

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS:**

**Perfil clínico-epidemiológico del Trastorno por déficit de  
atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones  
educativas emblemáticas de Huamanga, 2025.**

Para optar el título profesional de:  
**MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

**Bach. Luz Milagros GARCIA NAJARRO**  
**Bach. Liseth Yanina HUINCHO ESCALANTE**

ASESOR:

**M.C. Alex Darwing PEDROZA CASTILLO**

**AYACUCHO - PERÚ**

**2025**

## DEDICATORIA

A Cipriano, Dina y hermanos por ser mi apoyo constante en cada paso de este largo camino y por creer siempre en mí.

A mí misma por no rendirme, por el sacrificio y esfuerzo que me acercaron a convertirme en médico cirujano.

A mis amigos cercanos por haberme brindado su apoyo emocional y moral.

Gracias.

*Luz Milagros*

A Rudecindo, Ricardina y a mis hermanos por su amor incondicional y apoyo constante. Por enseñarme, con su ejemplo el valor de la perseverancia en cada desafío de este largo camino.

Y a mí misma, por mantenerme firme cuando todo parecía imposible, por cada pequeño paso lleno de esfuerzo que me condujo a convertirme en médico cirujano.

Gracias.

*Liseth Yanina*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradecemos a Dios por haber guiado cada paso de nuestro camino, por brindarnos fuerza en los momentos de dificultad y por permitirnos llegar hasta aquí con salud, perseverancia y fé.

A la Escuela Profesional de Medicina Humana - UNSCH por brindarnos las herramientas académicas, con valor y el compromiso humano necesario para transitar este camino.

A nuestros docentes por su entrega, vocación y paciencia. Cada clase, consejo y corrección dejó huella en nuestra formación.

Al Hospital Regional y EsSalud de nuestra región Ayacucho por abrirnos sus puertas, brindarnos un espacio de formación profesional y permitirnos enriquecer nuestros conocimientos a través de las prácticas clínicas.

A nuestro asesor de tesis, por su guía constante, su paciencia y su compromiso a lo largo de este proceso, para concretar este trabajo.

A las instituciones educativas que facilitaron y colaboraron en la realización de esta tesis, gracias por abrirnos sus puertas y permitirnos que este trabajo pudiera llevarse a cabo con responsabilidad y compromiso académico.

## RESUMEN

### PERFIL CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS EMBLEMÁTICAS DE HUAMANGA, 2025

**Objetivo:** Describir el perfil clínico-epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, no experimental. Se tuvo una muestra 147 estudiantes inscritos en el periodo vacacional 2025 de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga. La información se recolectó a través de una ficha de recolección de datos, así como el cuestionario de conducta de Conners para padres forma abreviada y la escala del DSM-IV para TDAH evaluando la sospecha, diagnóstico y clasificación respectivamente. Los datos fueron analizados con los programas de SPSS v30 y Excel for Windows para la elaboración de gráficos de frecuencia. **Resultados:** Se encontró que el 31.97% de los estudiantes presentaron TDAH, de estos el 19.73% de los casos pertenecen a Nuestra Señora de las Mercedes, indicando una distribución desigual frente a San Ramón. En cuanto al perfil epidemiológico, se encontró una frecuencia alta en las mujeres con 78.7%; respecto a la edad, el 40.43% tenían edades de 9 a 10 años. Además, el grado con mayor representatividad fue el quinto con 34.04%; el 44.68% de los casos tenían familia nuclear, el 87.23% provenían de la zona urbana. Los progenitores tenían nivel de instrucción secundaria con un porcentaje de 55.32% y 76.60% en la madre y el padre respectivamente. En cuanto al perfil clínico, se observa que el tipo inatento estaba presente en el 51.06%, seguido del tipo combinado e hiperactivo – impulsivo en el 31.91% y 17.02% respectivamente. Se encontró una diferencia en cuanto a frecuencia de casos de acuerdo con el grado como también de la variante clínica entre instituciones de estudio. **Conclusiones:** El estudio permitió evidenciar una presencia significativa de esta condición en el contexto escolar con mayor proporción de casos en niñas de 9 a 10 años del quinto grado, con la variante clínica de inatento, procedentes de la zona urbana, con tipo de familia nuclear y que sus padres en su mayoría tenían educación secundaria.

**Palabras clave:** TDAH, niño, diagnóstico (Fuente: DeCS)

## ABSTRACT

### CLINICAL – EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN STUDENTS OF THE EMBLEMATIC EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF HUAMANGA, 2025

**Objective:** To describe the clinical- epidemiological profile of attention deficit hyperactivity disorder in students of the emblematic educational institutions of Huamanga. **Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional, non-experimental study. A sample of 147 students enrolled in the 2025 vacation period of the emblematic educational institutions of Huamanga was had. The information was collected through a data collection form, as well as the Conners behavior questionnaire for parents abbreviated form and the DSM-IV scale for TDAH evaluating suspicion, diagnosis and classification respectively. The data were analyzed with SPSS v30 and Excel for Windows programs for the elaboration of frequency graphs. **Results:** It was found that 31.97% of the students presented ADHD, of which 19.73% of the cases belonged to Nuestra Señora de las Mercedes, indicating an unequal distribution compared to San Ramón. Regarding the epidemiological profile, a high frequency was found in females with 78.7%; with respect to age, 40.43% were between 9 and 10 years of age. In addition, the fifth grade was the most representative with 34.04%; 44.68% of the cases had a nuclear family, 87.23% were from the urban area. The parents had a secondary education level with a percentage of 55.32% and 76.60% for the mother and father respectively. Regarding the clinical profile, the inattentive type was present in 51.06%, followed by the combined and hyperactive-impulsive type in 31.91% and 17.02% respectively. A difference was found in terms of frequency of cases according to grade as well as clinical variant between study institutions. **Conclusions:** The study allowed us to evidence a significant presence of this condition in the school context with a higher proportion of cases in girls aged 9 to 10 years in the fifth grade, with the clinical variant of inattentive, coming from the urban area, with nuclear family type and that their parents mostly had secondary education

**Keywords:** TDAH, child, diagnosis (Source: DeCS)

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un tema muy mencionado en los últimos años, más no conocido profundamente. Esta condición neuropsiquiátrica es más común en la infancia, con persistencia en la adolescencia y adultez. La prevalencia del TDAH es de 5 a 7% en la etapa escolar; <sup>(3,4)</sup> especialmente en el nivel primario, etapa fundamental donde se da el inicio de los síntomas alterando el desarrollo normal de un niño.

Este trastorno se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere significativamente en el ámbito, académico, social y emocional de quienes lo padecen.

En el contexto educativo y familiar los niños con esta enfermedad enfrentan múltiples desafíos que requieren un abordaje integral por parte de los profesionales de salud, educadores y familiares. Por ello esta investigación busca describir el perfil clínico-epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, a fin de contribuir con información dentro de un enfoque clínico, educativo con propósito de concientizar a la población acerca de este tema en la región de Ayacucho.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b> .....	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>vi</b>
<b>CAPÍTULO I:PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>9</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	12
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2 BASES TEÓRICAS .....	20
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	32
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLE</b> .....	<b>33</b>
3.1 HIPÓTESIS.....	33
3.2 VARIABLES .....	33
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	34
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE ESTUDIO</b> .....	<b>36</b>
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	36
4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	36
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	36
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	37
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS Y ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA .....	38

4.6	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	39
	<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIONES.....</b>	<b>40</b>
	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>53</b>
	CONCLUSIONES .....	53
	RECOMENDACIONES.....	54
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>60</b>

# CAPÍTULO I

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes de la infancia y la adolescencia, manteniéndose hasta la adultez; en la que se asocia a un deterioro significativo, tanto ocupacional, emocional, académico y social. <sup>(1)</sup>

El TDAH es un trastorno que comienza en la primera infancia con síntomas de una exagerada e inapropiada hiperactividad, impulsividad y dificultad para mantener la atención. <sup>(2)</sup>

La etiología si bien es desconocida, se ha postulado una función anormal de algunas zonas del cerebro, que llevan a un desequilibrio del metabolismo de las catecolaminas; lo cual explicaría la sintomatología. Dentro de los factores de riesgo asociados el más importante es el genético; aumentando el riesgo en aquellos que tiene algún familiar de primer grado con el TDAH. Además, se han asociado otros factores como ambientales, dietéticos, medicamentos, antecedentes prenatales entre otros. <sup>(2)</sup>

Los niños con este trastorno frecuentemente presentan comorbilidades como trastornos psiquiátricos y del neurodesarrollo (trastorno de conducta, espectro autista, oposición desafiante y del aprendizaje). Así mismo el TDAH podría considerarse secundaria a otras enfermedades como: Enfermedad cerebral, enfermedades médicas, psíquicas y carencias afectivas. <sup>(2)</sup>

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM-5), ha estimado una prevalencia en la etapa escolar de 5 a 7%. <sup>(3,4)</sup>

Sin embargo, la prevalencia se estima por informes de los padres y la extrapolación de los registros médicos, ya que no es una enfermedad reportable. Siendo así variable, de acuerdo con el estudio y la aplicación de los criterios de diagnóstico del DSM-5 y la clasificación internacional décima primera edición (CIE-11). Actualmente

los criterios se han vuelto menos restrictivos facilitando así el diagnóstico. <sup>(3,4)</sup>

El TDAH suele ser más usual en varones que en mujeres. El diagnóstico en caso de las mujeres es más tardío, predominando la forma de déficit de atención. <sup>(1)</sup>

El DSM-5, diferencia al TDAH en tres subtipos según los predominantes como: Falta de atención, hiperactivo/impulsivo y el combinado. <sup>(5)</sup> Se ha estimado que del total de los niños que tienen el trastorno el 75% lo presentaran en la adolescencia y persistirá en 30 a 65% en la edad adulta, siguiendo un curso crónico. <sup>(2)</sup>

El diagnóstico y tratamiento tardío del TDAH llevan a un mayor riesgo de que puedan caer en adicciones como el alcohol y las drogas; asimismo, presentar conductas sexuales de riesgo y problemas de conducción. A parte de ello la falta de atención y los comportamientos impulsivos e hiperactivos pueden provocar dificultad en el ambiente educativo, lo que dificulta la formación de amistades y rechazo de los compañeros, llevando a que el adolescente tenga baja autoestima aumentando el riesgo de depresión y ansiedad. <sup>(1)</sup>

El TDAH en Latinoamérica, es considerado un problema de salud pública, afectando aproximadamente a 36 millones de personas. En países como Argentina, Brasil, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Venezuela, aprobaron en manejar dicha condición amparándose en reglamentos, políticas de salud y educación. De esta manera se ha ido disminuyendo la discriminación a los niños con el TDAH gracias al trabajo conjunto de las instituciones educativas, docentes y padres de familia. <sup>(6)</sup>

En el 2012, un estudio epidemiológico sobre la salud mental infantil y adolescente en Lima Metropolitana y Callao, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado; estimó prevalencias de los diversos trastornos clínicos según el CIE-10, donde el TDAH se encuentra en el tercer puesto con una prevalencia global del 9,5% en niños de 6 a 10 años. Un factor por considerar es, que los análisis epidemiológicos del TDAH en el Perú no se realizan anualmente, como ocurre con otros trastornos mentales. <sup>(7)</sup>

Para el 2019 misma institución precisa que, el 67% de niños con TDAH van a llegar a la adultez con este trastorno. Además, refiere que el 3 al 4% de la población adulta podría tener TDAH, en este contexto el gobierno peruano dio a conocer la Ley de Protección de las personas con TDAH (N° 30956), buscando concientizar a la sociedad para la atención y fomentar la inclusividad de los casos. <sup>(8)</sup>

En dos estudios realizados en la ciudad de Trujillo en 2012 obtuvieron resultados semejantes, con una prevalencia del TDAH del 8% y 9.7% en áreas urbano-marginales. Se calcula que la prevalencia de este trastorno en la población adulta es del 2-5%. <sup>(9,10)</sup>

En el 2020, El Ministerio de salud del Perú (MINSA) estimó una prevalencia de TDAH de 5 a 10 % en la población en general, siendo el 5% a 8% niños y 2,5 % a 4% adolescentes, pero sin diferencias geográficas o regionales significativas. En cuanto a la distribución por sexos, se observa que es más frecuente en niños y adolescentes varones de 4:1 y de 2,4:1 respectivamente, en la adultez las diferencias entre sexos disminuyen. Cabe recalcar que en ese año se atendió 5 mil 850 casos de niños /as siendo un problema de salud que preocupa tanto a padres y docentes. <sup>(10,11)</sup>

En el año 2023, entre el periodo de enero a julio, el MINSA atendió 18 531 casos de TDAH, registrándose una incidencia de 5 % en niños de 6 a 8 años. El “Boletín estadístico de las actividades de salud” Primer Semestre 2023 del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas del Perú, registró que el 3% corresponde al Trastorno generalizado del desarrollo, que engloba a diferentes trastornos entre ellos el TDAH. <sup>(12,13)</sup>

El TDAH afecta el desarrollo integral de la persona, principalmente en su calidad de vida y su funcionalidad en diversos aspectos como el familiar, laboral, social y escolar. Además de cada 3 niños, 2 de ellos cursan con un trastorno coexistente (más de dos diagnósticos adicionales). <sup>(9)</sup>

En función a las revisiones y características del fenómeno y el aumento de la prevalencia en diferentes países nos formulamos las siguientes preguntas.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 PROBLEMA GENERAL**

- ¿Cuál es el perfil clínico-epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga?

### **1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico del TDAH?
- ¿Cuál es el perfil clínico del TDAH?
- ¿Cuáles son las diferencias del TDAH entre las instituciones educativas emblemáticas?

## **1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Describir el perfil clínico-epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar el perfil epidemiológico del TDAH
- Describir el perfil clínico más frecuente del TDAH.
- Identificar las diferencias del TDAH entre las instituciones educativas emblemáticas.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

- **Social - Económico:**

Una de las mayores inquietudes de los padres y profesores de los niños con TDAH es la dificultad que enfrentan en el ámbito escolar; una etapa clave en la que los niños comienzan a integrarse de manera independiente a la sociedad. Con frecuencia, los niños experimentan dificultades en su proceso de adaptación, lo que complica su desenvolvimiento. Debido a la disminución del rendimiento académico muchas veces llegan a reprobar los cursos, generando que los padres y/o maestros tilden de “vagos”, “no le gusta estudiar” “son malcriados”, etc. Esta percepción errónea, deriva del desconocimiento de este trastorno. Esta condición seguirá un curso

crónico llevando a un mayor riesgo de caer en adicciones y conductas de riesgo lo cual tiene un impacto muy importante en el ámbito social y económico tanto para la familia como para el estado.

- **Salud:**

Un niño con TDAH no diagnosticado ni tratado probablemente tendrá una vida de fracaso académico. En la adolescencia, la situación empeora para algunos individuos, donde el comportamiento de confrontación conduce a un comportamiento antisocial aumentando el riesgo de suicidio o uso de sustancias nocivas.

Estas conductas se agudizan o persisten en la edad adulta, aumentando la posibilidad de presentar el trastorno de consumo de sustancias y el encarcelamiento. Así mismo de sufrir, lesiones como accidentes automovilísticos. Existen pocas revisiones en el Perú sobre el TDAH y otros trastornos del neurodesarrollo, siendo uno de los trastornos más frecuentemente reportados por el MINSA, muchas veces como comorbilidades de otras enfermedades. Por ello resulta necesario describir el TDAH en los niños e identificar la población en riesgo en la región de Ayacucho, con el fin de tomar así acciones adecuadas no solo para hacer un diagnóstico temprano y de que este reciba tratamiento adecuado sino también orientar a las instituciones educativas para que estas puedan integrar al niño y buscar la mejor manera de que este sea partícipe de la sociedad y evitar futuras consecuencias ya mencionadas.

- **Factibilidad:**

Se contó con financiamiento grupal, bibliografía especializada, recursos humanos e instrumentos de recolección de datos.

- **Viabilidad:**

Se tomaron en cuenta los aspectos éticos al momento del uso de los instrumentos, consentimiento informado a los padres de familia garantizando el anonimato de los estudiantes. Se solicitó permiso a los directores de las instituciones educativas donde se llevó a cabo el estudio.

#### **1.4.1 LIMITACIONES**

- Periodo de vacaciones en los centros educativos desde enero hasta marzo.
- Irregularidad en la asistencia por parte de los estudiantes sujetos de estudio.
- Pérdida de información debido a la falta de predisposición de profesores y padres de familias.
- Disponibilidad de tiempo limitada por parte de los padres para la entrevista.
- Limitada confiabilidad en la respuesta de los padres por miedo, vergüenza al entrevistador.

