo conformada por 2518 estudiantes de primaria, pertenecientes a seis instituciones educativas (tres estatales y tres particulares) de los distritos de Villa El Salvador, San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo, ubicados en Lima Sur. Se calculó la muestra mediante el método del muestreo probabilístico de tipo estratificado para proporciones (NC=95%, e=0.04, p=0.264) el cual se caracteriza porque los participantes de la población tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra. Al sustituir los elementos mencionados y efectuar la formula se obtuvo la cantidad de 394.</p>	<p>Evaluación de Desordenes de Déficit de Atención: EDDA.</p>

## Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 24

*Distribución de la muestra según tipo de gestión*

Tipo de Gestión	n	%
Estatal	221	56.1
Privado	173	43.9
Total	394	100.0

En la tabla 24, se observa que el 56.1% (221) de la muestra son niños que pertenecen a colegios públicos, mientras el 43.9% son de índole privada.

Tabla 25

*Distribución de la muestra según sexo*

Sexo	n	%
Masculino	197	50.0
Femenino	197	50.0
Total	394	100.0

En la tabla 25, se observa que el 50% (197) de la muestra son niños y el 50% niñas.

Tabla 26

*Distribución de la muestra según edad*

Edad	n	%
6 - 9 años	245	62.2
10 - 12 años	149	37.8
Total	394	100.0

En la tabla 26, se observa que el 62.2% (245) de la muestra son niños que se encuentran entre los 6 y 9 años de edad, mientras el 37.8% oscilan entre los 10 y 12 años de edad.

## **Análisis estadístico del TDAH**

### **Estadísticas descriptivas del TDAH**

Tabla 27

*Estadísticos descriptivos de TDAH (General - Padre)*

Padres	Hiperactividad	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	Impulsividad	Interacción con Compañeros	General
Media	6.51	6.11	7.89	6.40	26.90
DS	3.88	3.72	5.06	4.01	14.48
Varianza	15.07	13.84	25.61	16.10	209.73
Mínimo	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00
Máximo	18.00	17.00	23.00	22.00	79.00

En la tabla 27, conforme a los padres se observa que el promedio del TDAH (Total) es de 26.9 (DS=14.48), ubicándolo en el nivel medio alto. Asimismo, los padres reportan que entre los componentes con el puntaje más alto es Impulsividad (M=7.89; DS=5.06) y el más bajo es Falta de Atención y Dificultad para Organizarse (M=6.11; DS=3.72), ubicados ambos en el nivel medio alto.

Tabla 28

*Estadísticos descriptivos de TDAH (General - Docente)*

Docentes	Hiperactividad	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	Impulsividad	Interacción con Compañeros	General
Media	6.39	7.19	9.02	8.34	30.94
DS	4.19	4.40	6.18	5.20	18.24
Varianza	17.55	19.32	38.15	27.07	332.78
Mínimo	0.00	0.00	0.00	1.00	2.00
Máximo	17.00	18.00	27.00	24.00	82.00

En la tabla 28, según el docente, se observa que el promedio del EDDA (Total) es de 30.94 (DS=18.24), ubicándolo en el nivel medio alto. Por otro lado, se distingue que el componente con el puntaje más alto es Impulsividad (M=9.02; DS=6.18) y el más bajo es Hiperactividad (M=6.39; DS=4.19), ubicados ambos en el nivel medio alto.

## Análisis de normalidad

Tabla 29

*Análisis de normalidad del TDAH según Tipo de Gestión Educativa, informado por los padres*

Gestión		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	GI	p
Nacional	Hiperactividad	,080	221	,001
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,095	221	,000
	Impulsividad	,069	221	,014
	Interacción con Compañeros	,103	221	,000
	General	,054	221	,200*
Privado	Hiperactividad	,116	173	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,114	173	,000
	Impulsividad	,102	173	,000
	Interacción con Compañeros	,115	173	,000
	General	,080	173	,009

La tabla 29, se muestra que los puntajes de los componentes del EDDA según tipo de gestión educativa no tienen una distribución normal ( $p < .05$ ), por lo que se emplean estadísticos inferenciales no paramétricos.

Tabla 30

*Análisis de normalidad del EDDA según Tipo de Gestión Educativa, informado por los docentes*

Gestión		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	Gl	p
Nacional	Hiperactividad	,110	221	,000
	Falta de Atención y Dificultad para organizarse	,115	221	,000
	Impulsividad	,124	221	,000
	Interacción con Compañeros	,148	221	,000
	General	,079	221	,002
Privado	Hiperactividad	,112	173	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,155	173	,000
	Impulsividad	,122	173	,000
	Interacción con Compañeros	,152	173	,000
	General	,114	173	,000

La tabla 30, se muestra que los puntajes de los componentes del EDDA según tipo de gestión educativa no tienen una distribución normal ( $p < .05$ ), por lo que se emplean estadísticos inferenciales no paramétricos.

Tabla 31

*Análisis de normalidad del EDDA según sexo, informado por los padres*

Sexo		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	p
Varón	Hiperactividad	,066	197	,034
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,076	197	,008
	Impulsividad	,063	197	,052
	Interacción con Compañeros	,088	197	,001
	General	,043	197	,200*
Mujer	Hiperactividad	,117	197	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,118	197	,000
	Impulsividad	,083	197	,002
	Interacción con Compañeros	,126	197	,000
	General	,073	197	,013

En La tabla 31, muestra que los puntajes de los componentes del EDDA según género no tienen una distribución normal ( $p < .05$ ), por lo que se emplean estadísticos inferenciales no paramétricos.

Tabla 32

*Análisis de normalidad del EDDA según sexo, informado por los docentes*

Sexo		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	p
Varón	Hiperactividad	,116	197	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,122	197	,000
	Impulsividad	,126	197	,000
	Interacción con Compañeros	,150	197	,000
	General	,082	197	,003
Mujer	Hiperactividad	,096	197	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,138	197	,000
	Impulsividad	,119	197	,000
	Interacción con Compañeros	,161	197	,000
	General	,102	197	,000

En la tabla 32, muestra que los puntajes de los componentes del EDDA según género, donde se observa que la mayoría de los componentes no presenta distribución normal ( $p < .05$ ), por lo que se emplean estadísticos inferenciales no paramétricos.



Tabla 33

*Análisis de normalidad del EDDA según edad, informado por los padres*

Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	p
6 - 9 años	Hiperactividad	,085	245	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,093	245	,000
	Impulsividad	,080	245	,001
	Interacción con Compañeros	,101	245	,000
	General	,057	245	,048
10 - 12 años	Hiperactividad	,122	149	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,123	149	,000
	Impulsividad	,096	149	,002
	Interacción con Compañeros	,114	149	,000
	General	,096	149	,002

En la tabla 33, muestra que los puntajes de los componentes del EDDA según edad no tienen una distribución normal ( $p < .05$ ), por lo que se emplean estadísticos inferenciales no paramétricos.

Tabla 34

*Análisis de normalidad del EDDA según edad, informado por los docentes*

Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	p
6 - 9 años	Hiperactividad	,078	245	,001
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,119	245	,000
	Impulsividad	,124	245	,000
	Interacción con Compañeros	,166	245	,000
	General	,098	245	,000
10 - 12 años	Hiperactividad	,152	149	,000
	Falta de Atención y Dificultad para Organizarse	,160	149	,000
	Impulsividad	,133	149	,000
	Interacción con Compañeros	,135	149	,000
	General	,101	149	,001

En la tabla 34, muestra que los puntajes de los componentes del EDDA según edad no tienen una distribución normal ( $p < .05$ ), por lo que se emplean estadísticos inferenciales no paramétricos.