A pesar de las limitaciones que hubo a la hora de la realización del estudio, se logró cumplir con los objetivos trazados.

## CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### INTERNACIONALES:

**Campos M. et al, (Chile, 2022)** Tesis titulada, “Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las regiones de Biobío y Araucanía en territorio chileno”. Estudio transversal, no experimental y descriptivo, realizado en una muestra de 225.618 estudiantes seleccionados de manera censal, utilizando el cuestionario Conners. Los resultados mostraron una prevalencia total de TDAH de 2.98% en Biobío y 1.33% en Araucana. Al analizar el factor sexo, el 3.53% fue prevalente en hombres y 1.85% en mujeres. Con relación al entorno, la prevalencia en el ámbito urbano fue 2.63%, mientras que en el área rural de 2.37%. <sup>(14)</sup>

**Román F. et al, (México, 2021)** Tesis titulada, “Prevalencia de TDAH en pacientes pediátricos de 6 años en la unidad de medicina familiar N.º 61 de Veracruz”. Investigación descriptivo-observacional que analizó una muestra de 385 niños seleccionados mediante un muestreo probabilístico. Para la evaluación, se utilizó el cuestionario basado en los criterios del DSM-V. Los resultados revelaron que la prevalencia del TDAH en la muestra fue del 10.1%. En cuanto a la distribución por género, el 57.1% de los casos correspondió a niños y el 42.9% a niñas. Al desglosar los subtipos clínicos del trastorno, se identificó que el 15.8% de los participantes presentaba sospecha de impulsividad, el 10.9% mostraba características de inatención y el 8.1% exhibía síntomas combinados de inatención e impulsividad. <sup>(15)</sup>

**Getinet A. et al, (África, 2020)** Tesis titulada, “Epidemiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes en África: Revisión Sistemática y un Metaanálisis”. Los investigadores realizaron una búsqueda exhaustiva, tanto sistemática como manual, en la que evaluaron 7 452 artículos. Sin embargo, sólo 12 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Para la identificación del TDAH, se emplearon diversas herramientas de diagnóstico, como el DSM-IV, la escala Conners-Wells y la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes- Revisada (DICA-R). Los resultados indicaron que la prevalencia

general del TDAH en África fue 7.47%. En cuanto a la distribución por género, la prevalencia en niños fue de 10.60%, mientras que en niñas fue de 5.28%. Al analizar los diferentes subtipos del trastorno, se encontró que el TDAH con predominio inatento tuvo una prevalencia de 2.95%, seguido del subtipo hiperactivo-impulsivo con 2.77% y el combinado con 2.44%. Además, se observó que el subtipo inatento es predominante en ambos sexos, con 4.05% en niños y 2.21% en niñas. <sup>(16)</sup>

**Danielson M. et al, (EE. UU., 2018)** Tesis titulada, "Prevalencia del diagnóstico de TDAH informado por los padres y el tratamiento asociado entre niños y adolescentes de EE. UU., 2016". Estudio transversal que utilizó el cuestionario basado en los criterios del DSM-V, con una muestra de 114,476 participantes de entre 3 y 17 años. Los hallazgos indicaron una prevalencia del 9.4% de TDAH en la población analizada además se evidenció un incremento de los diagnósticos con la edad; con una tasa del 2.4% en niños pequeños, 9.6% en niños en edad escolar y 13.6% en adolescentes. En cuanto al tratamiento, el 62.0% de los niños diagnosticados se sometieron a terapia farmacológica, 46.7% recibieron terapia conductual y 23.0% no recibieron ningún tipo de tratamiento. Además, se identificó que el 14.5% de los casos correspondía a un TDAH severo, 43.7% moderado y 41.8% una presentación leve. <sup>(17)</sup>

**Rodríguez C. et al, (España, 2017)** Tesis titulada, "Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana". Corresponde a una investigación descriptiva y transversal realizada en 108 niños diagnosticados con TDAH seleccionados por una muestra aleatoria. Para la evaluación, se utilizó el cuestionario de lista de síntomas basado en los criterios del DSM-V. Los resultados indicaron una prevalencia del 2.28% de TDAH en la población analizada. En cuanto a la distribución por género, el 76.85% de los casos correspondió a niños y el 23.15% a niñas. La edad promedio en la que se estableció el diagnóstico fue de 8 años, la principal causa de consulta fue la presencia de dificultades en el aprendizaje con 39.82% de los casos. En cuanto al tratamiento, el 63.89% de los niños recibió medicación y apoyo psicopedagógico. <sup>(18)</sup>

**Pineda M. et al, (Honduras, 2016)** Tesis titulada, "Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las escuelas de San Pedro Sula". Estudio descriptivo realizado en una muestra de 235 estudiantes seleccionados por conveniencia. Para la evaluación

inicial, se utilizó la prueba de Conners. En la primera fase del estudio, los resultados de la prueba de Conners indicaron que el 51% de los participantes obtuvo un resultado positivo y el 49% negativo. En una segunda fase, a los niños con resultados positivos se les aplicó el cuestionario del DSM-V para confirmar el diagnóstico, encontrando que el 96% de ellos cumplieron los criterios para el trastorno, mientras que el 4% resultaron negativo obteniéndose una prevalencia de TDAH de 5.8% en la muestra. El subtipo más frecuente fue el combinado, presente en el 49% de los casos, seguido por el inatento con 38% y el hiperactivo con 10%. Se identificó una mayor frecuencia en varones con 75% de los casos. El tercer grado escolar posee la mayor proporción de niños con TDAH, alcanzando el 25%. Respecto a los factores de riesgo, el 18% de los niños tenía antecedentes familiares de la condición. <sup>(19)</sup>

## **NACIONALES**

**Huamán F. et al, (Lima, 2021)** Tesis titulada, “Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de cinco años de EBR, San Juan de Lurigancho”. Estudio descriptivo realizado en una muestra de 234 estudiantes, seleccionados mediante un muestreo probabilístico intencional por conveniencia. Para la evaluación, se empleó la prueba de Conners. Los resultados muestran la prevalencia del TDAH por institución, el 7.6% de los estudiantes de Los Pastorcitos presentaba el trastorno, seguido por 3.4% en Rayito de Luz y 0.9% en Virgen del Rosario. Respecto a las formas clínicas del TDAH, la prevalencia del subtipo inatento fue 1.3% en Virgen del Rosario, 6.0% en Los Pastorcitos y 3.5% en Rayito de Luz. Para el subtipo hiperactivo, los valores fueron: 2.6% en Virgen del Rosario, 7.7% en Los Pastorcitos y 4.4% en Rayito de Luz. Finalmente, la prevalencia del subtipo impulsivo fue 0.9% en Virgen del Rosario, 5.5% en Los Pastorcitos y 4.3% en Rayito de Luz. <sup>(20)</sup>

**Regalado M, et al, (Chiclayo, 2017)** Tesis titulada, “Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo y Universidad de San Martín de Porres – Filial Norte en el año 2015”. Estudio cuantitativo, no experimental y descriptivo, se realizó en una muestra aleatoria de 280 estudiantes, utilizando la escala ADHD Rating Scale IV y la prueba basada en los criterios diagnósticos del DSM- V para la identificación del TDAH. Los resultados revelaron una prevalencia general del 14.6% de TDAH en la población estudiantil. En

cuanto a la presentación clínica el 8.2% corresponde al subtipo hiperactivo ,5.4% al subtipo inatento y 1.1% al combinado. En la USMP – Filial Norte, la prevalencia de TDAH fue 19.7%, en cuanto al subtipo el más frecuente fue el hiperactivo con 14.6%, en mujeres y 9.3 % en los hombres. En la UNPRG, la prevalencia del trastorno correspondió al 5.1%, el subtipo inatento predominó con 7.4% siendo conformado únicamente por varones. <sup>(21)</sup>

**Gallegos N. et al, (Arequipa, 2014)** Tesis titulada “Factores de riesgo en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños -2013. Estudio de casos y controles”, se realizó en 277 estudiantes de 4 a 10 años seleccionados mediante un muestreo por conveniencia, para ello se utilizó la Escala de Conners abreviada para padres y maestros mediante la técnica de encuesta. Los resultados indicaron la prevalencia del TDAH como diagnóstico global con 33.2% (11.5 % reportado por los docentes y 24.9% por los padres). Dentro de los factores personales se encontró: 29,6% tenían seis años, 35.9% tenían siete años, 29% tenían ocho años y el 46,6% tenían nueve años, en cuanto al sexo, el masculino predominó con 35.5%. Respecto al estado civil de los padres de los estudiantes, el 18,7% eran casados, 26.7% convivientes, 33.3% viudos, 56% separados y el 60% eran solteros. <sup>(22)</sup>

**García L. et al, (Lima, 2012)** Tesis titulada, “Déficit de atención con o sin hiperactividad en alumnos del nivel primario de una institución educativa de ventanilla”. Estudio descriptivo realizado en 170 alumnos de 6 a 14 años, se utilizó como instrumento la Escala de Conners de padres y maestros. Obteniendo resultados de acuerdo con el subtipo inatento respecto al género, las mujeres sólo el 15.6% tuvo sospecha de TDAH y 16.8% no tuvieron problemas de atención, mientras que en los varones el 37.7% tuvo sospecha y 29.9% no tuvieron problemas. En cuanto al subtipo de hiperactividad el 35.7% son situacionales y 28,4% no tuvieron dificultad. En el primer grado se encontró que el 14.3% eran muy hiperactivos, 28,65% no presentaron dificultad y 57,1% fueron hiperactivos situacionales. En el segundo grado el 20.8% eran hiperactivos situacionales, 33,4% eran muy hiperactivos y 45,8% no presentaron dificultades. En el tercer grado el 22,3% no presentaron dificultad, 33,3% eran hiperactivos situacionales y 44,4% muy hiperactivos. El TDAH tiene una gran incidencia en los varones que en las mujeres. <sup>(23)</sup>

**Tirado B., Salirrosas C., Amas L. et al, (Trujillo, 2012)** Estudio titulado, “Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú”. Investigación descriptiva realizada en 390 escolares entre 6 y 12 años seleccionados por un muestreo aleatorizado, se utilizó el cuestionario basado en el DSM IV y el cuestionario de factores biológicos. Los resultados obtenidos fueron lo siguiente: el 9.74% de la población de estudio tenía TDAH, del total de estudiantes el mayor porcentaje (63,2%) fueron del sexo masculino, de acuerdo con la edad el 26,3% estaban en edades de 10 a 12 años, el 34,2% en edades de 6 a 8 años y las edades de 8 a 10 años predominó con 39,5%. De acuerdo con el tipo inatento predominó en edades de 8 a 10 años (57,1%), en el de tipo hiperactivo/impulsivo en edades de 6 a 8 años (50%) y por último el de tipo combinado en edades de 6 a 8 años (39,13%). <sup>(24)</sup>

## **REGIONALES**

Se realizó la búsqueda de estudios similares al presente estudio de investigación a nivel de la macro región centro incluyendo la región de Ayacucho, sin embargo, no se cuenta con información respecto al tema hasta la actualidad siendo una de las regiones en la que hay una gran cantidad de escolares con dificultad en el aprendizaje que residen con familias disfuncionales y en ambientes estresantes que se consideran factores de riesgo para el desarrollo del TDAH.

## 2.2 BASES TEÓRICAS

### 2.2.1 Definición

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico que se encuentra clasificado como trastorno del neurodesarrollo por el DSM-5 y el CIE-11. Esta patología se manifiesta desde la infancia y se caracteriza por la presencia continua de hiperactividad, impulsividad y falta de atención en diversas áreas, lo que puede provocar un deterioro a largo del tiempo. <sup>(25)</sup>

### 2.2.2 Epidemiología

El ocho a doce por ciento de los niños a nivel mundial tienen TDAH. La incidencia según el género es de 5 hombres por cada mujer. Se estima que el setenta por ciento de ellos continuarán experimentando la enfermedad durante la adolescencia y cincuenta por ciento lo llevará a la adultez. <sup>(25,26)</sup>

### 2.2.3 Factores de riesgo

Se ha observado que la combinación de factores genéticos y ambientales es determinante en el desarrollo del trastorno. Estudios indican que factores ambientales durante el periodo perinatal y posnatal aumentan el riesgo de TDAH. Además, entornos familiares disfuncionales, con violencia, estilos de crianza indulgentes sin límites y normas, junto con una predisposición genética, pueden influir en la manifestación del trastorno. Los hijos de padres y hermanos con diagnóstico de TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar también el mismo trastorno. <sup>(25)</sup>

- **Temperamental:** Las personas con TDAH suelen tener dificultades para controlar su conducta y regular sus emociones, así como mostrar un fuerte interés por la novedad. <sup>(25)</sup>
- **Ambiental:** Los factores ambientales contribuyen al desarrollo del TDAH, en conjunto con el riesgo hereditario, incluyen antecedentes prenatales, perinatales y neonatales del niño. Estos pueden abarcar un peso muy bajo al nacer (menos de 1500 gramos), daño cerebral por falta de oxígeno, exposición al tabaco y alcohol durante el embarazo, factores genéticos compartidos, aspectos dietéticos, historial de maltrato infantil o negligencia, exposición a sustancias neurotóxicas como plomo o zinc, infecciones del SNC, lesiones traumáticas moderadas o graves en la cabeza. También se ha observado asociaciones con antecedentes maternos de trastorno

depresivo mayor, obesidad, ansiedad o hipotiroidismo. <sup>(25)</sup>

- **Estilos de vida y modificadores de curso:** Las familias que presentan desequilibrio, violencia, crianza permisiva son factores de riesgo significativos. Aunque los patrones de interacción familiar en la primera infancia no suelen ser la causa directa del TDAH, sí pueden afectar su desarrollo y contribuir a la aparición de problemas de conducta adicionales. <sup>(25)</sup>
- **Factores hereditarios:** Es un componente hereditario significativo. Se estima que alrededor del setenta y seis por ciento de la predisposición pueden atribuirse a factores genéticos. Cuando los padres padecen TDAH, hay más de un cincuenta por ciento de probabilidad de que su hijo también sea diagnosticado con esta condición. Además, se han identificado alteraciones en ciertos genes (enzima hidroxilasa, transportadores de dopamina, receptores DR5, DR4 y 1B de la serotonina). <sup>(25)</sup>

#### 2.2.4 Etiología

El trastorno es causado por una combinación de factores ambientales y genéticos, lo que lo convierte en un trastorno compuesto por diferentes variaciones originadas por la influencia de múltiples factores. <sup>(25)</sup>

- **Genética y mutaciones:** Existen diversas variantes genéticas en los receptores de dopamina (DRD4, DAT, DRD5 y DRH) y serotonina y (5 HTR1B y 5-HTT) que pueden conducir a una mayor susceptibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas. Los niños nacidos de padres que presentan estas mutaciones tienen un riesgo de 2-8 veces mayor de desarrollar la enfermedad. Además, se ha observado un alto porcentaje de concordancia en gemelos monocigóticos, con un rango del 55% al 90%. <sup>(25)</sup>

Algunos síndromes genéticos también están asociados con un mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades, como el síndrome de Turner, Klinefelter, de Williams, cromosoma X frágil, de Di George y la neurofibromatosis tipo 1. En resumen, las mutaciones genéticas en los receptores de dopamina y varios síndromes genéticos aumentan significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema dopaminérgico. <sup>(25)</sup>

- **Deficiencia de neurotransmisores:** La norepinefrina y dopamina, son neurotransmisores importantes en la función cerebral que desempeñan un papel crucial en la atención, la motivación y la regulación del comportamiento (corteza frontal y prefrontal) la alteración en estas áreas puede resultar en dificultades para mantener la atención, controlar impulsos y regular el comportamiento. Los medicamentos estimulantes, como el metilfenidato y la anfetamina, son utilizados comúnmente para tratar trastornos como el TDAH. Estos medicamentos aumentan los niveles de dopamina y norepinefrina en el cerebro, lo que ayuda a mejorar la atención y el control del comportamiento en las personas con déficits en estas áreas. <sup>(25,26)</sup> Además, los estudios de neuroimagen han demostrado una neurotransmisión reducida en las áreas del cerebro afectadas en personas con trastornos de atención, como el TDAH. Estos estudios pueden mostrar patrones de actividad cerebral anormales y una disminución en la función de la corteza frontal y prefrontal, lo que respalda la hipótesis de una disminución de dopamina y norepinefrina en estas áreas. <sup>(25)</sup>
- **Cambios estructurales cerebrales:** Los cambios en las áreas, como el cerebelo, los ganglios basales, la corteza prefrontal dorsolateral y la porción anterior de la circunvolución del cíngulo pueden ser el resultado de una lesión hipóxico-isquémica perinatal que daña las neuronas glutamatérgicas convergentes o debido a una falta de flujo sanguíneo suficiente durante el desarrollo fetal. <sup>(25)</sup>

### 2.2.5 Fisiopatología

La fisiopatología exacta no se conoce completamente. Estudios de neuroimagen estructural y funcional en personas con TDAH han revelado anomalías en diversas regiones cerebrales como la región prefrontal, los ganglios basales y el cerebelo. Estas alteraciones crean una función anormal de los neurotransmisores en dichas áreas. En general, se observa una alteración en la recaptación de dopamina y noradrenalina a nivel presináptico lo cual afecta el funcionamiento de los circuitos fronto estriado, mesolíptico y fronto cerebeloso. Esto conduce a un mal funcionamiento de los mecanismos de autocontrol y las funciones ejecutivas en el cerebro, lo que resulta en las típicas manifestaciones clínicas del TDAH que experimentan en la vida diaria. <sup>(25,26)</sup>

## 2.2.6 Clasificación

- **Predominantemente inatento:** Variante más frecuente entre las niñas, se observa dificultad para mantener la concentración en diferentes áreas de su vida (ámbito académico, familiar y social), además les cuesta completar y priorizar tareas, evitan actividades que requieran mucho esfuerzo mental, de esta manera suelen cambiar de tarea sin terminarlas y a menudo no parecen prestar atención. Incluyen también el no seguir instrucciones, dificultada para organizar actividades y se olvidan con frecuencia, facilidad para distraerse con estímulos que no son relevantes, en situaciones sociales su falta de atención se manifiesta en cambios constantes de conversación y dificultades para aceptar reglas, realizar actividades. Estas dificultades suelen empeorar durante la etapa escolar y persistiendo durante la adolescencia y la edad adulta. <sup>(25)</sup>
- **Predominantemente hiperactivo/impulsivo:**
  - **Hiperactividad:** Se manifiesta a través de una excesiva actividad física y/o mental en situaciones inapropiadas. Estas personas muestran dificultad para quedarse quietas cuando es necesario ya sea en situaciones estructuradas (en el aula o en la mesa durante las comidas) o no estructuradas (en el patio). Este síntoma varía de acuerdo a la edad: Los niños en edad preescolar tienden a tener una agitación motriz más generalizada, mientras que los niños en edad escolar pueden mostrar hiperactividad solo en ciertas situaciones poco estructuradas también suelen hablar demasiado y hacer mucho ruido durante sus actividades; en la adolescencia la hiperactividad puede ser menos evidente pero predominará una sensación interna de inquietud así como la tendencia a realizar múltiples tareas sin finalizar ninguna. <sup>(25)</sup>
  - **Impulsividad:** El niño muestra impaciencia, dificultad para esperar su turno y retrasar las respuestas, interrumpe a los demás niños, suelen apresurarse a responder antes de terminar las preguntas y se sienten atraídos por las respuestas dominantes espontáneas. En los primeros años, la impulsividad hace que el niño sea “estimulable” por lo que tiende a tocar todo. <sup>(25)</sup>
- **Combinado:** Forma clínica más común, se presenta síntomas tanto de impulsividad como de falta de atención, además se pueden manifestar

de diversas formas y variar en la intensidad de las manifestaciones clínicas. <sup>(25)</sup>

### 2.2.7 Características clínicas

El TDAH presenta dos síntomas nucleares: La falta de atención y la hiperactividad/impulsividad. Cada una de ellas con su propio patrón y curso.

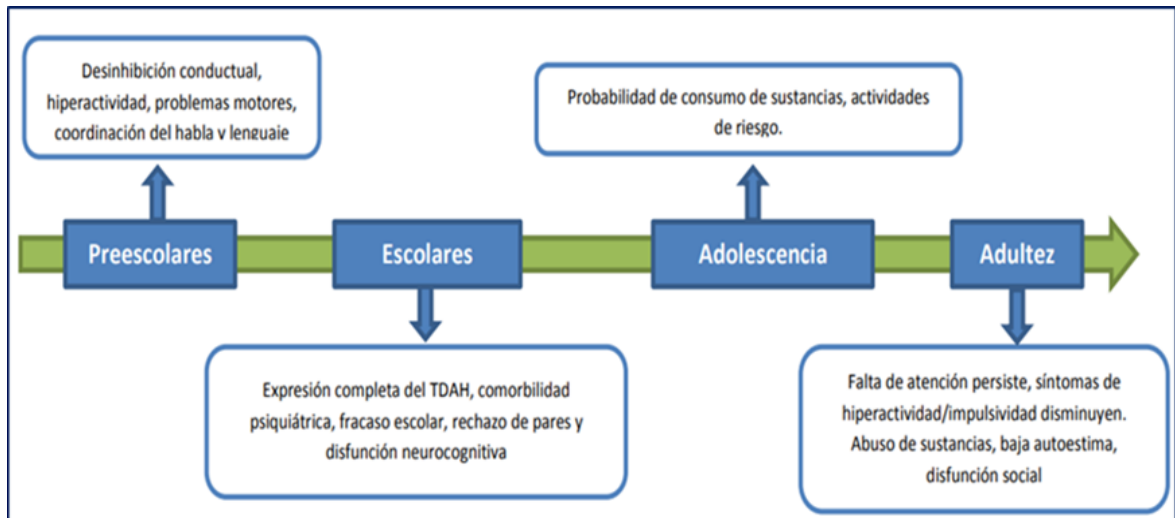
- **Falta de atención:** Caracterizada por una reducida capacidad de mantener la atención, reducida velocidad en el procesamiento cognitivo y de respuesta, por ende, la preocupación se centra en los problemas cognitivos lo cual lo lleva a presentar dificultades académicas. <sup>(26)</sup>

Las características de la falta de atención se evidencian ya cuando el niño tiene entre 8 y 9 años. Típicamente no suelen prestar atención a los detalles, difícilmente mantiene la atención cuando juega, comete errores por descuido, parece no escuchar cuando se le habla directamente o cuando realiza actividades, no cumple con sus propósitos o los olvida, se dificulta en la organización, evita tareas que requieran esfuerzo mental constante, fácilmente pierde objetos cuando realiza sus actividades, se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes. <sup>(26)</sup>

- **Hiperactividad e impulsividad:** Estas conductas se caracterizan por la incapacidad de estar quieto o contener el comportamiento. Estos síntomas suelen notarse mayormente a partir de los 4 años acentuándose a los 7 a 8 años, después de ello los síntomas comienzan a disminuir siendo apenas perceptible durante la adolescencia. Por el contrario, los síntomas de la impulsividad persisten durante toda la vida llevando a que el niño tenga conductas de riesgo como el abuso de sustancias, la actividad sexual temprana y presentar accidentes de tránsito. Este tipo de conducta está relacionado con el entorno, por ejemplo, los adolescentes que no reciben tratamiento y viven en entornos donde el alcohol y otras sustancias están fácilmente accesibles tienen un mayor riesgo de consumir drogas a diferencia de los que no tienen dicho trastorno. Es así como la inquietud excesiva dificulta al niño permanecer sentado cuando es necesario hacerlo, causa sensaciones de inquietud, siempre están en movimiento y difícilmente pueden jugar tranquilo y esperar turnos, habla excesivamente, responde demasiado rápido e interrumpen conversaciones de otros. Las conductas antes mencionadas se evidencian en diferentes contextos como

el hogar escuela trabajos y actividades sociales. <sup>(26)</sup>

**Gráfico N° 1: Curso evolutivo del TDAH**



La evaluación debe iniciarse en niños mayores o iguales de cuatro años, los cuales tengan síntomas de falta de atención, hiperactividad o impulsividad o incluso otras quejas como bajo rendimiento escolar, dificultad para hacer y mantener amistades.

<sup>(26)</sup>

Si bien la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad pueden estar presentes hasta cierto punto en todos los niños, es la persistencia y las complicaciones funcionales de los síntomas conductuales los que conducen al diagnóstico de TDAH. Por tal motivo se debe realizar una evaluación global identificando la presencia de comorbilidades y excluyendo de otros trastornos que justifiquen las conductas, la evaluación debe incluir los antecedentes médicos, familiares y sociales. <sup>(10)</sup>

### 2.2.8 Diagnóstico

Es netamente clínico, a través de la observación, entrevista clínica, examen mental y recopilación de la información de los padres y docentes.

### 2.2.8.1 Criterios de diagnóstico:

Según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales cuarta edición (DSM – IV)	
<p><b>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad - impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y (2)</b></p>	
<p><b>1. Inatención:</b> 6 (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel del desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales. <sup>(25)</sup></p> <p><b>Nota:</b> Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Reiteradas veces se dificulta 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., el trabajo no se lleva a cabo con precisión, se pasan por alto no se pierden detalle). <sup>(25)</sup></li> <li>b. Prevalentemente tienen dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., dificultad para mantener la atención en clases, lecturas prolongadas o conversaciones). <sup>(25)</sup></li> <li>c. Con periodicidad parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente). <sup>(25)</sup></li> <li>d. Con continuidad no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, deberes laborales o los quehaceres (p. ej., se distrae rápidamente cuando inicia tareas y los evade con facilidad). <sup>(25)</sup></li> <li>e. Con periodicidad tiene problemas para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, de poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos). <sup>(25)</sup></li> <li>f. Con periodicidad evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido (p. ej., quehaceres domésticos, tareas escolares o; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos). <sup>(25)</sup></li> </ol>	<p><b>2. Hiperactividad e impulsividad:</b> 6 (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:</p> <p><b>Nota:</b> Los síntomas no son solo 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), como se requiere un mínimo de cinco síntomas. <sup>(25)</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Continuamente juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento <sup>(25)</sup></li> <li>b. Con periodicidad se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo o en otras situaciones). <sup>(25)</sup></li> <li>c. Continuamente corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adulto, puede limitarse a estar inquieto). <sup>(25)</sup></li> <li>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. <sup>(25)</sup></li> <li>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). <sup>(25)</sup></li> <li>f. Con frecuencia habla excesivamente. <sup>(25)</sup></li> <li>g. Frecuentemente responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina la frase de otros; no respeta el turno de conversación). <sup>(25)</sup></li> <li>h. Continuamente le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola). <sup>(25)</sup></li> <li>i. Con frecuencia interrumpe o sin 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). <sup>(25)</sup></li> </ol>

<p>g. Repetidamente pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, móvil, papeles de trabajo, billetero, llaves, gafas). <sup>(25)</sup></p> <p>h. Con continuidad se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados). <sup>(25)</sup></p> <p>i. Continuamente 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). <sup>(25)</sup></p>	
<p><b>B.</b> Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años. <sup>(25)</sup></p> <p><b>C.</b> 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). <sup>(25)</sup></p> <p><b>D.</b> Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral o reducen la calidad de los mismo. <sup>(25)</sup></p> <p><b>E.</b> Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias). <sup>(25)</sup></p>	
<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Presentación combinada:</b> Si se cumple el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad/impulsividad) durante los últimos 6 meses. <sup>(25)</sup></li> <li>• <b>Presentación predominantemente con falta de atención:</b> Si se cumple el criterio A1 (inatención) pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad/impulsividad) durante los últimos 6 meses. <sup>(25)</sup></li> <li>• <b>Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva:</b> Si se cumple el criterio A2 (hiperactividad/impulsividad) y no se cumple el criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.</li> </ul> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En remisión parcial:</b> Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral. <sup>(25)</sup> Especificar la gravedad actual:</li> <li>• <b>Leve:</b> Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral. <sup>(25)</sup></li> <li>• <b>Moderado:</b> Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave". <sup>(25)</sup></li> <li>• <b>Grave:</b> Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral. <sup>(25)</sup></li> </ul>	

**Según el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10)  
(Utilizado en nuestro país)**

<b>A. Déficit de atención</b>	<b>B. Hiperactividad</b>	<b>C. Impulsividad</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles juntos a errores, descuido en las labores escolares y en otras actividades. <sup>(26)</sup></li> <li>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. <sup>(26)</sup></li> <li>3. A menudo aparentan no escuchar lo que se le dice. <sup>(26)</sup></li> <li>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. <sup>(26)</sup></li> <li>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. <sup>(26)</sup></li> <li>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido. <sup>(26)</sup></li> <li>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc. <sup>(26)</sup></li> <li>8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. <sup>(26)</sup></li> <li>9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias. <sup>(26)</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o moviéndose en su asiento. <sup>(26)</sup></li> <li>2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. <sup>(26)</sup></li> <li>3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. <sup>(26)</sup></li> <li>4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. <sup>(26)</sup></li> <li>5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. <sup>(26)</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. <sup>(26)</sup></li> <li>2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. <sup>(26)</sup></li> <li>3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. <sup>(26)</sup></li> <li>4. Con frecuencia habla en exceso sin cometer tenerse ante las situaciones sociales. <sup>(26)</sup></li> </ol>

La CIE-10 establece que, para realizar el diagnóstico de TDAH, el paciente cumpla con:

- 6 de los síntomas descritos en el apartado de "Déficit de atención".
- 3 de los síntomas descritos en el apartado de "Hiperactividad".
- 1 de los síntomas descritos en el apartado "Impulsividad".

Estos síntomas además deben estar presentes antes de los 7 años y darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar y social) y afectar negativamente a su calidad de vida. <sup>(26)</sup>

### **2.2.8.2 Exámenes auxiliares**

Actualmente no se reporta un marcador biológico que permite hacer el diagnóstico, siendo el único instrumento la entrevista clínica.

Otras evaluaciones como estudios de neuroimagen y neurofisiológicos, no están indicados de manera rutinaria para establecer el diagnóstico de TDAH; sin embargo, podrían justificarse para evaluar condiciones comórbidas. <sup>(10,27)</sup>

### **Exámenes especiales complementarios**

La guía del Instituto Nacional del Niño de San Borja (INNSB) utiliza las siguientes escalas como sustitos de la entrevista clínica, para detectar la presencia y evaluar la intensidad de los síntomas.

1. Escala de Conners: Escala de evaluación de los síntomas del TDAH y cribado.
2. Evaluación de Coeficiente intelectual y aprendizaje: (Solo si la historia clínica y la exploración física lo requiera).
3. Pruebas neuropsicológicas (informa el funcionamiento cognitivo y la comorbilidad de trastornos específicos del aprendizaje). <sup>(10,27)</sup>

### **2.2.9 Tratamiento**

El tratamiento es multimodal e individualizado de acuerdo con el paciente.

- **Tratamiento psicológico**

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado eficacia en el tratamiento del TDAH y se usa como manejo inicial en las siguientes situaciones:

- Síntomas leves del TDAH.
- Impacto mínimo del TDAH.
- Discrepancia notable en la frecuencia e intensidad de los síntomas reportada por los padres y los profesores.
- Diagnóstico incierto de TDAH.
- Rechazo de la terapia farmacológica por parte de los padres.
- Menores de 5 años

Dentro de la terapia conductual se busca identificar los factores que llevan a que la conducta inadecuada se mantenga, se realiza la observación y registro de ellas, planificando un programa de reforzamiento y evaluación

durante el tratamiento. <sup>(28)</sup>

La terapia cognoscente tiene como objetivo identificar y modificar las cogniciones desadaptadas, para reemplazarlas por otras cogniciones más adecuadas mediante técnicas de auto instrucciones, autocontrol y resolución de problemas. <sup>(28)</sup>

Por otro lado, también se realiza entrenamiento en habilidades sociales aquí se emplean las técnicas de la terapia cognitivo - conductual en formato grupal, capacitando a los padres sobre el manejo del comportamiento. Esto con el objetivo de mejorar las relaciones entre padres e hijos a través de técnicas de crianzas mejoradas. <sup>(28)</sup>

- **Tratamiento farmacológico**

Los medicamentos son la terapia de primera línea para niños en edad escolar y adolescentes acompañados o no de terapia conductual. El uso de la terapia combinada utiliza terapias conductuales y medicamentos esto podría estar justificado en casos en que no responda a las terapias conductuales solas. <sup>(28)</sup>

### **2.2.10 Pronóstico**

Si bien la presentación del TDAH es más común en la infancia siguiendo un curso crónico presentando episodios de remisión y recurrencia por lo que se destaca la importancia en monitorear los síntomas cuando el niño ha sido diagnosticado con TDAH. Los niños con TDAH tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones intencionales o no. Diversos estudios asocian una mayor mortalidad en niños, adolescentes y adultos, siendo más frecuente el riesgo en las mujeres. <sup>(28)</sup>

Los adolescentes con TDAH tienen más probabilidad de sufrir accidentes automovilísticos respecto a los que no tienen la enfermedad. El riesgo aumenta en los primeros meses de haber obtenido la licencia de conducir con acciones riesgosas como conducir a excesiva velocidad, no usar el cinturón de seguridad, consumo de alcohol y/o drogas, aparte de ello también tiene mayor probabilidad de que se les suspenda o retire el permiso de conducir. <sup>(28)</sup>

Numerosos estudios indican deficiente funcionamiento académico sobre todo en las formas de déficit de atención como consecuencia lleva a presentar bajo rendimiento, fracaso en los cursos, esto se debe a que el TDAH al ser una enfermedad crónica el

deterioro de la función académica persiste incluso cuando ya no cumplan con los criterios de diagnóstico en la adolescencia o adultez. <sup>(28)</sup>

Los niños con TDAH tienen mayor riesgo durante la adolescencia de consumir sustancias tóxicas como el alcohol y drogas, sobre todo si tienen un trastorno coexistente como el trastorno de conducta o de oposición desafiante. Este riesgo no se ve modificado tras uso de los fármacos. <sup>(28)</sup>

Algunos estudios informaron que los adolescentes y adultos con TDAH tenían trabajos de menos estatus y un desempeño deficiente en comparación a los controles. Además, indican que los niños con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de persona antisocial en la edad adulta. <sup>(28)</sup>

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Trastorno por deficiencia e hiperactividad (TDAH):** Es un trastorno neurobiológico del desarrollo que afecta principalmente a niños se caracteriza por déficit atención hiperactividad e impulsividad.

**Déficit de atención:** Dificultades para prestar atención o mantener la concentración en tareas o actividades.

**Hiperactividad:** Exceso de actividad motora y comportamientos impulsivos como inquietud incapacidad para permanecer quieto en ciertas situaciones.

**Impulsividad:** Dificultad para contener respuestas impulsivas manifestándose en acciones precipitadas sin considerar las consecuencias.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLE**

#### **3.1 HIPÓTESIS**

El presente estudio carece de hipótesis por ser un estudio descriptivo. <sup>(29,30)</sup>

#### **3.2 VARIABLES**

##### **1. Perfil epidemiológico**

- Edad del estudiante
- Genero del estudiante
- Año escolar del estudiante
- Lugar de procedencia del estudiante
- Tipo de familia de la cual proviene el estudiante
- Grado de instrucción de los padres

##### **2. Perfil clínico del TDAH**

- Inatento (déficit de atención)
- Hiperactivo/impulsivo
- Combinado

### 3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS EMBLEMÁTICAS DE HUAMANGA, 2025.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Perfil epidemiológico	Edad del estudiante	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta un momento dado. Esta medida se expresa típicamente en años.	Años de vida	Cualitativa	Años	Ficha de recolección de datos
	Sexo del estudiante	Características biológicas y fisiológicas que distinguen a los seres humanos en función de sus características reproductivas determinado por los cromosomas y órganos reproductores.	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal	
	Grado de estudios del estudiante	Nivel educativo alcanzado por una persona señalada a través del grado de avance o logro en el sistema educativo formal.	Segundo grado Tercer grado Cuarto grado Quinto grado Sexto grado	Cualitativa	Ordinal	
	Procedencia del estudiante	Describe la fuente, el lugar de origen de una persona.	Rural Urbana	Cualitativa	Nominal	
	Tipo de familia del estudiante	Describe la estructura y composición de una familia	Nuclear Extensa	Cualitativo	Ordinal	

		en función de una familia en función de sus miembros y relaciones.	Compuesta Mono parenteral			
	Grado de instrucción de los padres	Nivel educativo alcanzado por los progenitores o cuidadores de una persona	Sin estudio Primaria Secundaria Superior completa Superior incompleta	Cualitativo	Ordinal	
Perfil clínico		Se define como diferentes presentaciones o manifestaciones y características de una enfermedad o condición médica en pacientes.	Desatento Hiperactivo-impulsivo Combinado	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Conners</li> <li>- Escala de DSM-IV</li> </ul>

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE ESTUDIO**

### **4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación fue observacional – descriptivo – transversal – no experimental, debido a que no hubo manipulación de variables. <sup>(29,30)</sup>

### **4.2 METODO DE INVESTIGACIÓN**

Método analítico. <sup>(31)</sup>

### **4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

4.3.1 **Población:** Constituido por 206 estudiantes del nivel primario que llevaron cursos de preparación y recuperación en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga.

4.3.2 **Muestra:** Constituido por 147 estudiantes de segundo al sexto grado del nivel primario que llevaron cursos de preparación y recuperación en la I.E.P. “San Ramón” y “Nuestra Señora de las Mercedes” que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El muestreo fue bi-etápico en la primera etapa se realizó mediante censo de acuerdo con los criterios de exclusión y en una segunda etapa a la muestra seleccionada se aplicó el cuestionario del DSM-IV.

#### **4.3.3 Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión:**

- Estudiantes de segundo a sexto grado de primaria que llevaron cursos de preparación y recuperación matriculados en el periodo escolar 2025.
- Estudiantes que contaron con el consentimiento informado de los padres.

##### **Criterios de exclusión**

- Estudiantes con comorbilidades previamente diagnosticados (trastornos psiquiátricos previos, PCI, etc.)
- Estudiantes que no contaron con el consentimiento informado de los padres.
- Llenado incompleto de la ficha de entrevista.

#### 4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Técnica de recolección: Psicométrica.
- Instrumento de recolección: Escala de medición psicométrica.

##### **A: Escala de Conners:**

La escala Conners o escala fue desarrollada por Dr. C. Keith Conners en la década de 1960, sujeta a revisiones y actualizaciones a lo largo del tiempo. Es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar los síntomas y comportamientos relacionados con el TDAH en niños y adolescentes. Actualmente esta escala cuenta con dos versiones (original y la abreviada) diseñados tanto para ser completados por los padres como también por los profesores. Cada apartado de la escala contiene descripciones de síntomas que se correlacionan con los criterios de diagnóstico de la de DSM – IV, el Índice Global (antes índice de hiperactividad) contiene 10 ítems de naturaleza global sensibles a la evolución de los síntomas. <sup>(32,33)</sup>

Este cuestionario generalmente se completa por los padres y maestros, en algunos casos incluso por el propio niño, consta de preguntas que evalúan el nivel de atención, hiperactividad e impulsividad del niño en diferentes situaciones. <sup>(33)</sup>

Se encontró que tiene una buena validez, lo que significa que es capaz de evaluar de manera confiable los síntomas de TDAH y proporcionar una medida precisa del grado de severidad de los mismos, compuesta por varios ítems que se evalúan: Inatención, hiperactividad, impulsividad, problemas de conducta, problemas emocionales, problemas sociales, problemas académicos y síntomas físicos. <sup>(32,33)</sup>

##### **Formas abreviadas para padres y maestros.**

**Conners abreviada para padres:** Este cuestionario en su forma abreviada consta de 48 preguntas que se reparten en 5 factores: Problemas de conducta, problemas de aprendizaje, quejas psicósomáticas, impulsividad – hiperactividad, ansiedad. Tiempo de administración de 5 a 10 minutos. <sup>(33)</sup>

**Conners abreviada para profesores:** Cuenta con 28 preguntas que se dividen en 3 factores: Problemas de conducta, hiperactividad, desatención. Tiempo de administración de 5 a 10 minutos. <sup>(33)</sup>

Aplicación de las escalas: Cada pregunta describe una conducta característica, que los padres o los profesores deberán valorar, de acuerdo con la intensidad con que se

presente. Para responder un formato de escala de Likert con 4 posibles opciones: Nada (0 puntos), Poco (1 punto), Bastante (2 puntos) y mucho (3 puntos).<sup>(33)</sup>

Para valorar los datos, hay que sumar las puntuaciones obtenidas en el índice global de la escala: En la escala de padres los niños que obtienen una puntuación de 15 o superior requieren un estudio en profundidad porque posiblemente sean hiperactivos. Para las niñas, la puntuación es de 13 o superior.<sup>(33)</sup>

En la escala de profesores, una puntuación de 17 o superior para los niños y de 13 o superior para las niñas hace sospechar la existencia de una posible TDAH. La puntuación en la escala de Connors se basa en una distribución normal, donde una puntuación media (promedio) es de 50 y una desviación estándar de 10. En general, se considera que una puntuación por encima de 70 indica una presencia significativa de síntomas de TDAH.<sup>(32,33)</sup>

#### **B: Criterios de diagnóstico del DSM-IV:**

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV se realizó en 1994 de las versiones del DSM II y DSM III – R por la asociación psiquiátrica americana precedidos por un comité de expertos en TDAH. Gracias a ello se obtuvo un listado de síntomas que no generaban ambigüedades siendo más sensibles. Para su validación se utilizan los criterios establecidos por el DSM II - R lo cual presentaba poca validez estructural, así se obtuvo una validez interna y una mayor utilidad clínica que permite clasificar los subtipos.<sup>(33)</sup>

#### **4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS Y ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA**

Se presentó el proyecto a la Facultad de Ciencias de la salud a fin de su aprobación. Una vez aprobada el proyecto de investigación se solicitó permiso para realizar el presente estudio a la dirección de la I.E.P. “San Ramón” y “Nuestra Señora de las Mercedes.”

Previa aceptación de las instituciones se procedió a realizar una charla informativa a los profesores y padres de familia acerca del trastorno y cómo influye en la educación. Una vez obtenido el consentimiento informado de los padres se dispuso al llenado de la información a través de la ficha de recolección de datos y la escala de Connors abreviada para padres, posterior a ello a los estudiantes que presentaron la escala de Connors positivo se procedió a aplicar la escala del DSM IV para el diagnóstico y clasificación.

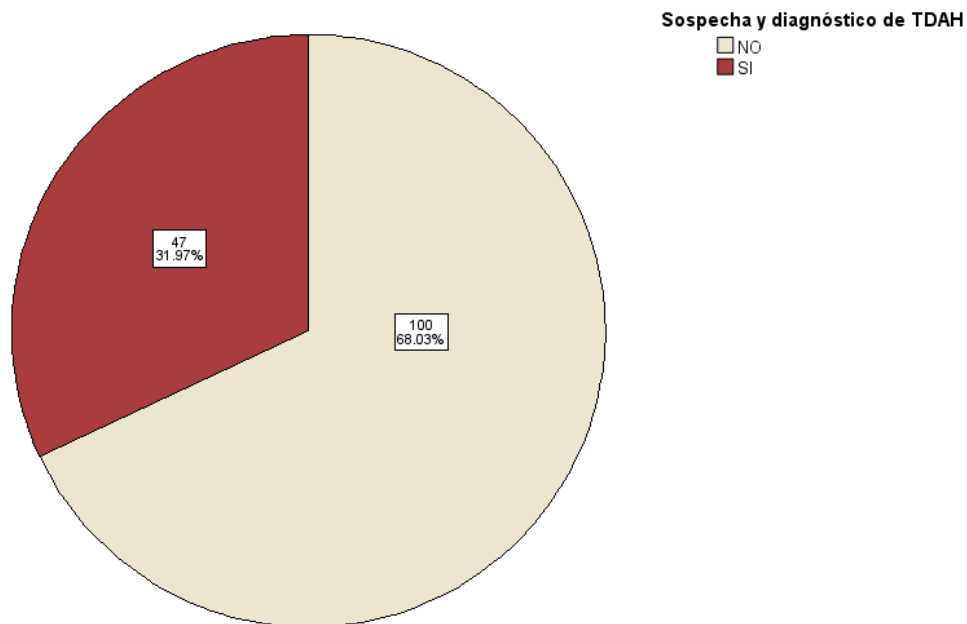
#### **4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se hizo uso de estadísticos descriptivos con gráficos de frecuencia simple. La información se procesó por los programas estadísticos Software SPSS v30 y Excel for Windows para la elaboración de gráficos de frecuencia.

## CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### RESULTADOS Y DISCUSIONES

**Figura N° 1:** Población con TDAH en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga ,2025.

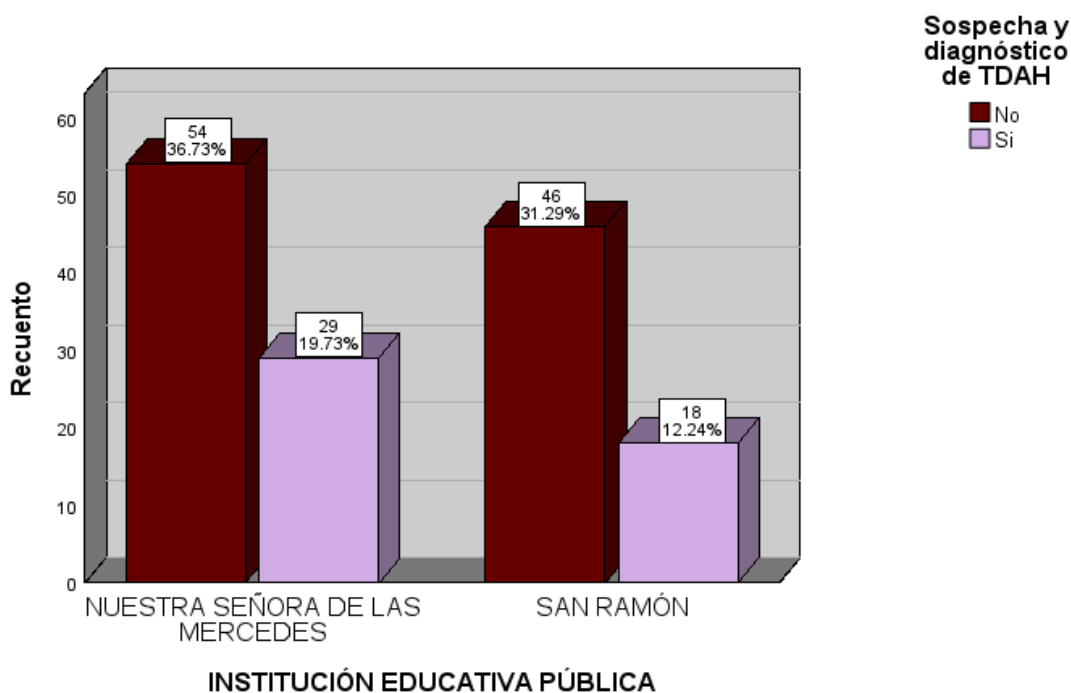


Fuente: Aplicación de la escala de Conners y la escala del DSM-IV

Figura N° 1: El estudio contó con la participación de 147 niños, a quienes se aplicó la prueba de Conners y la escala de DSM-IV (a los padres de familia); de los cuales el 31.97% (47) obtuvieron resultados positivos para sospecha y diagnóstico del TDAH y 68.03% (100) resultaron negativos.

El estudio refleja que aproximadamente un tercio de la muestra presenta TDAH, siendo una parte significativa con una frecuencia de 31.97%; resultados que se asemeja al estudio realizado por Gallegos quien reporta entre sus hallazgos que el 33.21% de niños de 4 a 10 años presentaron diagnóstico de TDAH. <sup>(22)</sup> En esta misma línea de ideas, García encontró que el 53.3 % tenían sospecha de TDAH. <sup>(23)</sup> Por otra parte, Campos en Chile y Danielson en E.E. UU reportan una prevalencia del trastorno de 2.98 % y 9,4% respectivamente, estos estudios fueron realizados en muestras superiores a 100 000 mil estudiantes. <sup>(14,17)</sup>

**Figura N° 2:** Población con TDAH en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga 2025.

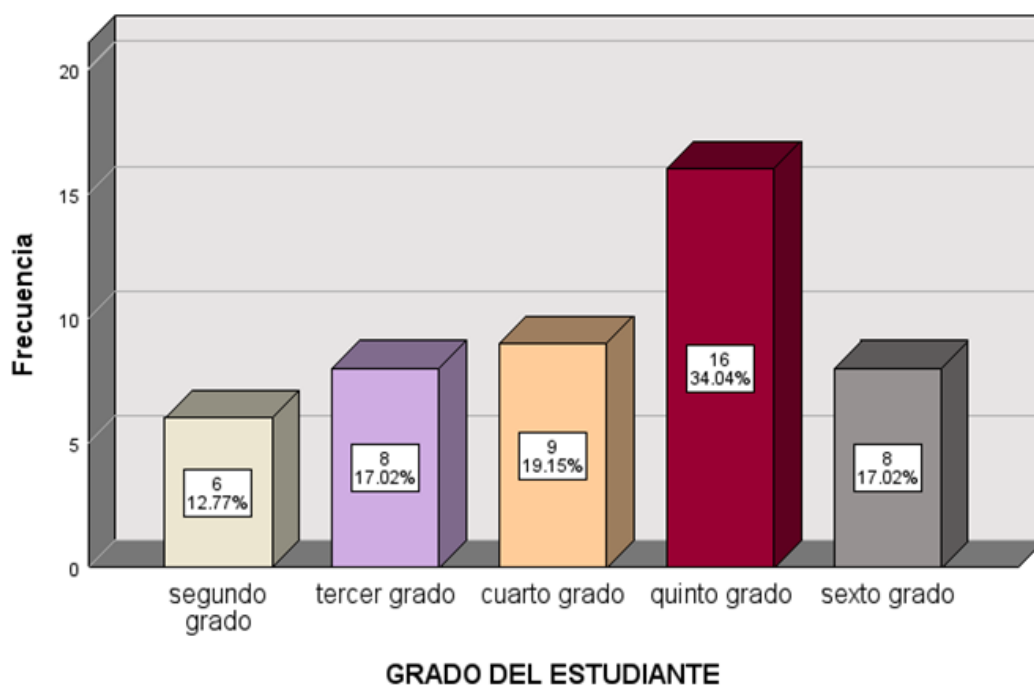


Fuente: Ficha de recolección de datos

En la figura N° 2, se observa que el mayor porcentaje de niños con diagnóstico de TDAH se encuentra en la institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes con un 19.73% (29) mientras que en San Ramón un 12.24% (18).

Con relación al 32 % que dieron positivo para el trastorno; Se constató una diferencia de casos en ambas instituciones. “Nuestra señora de las Mercedes” posee una proporción de 29 casos a comparación de “San Ramón” de 18 casos dicha diferencia está relacionada a la cantidad de estudiantes matriculados, factores pedagógicos, ambientales o sociales que merecen mayor análisis.

**Figura N°3:** Casos de TDAH según grado escolar en ambas instituciones educativas emblemáticas de Huamanga ,2025.



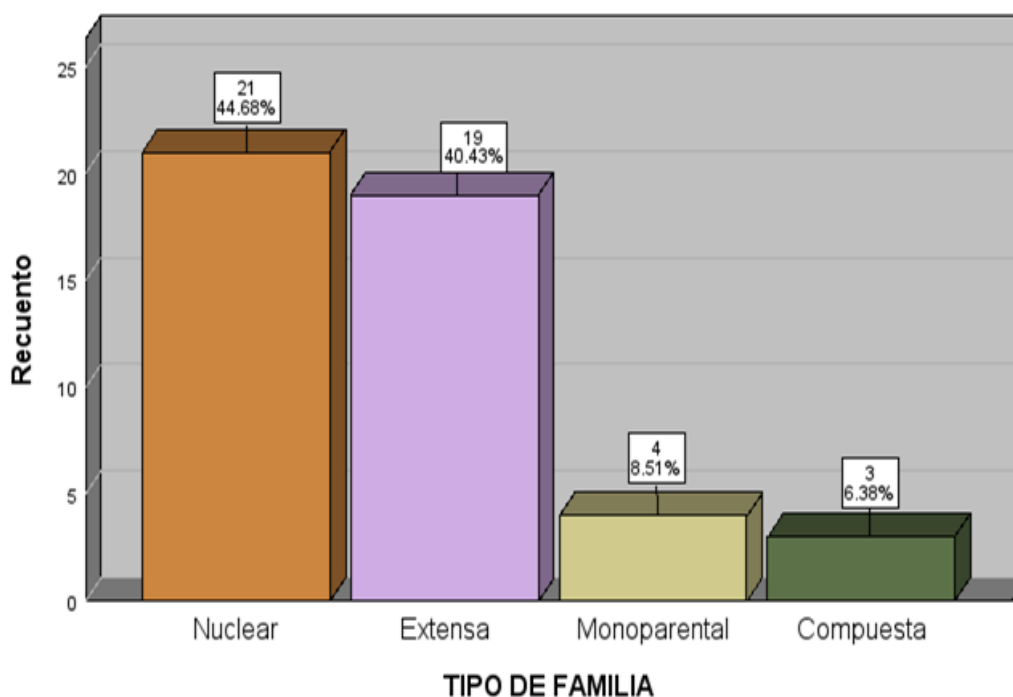
Fuente: Ficha de recolección de datos

La figura N°3, indica que el 34.04% (16) de niños con diagnóstico de TDAH cursaban el quinto grado de primaria, 19.15 % (9) cuarto, 17.02% (8) tercero, 17.02% (8) sexto y 12.77% (6) segundo respectivamente.

El grado de estudio con mayor proporción fue el quinto de primaria superando el 34%. Además, se observa un crecimiento progresivo de casos desde el segundo hasta el quinto grado, debido al aumento de las demandas cognitivas y académicas que reflejan algunos síntomas; A ello se debe sumar los cambios en el comportamiento del niño al entrar a la etapa de pre – pubertad.

Sin embargo, el estudio de Pineda realizado en Honduras reporta proporciones altas en el tercer y quinto grado con 25 y 20% respectivamente. <sup>(19)</sup> Otro estudio realizado por García reporta alta frecuencia en el cuarto y segundo grado con 16 y 13 casos respectivamente. <sup>(23)</sup> Dichas diferencias se fundamentan por el tamaño de muestra en los estudios, factores sociodemográficos, entre otros criterios utilizados.

**Figura N°4:** Tipo de familia del estudiante con TDAH en las instituciones públicas emblemáticas de Huamanga, 2025.

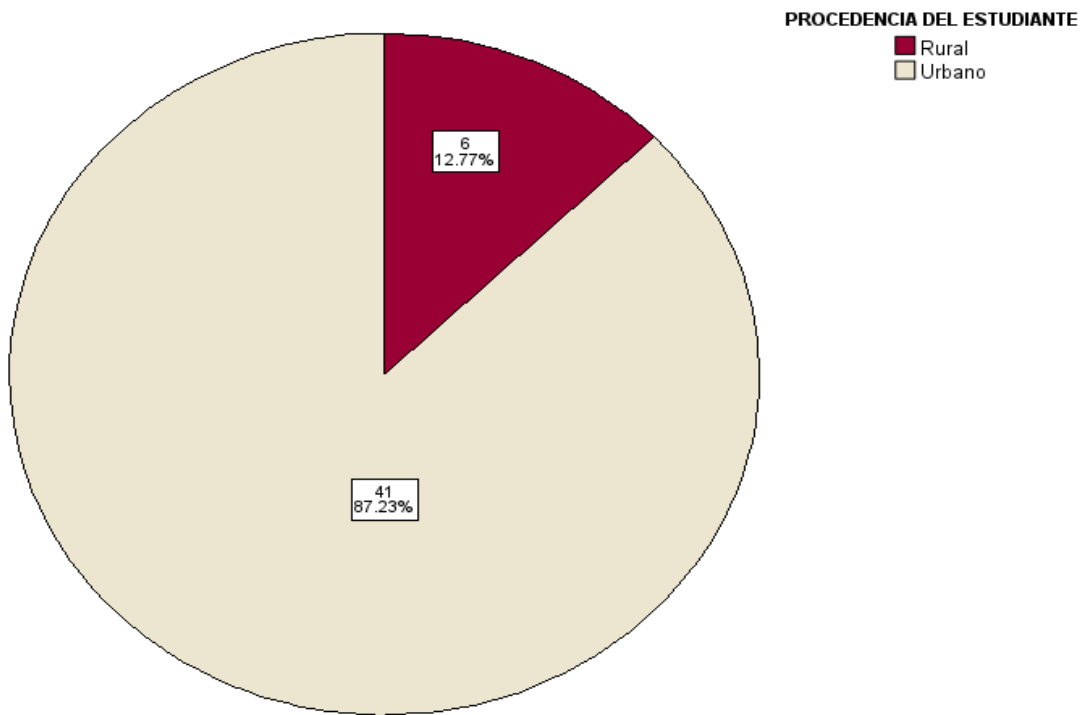


Fuente: Ficha de recolección de datos

En la figura N° 4, se muestra que el 44.68% (21) de casos con TDAH proceden de familia nuclear, 40.43% (19) familia extensa, 8.51% (4) familia monoparental y 6.38% (3) familia compuesta.

Gallegos en Arequipa, encontró como factor de riesgo vivir con padres separados (56 %) <sup>(23)</sup>; Lo cual guarda concordancia con la literatura especializada <sup>(25)</sup>. A diferencia de nuestros resultados, donde gran parte de los estudiantes con TDAH provienen de familias nucleares y extensas (85.11% en conjunto), evidenciando que no necesariamente vivir con mamá, papá y otros familiares aseguran entornos saludables, debido a que la relación familiar suelen estar afectados por factores externos que disminuyen la interacción entre los miembros.

**Figura N° 5:** Procedencia del estudiante con TDAH en ambas instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025.

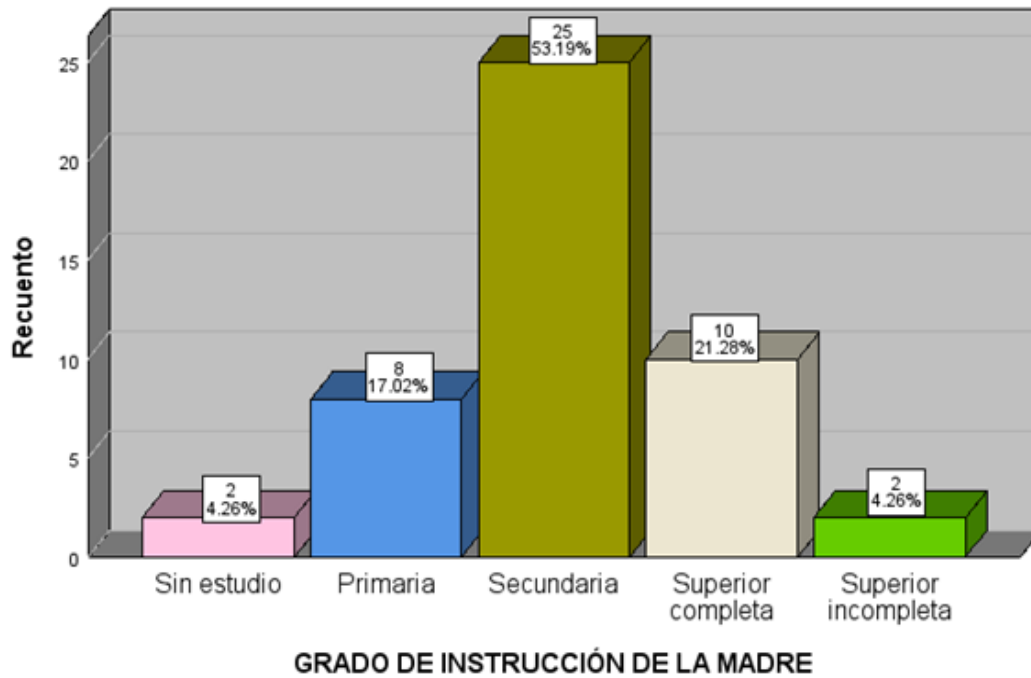


Fuente: Ficha de recolección de datos

En la figura N° 5, los datos muestran que el 87.23% (41) de los niños con TDAH provienen de zonas urbanas mientras el 12.77% (6) de la zona rural.

Un estudio realizado por Campos en Chile, revela que el 2.63% de los niños con TDAH provienen del ámbito urbano, mostrando asociación significativa con el trastorno.<sup>(14)</sup> Al igual que nuestro estudio puesto que la zona geográfica de intervención correspondió a la zona urbana, situación que expone a los niños a mayores estímulos y estrés ambiental, existiendo mayor probabilidad para el desarrollo del trastorno en concordancia a la literatura especializada;<sup>(25)</sup> Además se sabe que la gran diferencia de condiciones socioeconómicas y culturales entre estas zonas, aumenta las exigencias académicas y sociales en el niño, lo que acentúa los síntomas o algunas conductas impulsivas.

**Figura N°6:** Grado de instrucción de la madre de los niños con TDAH en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025.

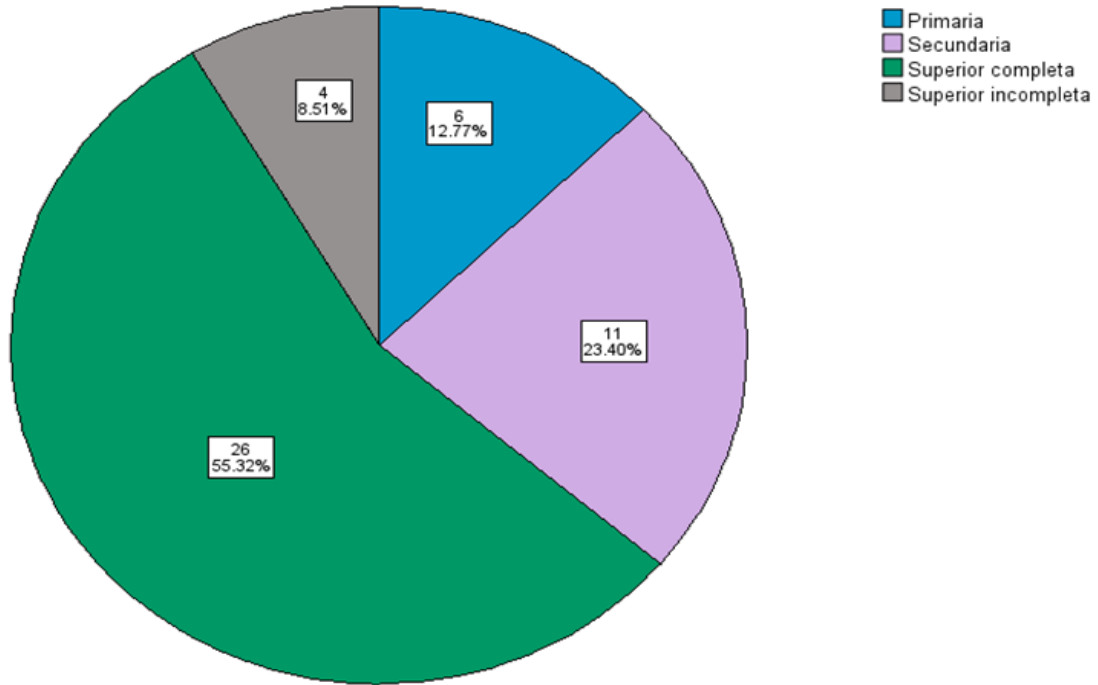


Fuente: Ficha de recolección de datos

La figura N° 6, muestra la distribución del grado de instrucción de las madres de los niños con TDAH, donde se evidencia que el 53.19% (25) de ellas tienen educación secundaria, 21.28% (10) superior completa, 17.02% (8) primaria respectivamente, mientras que un grupo de ellas no tienen estudios o cursaron estudios superiores incompleta con una constante de 4.26% (2) siendo menos frecuentes.

Más de la mitad de las madres de los niños con TDAH poseen educación secundaria, lo que podría reflejar enmascaramiento del TDAH en ellas, lo que limitaría alcanzar mayores niveles educativos. Según la literatura el diagnóstico de este trastorno en las mujeres pasa desapercibido. (22,25)

**Figura N°7:** Grado de instrucción del padre de los niños con TDAH en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025.

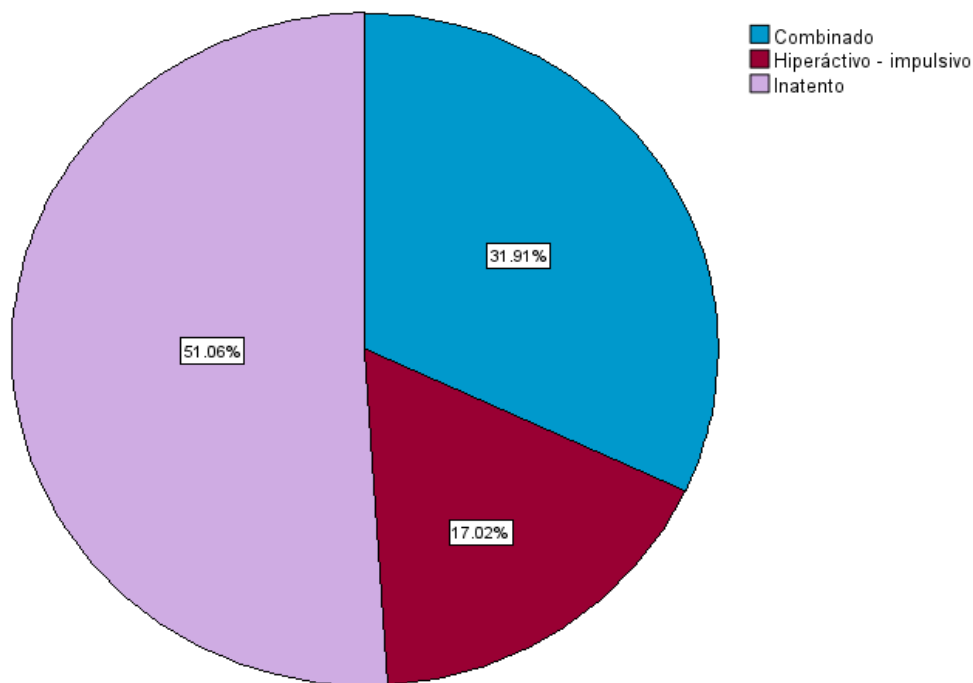


Fuente: Ficha de recolección de datos

La figura N°7, muestra el grado de instrucción de los padres, el 55.32% (26) tiene superior completa, un 23.40% (11) secundaria, 12.77% (6) primaria mientras que el 8.51% (4) educación superior incompleta.

En nuestro estudio se evidencia mayor porcentaje de padres con un nivel educativo superior; Otro grupo en menor porcentaje son los padres con estudios inferiores, lo que refleja limitaciones para comprender, conocer los síntomas o interpretar erróneamente las conductas como una cuestión de disciplina. Revelando que el grado de instrucción de los padres es un factor relevante en el abordaje, pero no en el desarrollo del TDAH. Además, es importante recordar que este trastorno es más común en varones, según la literatura especializada, lo cual se atribuye en parte a factores genéticos.<sup>(25)</sup>

**Figura N° 8:** Variante clínica del TDAH según DSM-IV en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga ,2025.

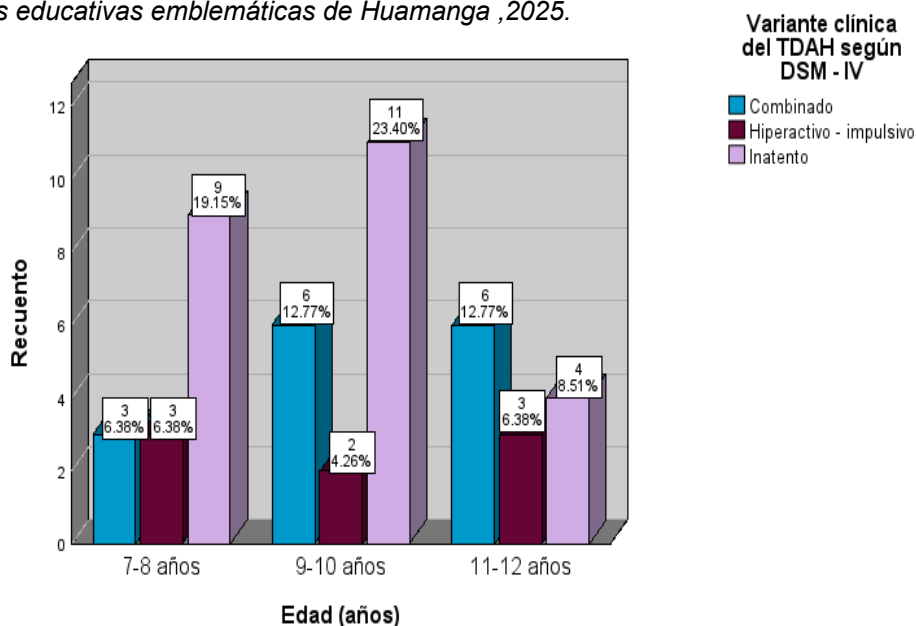


Fuente: Aplicación de la escala del DSM-IV

La figura N° 8, muestra que la variante clínica más frecuente es el tipo inatento en un 51.06% (24), el tipo combinado 31.91% (15) e hiperactivo-impulsivo 17.02 % (8) respectivamente.

Estos resultados, se asemejan a los estudios realizado por Getinet en África donde, el 2.95% de niños y adolescentes presentaron el tipo inatento; Al igual que Tirado, quién informa que el 57.1% de niños de 6 a 8 años tenía el tipo inatento. Por su parte Regaldo reporta que el tipo hiperactivo – impulsivo fue el más frecuente en sus participantes (8.2%) seguido del inatento; <sup>(21)</sup> Al igual que Román, quién reporta que el 15.8% de los participantes de su estudio presentaban el tipo hiperactivo-impulsivo seguido del inatento. <sup>(15)</sup> Por último un estudio realizado en Honduras reporta que el tipo combinado es el que predominó con 49% de casos seguido del inatento. <sup>(19)</sup> Si bien los síntomas del tipo inatento (distracción y la falta de atención sostenida) no siempre generan conductas disruptivas, sin embargo estos síntomas se evidencian con el transcurso del tiempo y a medida que el estudiante avanza de grado escolar, teniendo en cuenta las mayores exigencias que implica pasar de grado.

**Figura N° 9:** Variante clínica del TDAH según DSM-IV en relación a la edad en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025.



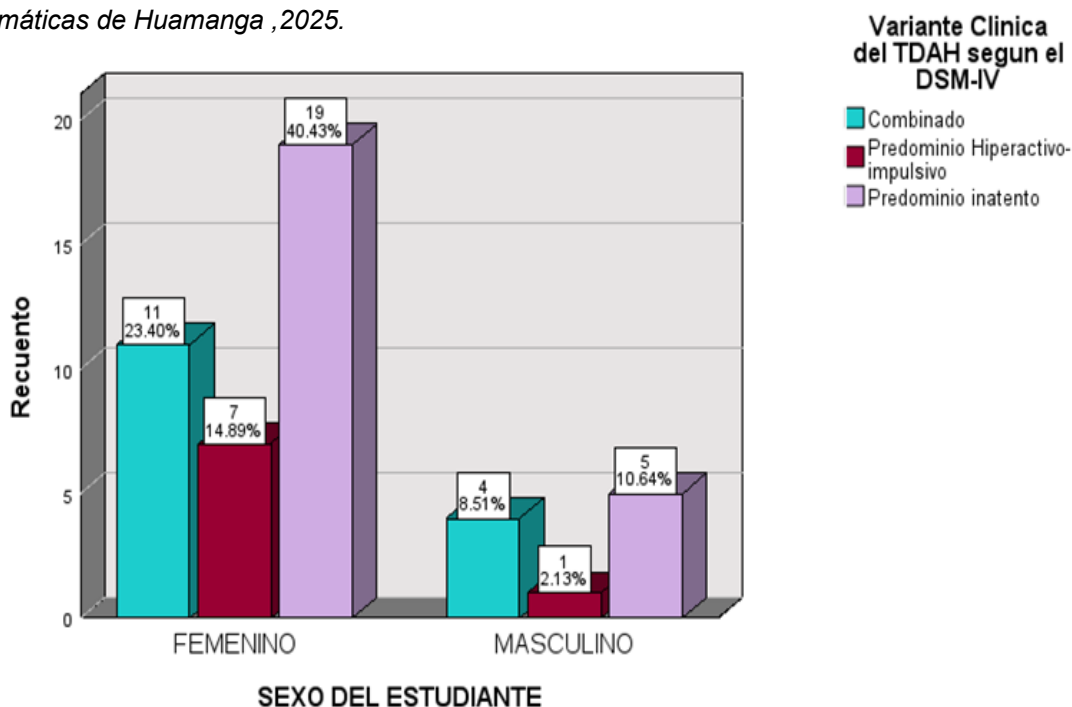
Fuente: Ficha de recolección de datos y la escala del DSM-IV

En la figura N° 9, se observa que el 40.43% (19) de los casos predominan en la edad de 9 a 10 años, de esos el 23.4% (11) tienen como clínica el inatento, 12.77% (6) combinado y 4.26% (2) hiperactivo – impulsivo. El 31.91% (15) tenían edades de 7 a 8 años, 19.15% (9) de ellos tenían el tipo inatento seguido del combinado e hiperactivo – impulsivo cada uno con el 6.38% (3) respectivamente. Por último, el 27.66% (13) tenían edades de 11 a 12 años, en ellos el combinado predominó con 12.77% (6) seguido del inatento, hiperactivo – impulsivo con 8.51% (4) y 6.38% (3) respectivamente.

Los hallazgos evidencian que la gran proporción de niños con TDAH tienen entre 9 a 10 años, esto concuerda con el estudio de Gallegos, quien reporta que el 46,6% de los niños con TDAH tenían 9 años.<sup>(22)</sup> Por su parte Tirado, reporta que el 39,5% de niños presentaban edades entre 8 a 10 años.<sup>(24)</sup> Danielson en su investigación describe que el 9.6% de los niños eran escolares.<sup>(17)</sup> Esto concuerda con la literatura especializada que refiere que el trastorno está presente antes de los 12 años.<sup>(25)</sup>

El tipo inatento fue el más frecuente en edades tempranas (7 a 10 años) lo que sugiere que en este rango de edad se evidencia dificultad en la atención sostenida; mientras que el tipo combinado va ganando relevancia en edades mayores esto refleja que algunos niños inatentos comienzan a manifestar comportamientos impulsivos o hiperactivos.

**Figura N°10:** Variante clínica del TDAH en relación con el sexo en ambas instituciones emblemáticas de Huamanga ,2025.



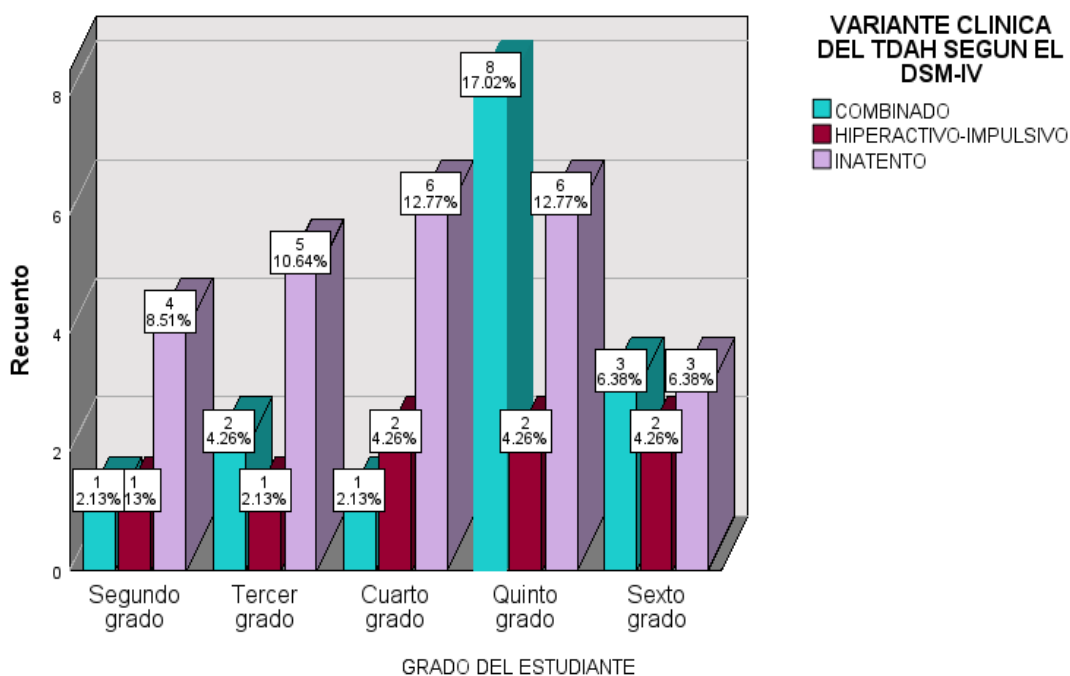
Fuente: Ficha de recolección de datos y la escala del DSM-IV

La figura N° 10, muestra que la gran mayoría de los niños con TDAH son del sexo femenino con 78.7 % (37) de las cuales el 40.43% (19) presentaron el tipo inatento, 23.4% (11) combinado y 14.89% (7) hiperactivo – impulsivo respectivamente. En cuanto al sexo masculino el 10.64% (5) presentaron el tipo inatento, 8.51% (4) combinado y 2.13% (1) hiperactivo – impulsivo respectivamente.

Nuestros resultados indican que el TDAH predominó en las niñas, lo que se contrapone con otros estudios, como: En Chile, Campos reporta que el 3.53% de los participantes eran varones <sup>(14)</sup>, así mismo Román halló que el 57.1% también eran varones <sup>(15)</sup>, al igual que Getinet y Rodríguez, quienes reportan una prevalencia en varones de 10.6 y 76.85% respectivamente <sup>(16,18)</sup>, acorde a la literatura especializada que define que el TDAH es más común en varones, en una relación a la mujer de 5 a 1. <sup>(25,26)</sup>

Esta diferencia se debe, a que la institución Nuestra señora de las Mercedes fue el que más participantes tuvo, además que está conformada solo por mujeres a comparación de San Ramón (mujeres y varones). En cuanto a la variante, el inatento predominó en ambos sexos, lo que se aleja de la información brindada por la literatura especializada, señalando que el tipo hiperactivo - impulsivo es más frecuente en los varones.

**Figura N°11:** Variante clínica TDAH según grado escolar en las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga ,2025.

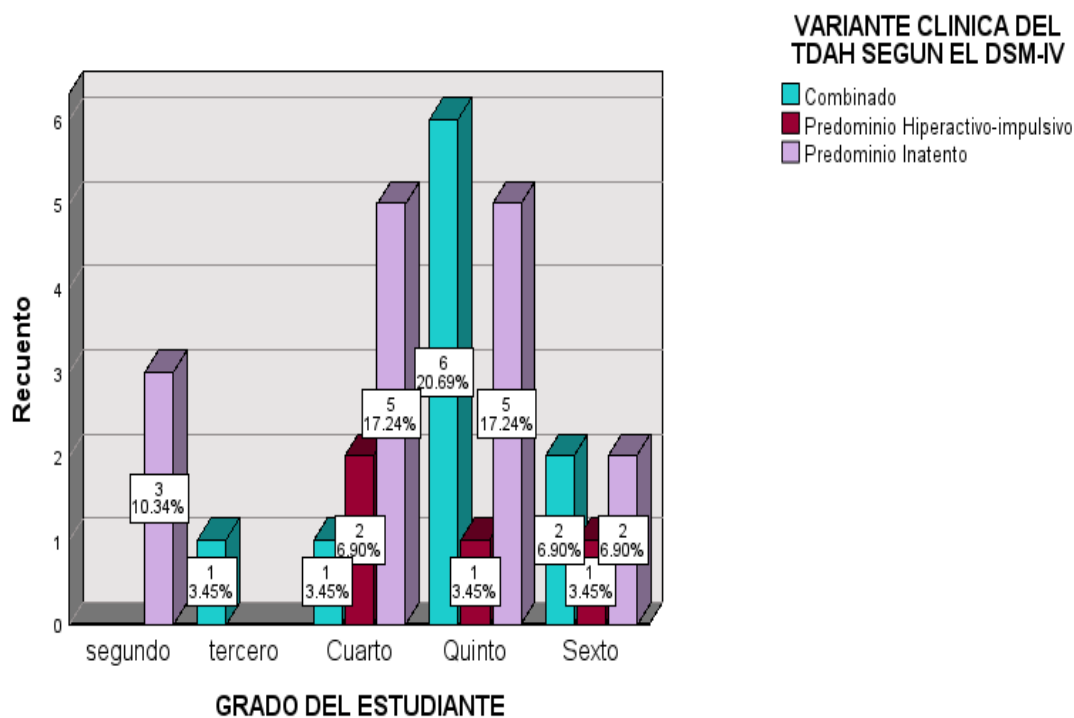


Fuente: Aplicación de la escala del DSM-IV

La figura N° 11, respecto a la variante clínica del TDAH según grado escolar refleja que, los mayores porcentajes es representado por el tipo inatento presente en un 51.07 % (24), de los cuales el 12.77 % (6) se encontraron en el cuarto grado, 10.64% (5) tercer grado, 8.51% (4) segundo grado y 6.30% (3) en sexto grado respectivamente; cabe mencionar que la excepción de esta tendencia porcentual se encontró en el quinto grado donde la variante en mención ocupó el segundo lugar con un 12.77% (6), solo detrás de la variante combinado que tuvo la mayor proporcionalidad con un 17.02% (8).

La variante clínica del TDAH en nuestro estudio no se manifiesta de manera uniforme, observando fluctuaciones entre los grados. El tipo inatento es el patrón con mayor porcentaje, presente desde el segundo al sexto grado de nivel primaria, teniendo un pico en el cuarto y quinto grado. Estos resultados difieren con el estudio de Pineda, que destaca mayor porcentaje del tipo combinado en el tercer grado con 49% de casos.<sup>(19)</sup> Si bien la literatura menciona que los síntomas de inatención pasan desapercibidos fácilmente si no generan problemas de conducta<sup>(25)</sup>, no obstante, en los últimos grados de primaria las exigencias escolares aumentan, lo que hace más evidente múltiples síntomas (inatención impulsividad/hiperactividad).<sup>(19)</sup>

**Figura N°11.1:** Variante clínica del TDAH según el grado escolar en la institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes de Huamanga-2025.

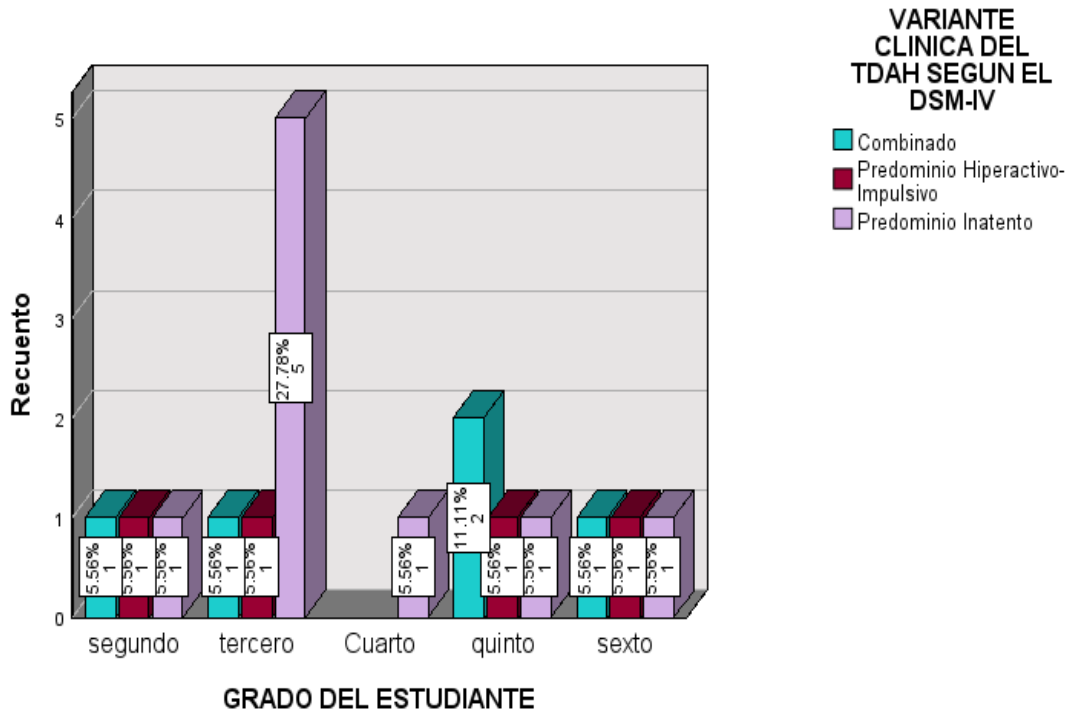


Fuente: Aplicación de la escala del DSM-IV

Figura N° 11.1, referido a la variante clínica del TDAH según el grado escolar en la institución educativa Nuestra señora de las Mercedes, se encontró que los mayores porcentajes es representado por el tipo inatento que estuvieron presentes en un 17.24 % (5) en el cuarto grado, 10.34% (3) segundo grado y 6.90% (2) en el sexto grado respectivamente; cabe mencionar que la excepción de esta tendencia porcentual ,se encontró en el quinto grado donde la variante en mención ,ocupo el segundo lugar con un 17.24 % (5), solo detrás de la variante combinado que tuvo la proporcionalidad más alta con un 20.69% (6).

Nuestro estudio, muestra mayor frecuencia de casos en el cuarto y quinto grado con un 68.97% conjuntamente, con predominio del tipo inatento seguido del combinado. Según la literatura especializada el tipo combinado es el más prevalente (50 al 70%), que incluye tanto síntomas de inatención como de hiperactividad - impulsividad <sup>(25)</sup>. Como ya mencionado en otro acápite, el hecho que en nuestro estudio predominó el tipo inatento seguido del combinado refleja que, las exigencias académicas aumentan a mayor grado de estudio, evidenciando múltiples síntomas que llevan al tipo combinado.

**Figura N°11.2:** Variante clínica del TDAH según grado escolar en la institución educativa San Ramón. Huamanaa-2025.



Fuente: Aplicación de la escala del DSM-IV

Figura N° 11.2, referido a la variante clínica del TDAH según el grado escolar en la institución educativa San Ramón, se encontró que el mayor porcentaje es representado por el tipo inatento, que estuvo presente en un 27.78 % (5) en el tercer grado, seguido del 11.11% (2) del tipo combinado en el quinto grado; cabe mencionar que existe una distribución homogénea porcentual en cuanto a las demás variantes clínicas en los diferentes grados de estudio, con una constante de 5.56 % (1) respectivamente.

Los resultados evidencian que el tipo inatento está presente en todos los grados, teniendo más casos en el tercer grado, siendo una etapa clave donde los síntomas relacionados a la inatención se vuelven más notorios, probablemente por el aumento de las demandas cognitivas y organizativas propias del nivel escolar. Por otra parte, el tipo combinado estuvo presente en los diferentes grados en bajas proporciones, tomando representatividad en el quinto grado, lo que refleja una progresión de la sintomatología. El tipo hiperactivo – impulsivo se mantuvo con bajas proporciones esto podría deberse a que los síntomas son más manejables.

## CONCLUSIONES

- La frecuencia de TDAH en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga fue de 31.97 % logrando describir el perfil clínico-epidemiológico, evidenciando una mayor frecuencia significativa en el sexo femenino con 78.7%. Respecto a la edad, es más frecuente entre 9 a 10 años con 40.43%. La mayoría de los estudiantes con el trastorno cursaban el quinto grado con 34.04%. El 87.23% de los casos provienen de la zona urbana. En el contexto familiar, el 44.68% viven con mamá y papá (familia nuclear). Los padres de los casos poseen estudios superiores.
- El perfil clínico más frecuente en nuestro estudio fue el inatento con 51.06%, seguido del tipo combinado en menor medida.
- Al identificar las diferencias del trastorno entre ambas instituciones se observa mayor número de casos (19.73%) en Nuestra señora de las Mercedes, esta institución en mención cuenta con mayor población participante (83 estudiantes) a comparación de San Ramón (64 estudiantes) además la diferencia está influida a múltiples factores que ameritan mayor estudio. En la primera institución se observa mayor porcentaje de casos en el quinto grado a diferencia de la segunda, en el que predomina en el tercer grado; en cuanto a la variante clínica en ambas instituciones, predominó el tipo inatento seguido del combinado.

## RECOMENDACIONES

- Estos hallazgos resaltan la importancia de brindar información clara y precisa sobre el trastorno y como este repercute en el ámbito académico - económico y social, para asegurar entornos saludables evitando riesgos a futuro desde los pilares fundamentales que son la familia y la institución educativa.
- Capacitar a los docentes y padres de familia para detectar patrones de comportamiento que sugieran ser indicativos de TDAH, promoviendo una visión centrada, guiada con la finalidad de actuar de manera oportuna en el diagnóstico y manejo.
- El Currículo nacional de educación básica en primaria debe contar con programas, propuesta pedagógicas que manejen estrategias de detección temprana, apoyo emocional y adaptación académica, con el fin de que los niños se integren adecuadamente a la sociedad sin exclusión, considerando las características clínicas y epidemiológicas propias de cada institución en nuestra ciudad.

## REFERENCIAS

1. Krull K., Chan E. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis. UptoDate [Internet] 2023 [consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-pathogenesis?search=TDAH&topicRef=623&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-pathogenesis?search=TDAH&topicRef=623&source=see_link)
2. García M, Prieto L, Santos J., Monzón L., Hernández A., Feliciano, L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. An Pediatría [Internet] 2008; 69(3):244-50. [consultado el 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S169540330872054X>
3. Ruth, C., Xavier, C. Attention deficit hyperactivity disorder. Med Clínica Engl Ed. [Internet] 2015; 144(8):370-5. [consultado el 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020615002168?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=82d87fb498cb3371](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020615002168?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=82d87fb498cb3371)
4. Quintero J., Morales I., Rodríguez A., Alvarez M. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Med Progr Form Médica Contin [Internet] 2021 ;13(46):2698-708 [consultado el 28 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221003061>
5. Arlington, V. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.: American Psychiatric Publishing [Internet].2014;438 p [consultado el 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
6. Reza L., Solórzano M., Oñate F., Flamingo G. El TDAH y su repercusión en el rendimiento académico. Rev Atlant [Internet].2018 [consultado el 02 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/11/tdah-rendimiento-academico.html>
7. Pomalima R., Rodríguez M., Álvarez M., Yuri C., Cárdenas G., Rivera A., Rojas E., Valverde J., Cárdenas V. Estudio Epidemiológico De Salud Mental De Niños Y Adolescentes En Lima Metropolitana Y Callao 2007 [Internet]. Vol. XXVIII. Anales De Salud Mental; 2012: 89-132 [citado el 2 de enero de 2024]. Disponible

- en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>
8. Romero P. Déficit De Atención Y Disgrafía Motriz En Estudiantes De Primaria De Una Institución Educativa Pública. Lima-2022 [Internet]. [Tesis Para Obtener el Grado Académico Maestra en Problemas de Aprendizaje] Lima: Universidad César Vallejo; 2022 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/116582/Romero\\_PJJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/116582/Romero_PJJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  9. Pacheco M, Máxima C. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad En Niños De Cinco Años De Educación Inicial: Una Revisión De Literatura [Internet]. [ Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Educación Inicial]Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2021 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/79992/Melchor\\_PCM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/79992/Melchor_PCM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  10. Instituto Nacional De Salud Del Niño-San Borja - Especialidad de Pediatría y Subespecialidades -Psiquiatría. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento Del Trastorno De Déficit De Atención E Hiperactividad. 2020.
  11. Davila I, Revello M. El Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad Y Las Relaciones Interpersonales Con Sus Pares En Niños En Edad Escolar: Revisión Aplicada [Internet]. [Tesis para obtener el Título Profesional de Psicología] Lima: Universidad De Lima; 2023 [Citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/18248/T018\\_76341078\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/18248/T018_76341078_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  12. Boletín Epidemiológico Del Perú Vol. 32 - Semana Epidemiológica 43 (del 22 al 28 de octubre del 2023) [Internet]. Gob.pe. 2023 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202343\\_24\\_103342.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202343_24_103342.pdf)
  13. Instituto Nacional De Ciencias Neurológicas - Oficina de Estadística e Informática. “Boletín Estadístico De Las Actividades De Salud” Primer Semestre 2023 [Internet]. Gob.pe. 2023 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2023/09/BOLET%C3%8DN-ESTAD%C3%8DSTICO-I-Semestre-2023.pdf>
  14. Campos M, Heggie F, Opazo R, Rössner M, Sáez S. Estudio Sobre La

- Prevalencia De Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad En Las Regiones De Biobío Y Araucanía En Territorio Chileno [Internet]. [tesis para obtener el Título Profesional Licenciada en Educación] Chile: Universidad Católica De La Santísima Concepción; 2022 [Citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/3136/TESIS%20PREVALENCIA%20TDAH%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Romero F. "Prevalencia de TDAH en pacientes pediátricos de 6 años en la UMF 61 de Veracruz [Internet]. [Tesis para obtener el título de Posgrado en la Especialidad de Medicina Familiar] México: Universidad Veracruzana; 2021[Citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52294/MaganaRomeroFelix.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  16. Getinet A, Kalkidan Y, Mebratu A. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2020;19(21). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12991-020-00271-w>
  17. Danielson M, Bitsko R, Ghandour R, Holbrook J, Kogan M, Blumberg S. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.s. children and adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2018 ;47(2):199–212. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
  18. Rodríguez C, González I, Arroba L, Cabello L. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2017;19: 20–311. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19n76/1139-7632-pap-21-76-00311.pdf>
  19. Pineda S. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las escuelas de San Pedro Sula, 2016 [Internet]. [Tesis para obtener título de post-grado de pediatría] Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2016 [citado el 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS34/pdf/TMVS34.pdf>
  20. Huamán F. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de cinco años de EBR, San Juan de Lurigancho [ tesis para obtener el grado académico de: maestra en problemas de aprendizaje]. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2021 Disponible en:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/67846/Huaman\\_GFM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/67846/Huaman_GFM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

21. Regalado M. Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes de Medicina de La Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo Y Universidad De San Martín De Porres – Filial Norte en el Año 2015 [ Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad San Martín De Porres;2017. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2564/REGALADO\\_MA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2564/REGALADO_MA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Gallegos N. Factores de riesgo en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de 4 a 10 años en una institución educativa de Arequipa- 2013. Estudios de casos y controles. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Arequipa. Universidad Católica de Santa María; 2014. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/4871/70.1879.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Garcia L. Déficit de atención con o sin hiperactividad en alumnos del nivel primario de una institución educativa de ventanilla. [Tesis para optar el grado académico de maestro en educación en la mención aprendizaje y desarrollo humano]. Lima. Universidad San Ignacio de Loyola; 2012. Disponible: <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8c1853ef-1914-4f58-84bf-93f4a786ba6c/content>
24. Tirado B., Salirrosas C., Armas L., Asenjo C. Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú. Rev Neuropsiquiatr [Internet] 2013;75(3):77-84 [consultado el 05 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1225/1257>
25. Asociación Americana De Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5<sup>o</sup>), 5<sup>o</sup> Ed. Arlington, VA. Asociación de psiquiatría, 2014;1000 p. ISBN:978-84-9835-810-0
26. Organización panamericana de la salud, Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) ,1<sup>o</sup> vol ,2008;1164p. ISBN:92 75 31 554
27. Krull K., Chan E. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis UpToDate [Internet] 2023 [consultado

- 4 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?topicRef=623&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?topicRef=623&source=see_link)
28. Krull K., Chan E. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Overview of treatment and prognosis. UptoDate [Internet] 2023 [consultado 4 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-rognosis?topicRef=624&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-rognosis?topicRef=624&source=see_link)
29. Hernandez S., Fernandez c., Baptista P. Metodológica de la investigación, 6°ed. México. McGraw-Hill [Internet] 2014 [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
30. Baas M, Barceló M, Herrera F. Metodología de la investigación. 1°. ed. México: 2012. p 46
31. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. 2°. ed. Lima: San Marcos; 2013. P 98
32. Campos J, Alecha M, García J, Gamissans J, Santacana y. MF. Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Psicothema [Internet]. 2020 [citado el 8 de enero de 2024]; Vol 14(2):350–6. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/731.pdf>
33. Bravo S, Arias G, Piñones A, Jimenez V, Cortes O. Using the Conners Continuous Performance Test for differentiation of normal and ADHD Chilean children. Terapia Psicológica [Internet]. 2017 [citado el 5 de enero de 2024]; Vol 35 (13):283–91. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v35n3/0716-6184-terpsicol-35-03-0283.pdf>
34. Trujillo, N., Pineda D, Uribe L. Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I) Rev Neurol [Internet] 2012; 54(5):289-302 [consultado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: <https://sepeap.org/wp-content/uploads/2021/07/Validez-diagn-TDAH-I-rev-neurol2012.pdf>

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>TITULO: PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS EMBLEMÁTICAS DE HUAMANGA, 2025.</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>VARIABLE 1:</b></p> <p><b>Características epidemiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad del estudiante</li> <li>- Sexo del estudiante</li> <li>- Grado de estudio del estudiante</li> <li>- Procedencia del estudiante</li> <li>- Tipo de familia del estudiante</li> <li>- Grado de instrucción de los padres.</li> </ul> <p><b>VARIABLE 2:</b></p> <p><b>Formas clínicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inatento (déficit de atención)</li> <li>- Hiperactivo/impulsivo</li> <li>- Combinado</li> </ul>	<p>¿Cuál es el perfil clínico-epidemiológico por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga,2025?</p> <p><b>PE1:</b> ¿Cuál es el perfil epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes?</p> <p><b>PE2:</b> ¿Cuál es el perfil clínico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes?</p> <p><b>PE3:</b> ¿Cuáles son las diferencias del trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre las instituciones educativas emblemáticas?</p>	<p>Describir el perfil clínico-epidemiológico por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga,2025.</p> <p><b>OE1:</b> Identificar el perfil epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes</p> <p><b>OE2:</b> Describir el perfil clínico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes</p> <p><b>OE3:</b> Identificar las diferencias del trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre las instituciones educativas emblemática</p>	<p><b>Enfoque</b></p> <p>Cuantitativo</p> <p><b>Tipo y diseño de investigación</b></p> <p>Observacional descriptivo</p> <p><b>Población y muestra</b></p> <p>206 estudiantes del segundo al sexto grado que llevan cursos de preparación y recuperación del de la I.E.P “San Ramon” y “Nuestra Señora de las Mercedes”</p> <p><b>Tamaño de muestra</b></p> <p>147 estudiantes</p> <p><b>Técnica de recolección</b></p> <p>Entrevista</p> <p><b>Instrumento de recolección</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha de recolección de datos</li> <li>- Escala de Conners</li> <li>- Criterios del DSM IV</li> </ul> <p><b>Análisis e interpretación:</b></p> <p>La información se procesó por los programas estadísticos Software SPSS v30 y Exel for Windows para la elaboración de gráficos de frecuencia.</p>

## ANEXO N°2

### FICHA DE RECOLECCIÓN

**TITULO: PERFIL CLÍNICO -EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS EMBLEMÁTICAS DE HUAMANGA, 2025.**

Lea detenidamente y completa la ficha de recolección de datos, marque con (x) en el recuadro de acuerdo con la información.

<b>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (Llenado por padres)</b>			
<b>EDAD DEL ESTUDIANTE</b>	7 - 8 años	<b>SEXO DEL ESTUDIANTE</b>	Femenino
	9 - 10 años		
	11 - 12 años		Masculino
<b>PROCEDENCIA DEL ESTUDIANTE</b>	Rural	<b>GRADO DEL ESTUDIANTE</b>	Segundo
			Tercero
			Cuarto
	Urbano		Quinto
			Sexto
<b>TIPO DE FAMILIA DEL ESTUDIANTE</b>	Nuclear	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DEL ESTUDIANTE</b>	Sin estudio <b>(M)</b> <b>(P)</b>
			Primaria <b>(M)</b> <b>(P)</b>
	Extensa		Secundaria <b>(M)</b> <b>(P)</b>
	Compuesta		Superior completa <b>(M)</b> <b>(P)</b>
	Monoparental		Superior incompleta <b>(M)</b> <b>(P)</b>
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (Llenado por investigador)</b>			
<b>SUBTIPOS</b>	Déficit de atención		
	Hiperactivo/impulsivo		
	Combinado		
	Ninguno		

### ANEXO N°3

#### CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PADRES FORMA ABREVIADA

(C.C.I;Parents Questionnaire,C.Keith Conners)

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo/a, irritable				
2. Es llorón/a				
3. Es más movido/a de lo normal				
4. No puede estarse quieto/a				
5. Es destructor/a (ropas, juguetes, otros objetos)				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
10. Suele molestar frecuentemente a otros/as niños/as				
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>				

***Criterios de sospecha:***

*Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:*

**NADA=0 PUNTOS // POCO = 1 PUNTO // BASTANTE = 2 PUNTOS // MUCHO = 3 PUNTOS**

*Para obtener el índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.*

***Puntuación:***

***Para los NIÑOS entre los 6-11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.***

***Para las NIÑAS entre los 6-11 años: una puntuación >12 significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.***

## ANEXO N°4

### ESCALA DSM- IV para TDAH (ADHD-Rating scale)

*Tomado del Protocolo de Evaluación del TDAH del Servicio de Neuropediatría del Hospital Txagorritxu.*

<b>FECHA</b>	<b>H.C. No.</b>
<b>NOMBRE</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>EDAD:</b>
<b>COLEGIO</b>	<b>GRADO:</b>
<b>FICHA LLENADA POR RELACIÓN CON EL PACIENTE:</b>	<b>No. alumnos</b>

<b>A. CRITERIOS DE INATENCIÓN</b>	<b>No</b>	<b>A veces</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Constante</b>
<b>Puntuación asignada</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. No presta atención suficiente a los detalles, o tiene errores por descuido en tareas escolares u otras actividades				
2. Tiene dificultad para mantener atención en tareas o juegos				
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente				
4. No sigue instrucciones, no finaliza tareas escolares, encargos, obligaciones.				
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades				
6. Evita o es reticente a tareas que exigen esfuerzo mental sostenido				
7. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades				
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes				
9. Es descuidado en las actividades diarias				
<b>PUNTUACIÓN</b>				
<b>B1. CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD</b>	<b>No</b>	<b>A veces</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Constante</b>
<b>Puntuación asignada</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. Mueve excesivamente manos o pies o se remueve en el asiento				
2. Abandona su asiento en clase o cuando debe estar sentado				
3. Corre o salta excesivamente cuando es inapropiado hacerlo				
4. Dificultad para jugar o dedicarse a actividades de ocio tranquilamente				
5. Está siempre "en marcha" como si tuviera un motor				
6. Habla en exceso				
<b>PUNTUACIÓN</b>				
<b>B2. CRITERIOS DE IMPULSIVIDAD</b>	<b>No</b>	<b>A veces</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Constante</b>
<b>Puntuación asignada</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
7. Precipita respuestas sin que se haya completado la pregunta				
8. Tiene dificultades para guardar su turno				
9. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros				
<b>PUNTUACIÓN</b>				

Interpretación:

- Si cumple 6-9/9 criterios en Inatención y 6-9/9 en H+I, el diagnóstico sería TDAH subtipo combinado.
- Si cumple 6-9/9 Inatención y 0-5/9 en H+I, sería TDAH de predominio Inatento
- Si cumple 0-5/9 en Inatención y 6-9/9 en H+I, sería TDAH de predominio Hiperactivo-Impulsivo.

## ANEXO N° 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente se solicita su autorización para la participación en el proyecto de investigación titulado “Perfil clínico epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025”, cuyos investigadores responsables son: García Najarro Luz Milagros y Huincho Escalante Liseth Yanina egresadas de la E.F.P. Medicina Humana perteneciente a la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

Dicho proyecto tiene como objetivo describir las características clínicas epidemiológicas del TDH en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas. En función a lo anterior, es pertinente la participación de su persona en el estudio para brindar información médica acerca de su hijo (a). Si usted acepta, se le pedirá responder a algunas preguntas sobre el comportamiento y las dificultades de su hijo (a) relacionadas con el TDAH. La entrevista o encuesta durará aproximadamente de 5 a 10 minutos.

Toda la información será confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación. No existen riesgos significativos, su participación no afectará el trato que su hijo(a) recibe en ningún aspecto.

La investigación contribuirá al entendimiento del TDAH y la repercusión en el ámbito académico si estuviese presente. La participación es completamente voluntaria, usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin consecuencias negativas.

Al firmar este documento usted autoriza la participación de su hijo(a) en el estudio.

Yo \_\_\_\_\_, apoderado (a) de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ grado del nivel primario de la I.E.P. “\_\_\_\_\_”, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en el proyecto de tesis “Perfil clínico epidemiológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025”

He sido informado (a) de los objetivos, alcances y resultados esperados de este estudio, de las características de su participación. Reconozco que la información que se prevea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y anónima.

Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio.

He sido informado (a) de que se puede hacer preguntas del proyecto en cualquier momento y que es posible retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin consecuencias negativas.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregado y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactarme a las investigadoras responsables del proyecto al correo electrónico [luz.garcia.29@unsch.edu.pe](mailto:luz.garcia.29@unsch.edu.pe) o [liseth.huincho.29@unsch.edu.pe](mailto:liseth.huincho.29@unsch.edu.pe) o al teléfono 961 653 587 o al 948 204 918.

**Nombre del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

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

**Nombre y firma del investigador:** \_\_\_\_\_

## ANEXO N°6

Carta de aceptación de asesoría:

### UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

Facultad de ciencias de la Salud

Escuela de Medicina Humana

#### ANEXO: CARTA DE ACEPTACION DE ASESORIA DE TESIS

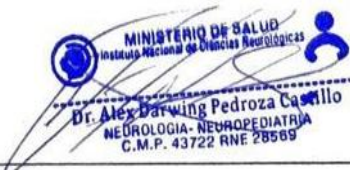

Nombre de proyecto de tesis

"PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE AYACUCHO, 2024."

Nombre de Tesistas :

1	Luz Milagros García Najarro
2	Liseth Yanina Huincho Escalante

Valga por la presente, aceptar el rol de ASESOR , para lo cual dejo constancia del rol que cumpliré en brindar la asistencia profesional al (los) tesista (s), así como el requerimiento de forma parte de la autoría , al momento de ser publicada la investigación.

Nombres y Apellidos	Alex Darwin PEDROZA CASTILLO
DNI	21568842
Filiación Académica	Docente Escuela Académica de Medicina Humana
Filiación laboral	Hospital Regional de Ayacucho
Firma	 

Ayacucho, 14 de enero del 2024

## ANEXO N°7

Carta de aceptación para ejecución del proyecto en la I.E.P Nuestra Señora de las Mercedes y la I.E.P. San Ramón



INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA  
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES  
NIVEL DE EDUCACION PRIMARIA - AYACUCHO



### CARTA DE ACEPTACIÓN

Ayacucho, 23 de enero de 2025.

**Señores:**

GARCIA NAJARRO LUZ MILAGROS

HUINCHO ESCALANTE LISETH YANINA

**Presente. -**

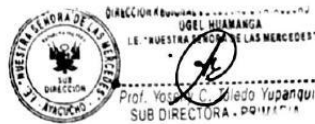
**ASUNTO:** Aceptación y Autorización para la aplicación de instrumento y recojo de información.

**REFERENCIA:** Expediente N° 298 de fecha, 15 de enero del 2025.

Por el presente es grato dirigirme a Usted y, en atención al documento de la referencia, comunicarles que se **AUTORIZA** la aplicación de los instrumentos para el recojo de información del trabajo de investigación denominado **“PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DEL TRANSTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE AYACUCHO, 2025”**, dando a conocer sobre lo actuado al finalizar dicho trabajo.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,





INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA EMBLEMÁTICA "SAN RAMÓN"  
v. Alameda Valdelirios N° 754- Ayacucho  
UGEL Huamanga - Teléfono: 28 5277  
Email: [colegioemblematico@sanramon.edu.pe](mailto:colegioemblematico@sanramon.edu.pe)  
Pag. web: [www.sanramon.edu.pe](http://www.sanramon.edu.pe) - Código Modular : 0592725

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

El Sub director de la Institución Educativa Pública Emblemática "San Ramón" de Ayacucho, que suscribe;

### **AUTORIZA:**

A las estudiantes egresadas de la Escuela de formación Profesional de Medicina Humana de la UNSCH, se les AUTORIZA, la recolección de encuesta a los padres de Familia del nivel primaria de la Institución Educativa Pública Emblemática "San Ramón" de Ayacucho los días Lunes, miércoles 29 y viernes 31 de enero del 2025, a partir de las 8:00 a.m., a 12:00 pm en los Grados de 2° a 6° del programa de Nivelación y Recuperación académica a los estudiantes autorizados son:

- GARCIA NAJARRO, Luz Milagros DNI 73947469
- HUINCHO ESCALANTE, Lisbeth Yanina DNI 72178991

Se expide la presente, a solicitud de las interesadas.

Ayacucho, 29 de enero del 2025.



c.c. Arch.  
SAEP/SDP "SR"  
ymrp ofic.

Pag. Web: [www.sanramon.edu.pe](http://www.sanramon.edu.pe) Email: [colegioemblematico@sanramon.edu.pe](mailto:colegioemblematico@sanramon.edu.pe)

## ANEXO N°8

Fotos de la ejecución de la investigación

**Foto 1:** Explicación y entrega de consentimiento informado para los padres de familia.



**Foto 2:** Entrega y llenado del cuestionario a los padres de familia.



**Foto 3:** Explicación del tema de investigación y la importancia de la detección temprana del TDAH a los padres de familia.



**Foto 4:** Entrega, llenado y recolección de los consentimientos informados y del cuestionario.



## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RD. N° 415-2025-UNSCH-FCSA-D

**BACHILLERES:** Luz Milagros GARCIA NAJARRO y Liseth Yanina HUINCHO ESCALANTE

En la ciudad de Ayacucho siendo las 15:00 horas de la tarde del día nueve de junio del dos mil veinticinco, se reunieron en el Auditorio de la Escuela Profesional de enfermería, los docentes miembros del jurado evaluador de sustentación, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **Perfil clínico-epidemiológico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025**, presentado por las Bachilleres Luz Milagros GARCIA NAJARRO y Liseth Yanina HUINCHO ESCALANTE; para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Los miembros del Jurado de sustentación conformado por:

Presidente: Prof. Jorge Alberto Rodríguez Rivas (encargado por el Decano)

Miembros: Prof. Juan Gualberto Rondinelli Zaga

Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní

Prof. Marilú Francisca Obando Corzo

Asesor : Prof. Alex Darwing Pedroza Castillo

Secretario docente: Prof. Geovana Huamaní Andrade

Con el quorum de reglamento se dio inicio la sustentación de tesis, el presidente de la comisión pide al secretario docente dar lectura a los documentos presentados por el recurrentes, y da algunas indicaciones a los sustentate.

Dio inicio a la exposición la Bachiller Luz Milagros GARCIA NAJARRO, luego la bachiller Liseth Yanina HUINCHO ESCALANTE; y una vez concluida la exposición, el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, quienes hicieron las preguntas, observaciones y aclaraciones correspondientes.

El presidente invita a los sustentantes a abandonar el auditorio para que puedan proceder con calificación.

### RESULTADO DE LA EVALUACION FINAL

Bachilleres: Luz Milagros GARCIA NAJARRO y Liseth Yanina HUINCHO ESCALANTE

NOMBRE DE JURADOS	Nota de Tex.		Nota de Exposición.		Nota de respuesta a preguntas		Promedio	
	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2
JUAN GUALBERTO RONDINELLI ZAGA	18	17	18	17	18	17	18	17
ROBIN EDGARDO YKEHARA HUAMANÍ	17	17	17	17	17	17	17	17
MARILÚ FRANCISCA OBANDO CORZO	17	17	17	17	16	16	17	17
<b>Promedio Final</b>							17	17

De la evaluación realizada por los miembros de jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a la Bachiller: Luz Milagros GARCIA NAJARRO y Liseth Yanina HUINCHO ESCALANTE, quienes obtuvieron la nota de diecisiete (17) y diecisiete (17), respectivamente para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente.

Siendo las dieciséis horas y 20 de la tarde, se da por concluido.



---

Jorge Alberto RODRIGUEZ RIVAS  
PRESIDENTE



---

Prof. Juan Gualberto Rondinelli Zaga  
MIEMBRO



---

Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní  
MIEMBRO



---

Prof. Marilú Francisca Obando Corzo  
MIEMBRO



---

Prof. Geovana Huamaní Andrade  
SECRETARIO DOCENTE



### CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

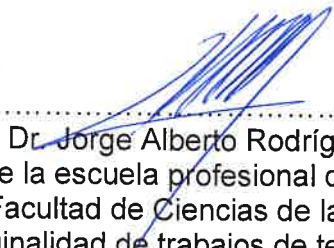
El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N°171-2023-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y el RESOLUCIÓN DECANAL N.º 720-2023-UNSCH-FCSA /D, deja constancia que:

- Apellidos y Nombres de la tesista : **GARCIA NAJARRO, Luz Milagros**  
**HUINCHO ESCALANTE, Liseth Yanina**
- Escuela Profesional : **Medicina Humana**
- Título de la Tesis : **Perfil clínico- epidemiológico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025.**
- Evaluación de la originalidad: 8% de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, **es procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 23 de mayo de 2025



  
.....  
Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas  
Director de la escuela profesional de Medicina Humana  
Facultad de Ciencias de la Salud  
(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

# Perfil clínico-epidemiológico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga,2025.

por Luz Milagros GARCIA NAJARRO Liseth Yanina HUINCHO ESCALANTE

---

**Fecha de entrega:** 22-may-2025 09:14p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2682656849

**Nombre del archivo:** Perfil\_clínico-  
epidemiológico\_del\_Trastorno\_por\_déficit\_de\_atención\_e\_hiperactividad\_en\_los\_estudiantes\_de\_las\_instituciones\_educativas\_emblemáticas\_de\_Huamanga\_2025.pdf  
(4.71M)

**Total de palabras:** 13532

**Total de caracteres:** 73253

# Perfil clínico-epidemiológico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de las instituciones educativas emblemáticas de Huamanga, 2025.

## INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unsch.edu.pe">repositorio.unsch.edu.pe</a>	1%
Fuente de Internet		
2	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a>	1%
Fuente de Internet		
3	<a href="https://repositorio.unsaac.edu.pe">repositorio.unsaac.edu.pe</a>	1%
Fuente de Internet		
4	<a href="https://repositorio.puce.edu.ec">repositorio.puce.edu.ec</a>	1%
Fuente de Internet		
5	<a href="https://bdigital.unal.edu.co">bdigital.unal.edu.co</a>	1%
Fuente de Internet		
6	<a href="https://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a>	<1%
Fuente de Internet		
7	<a href="https://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a>	<1%
Fuente de Internet		
8	<a href="https://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a>	<1%
Fuente de Internet		

9	<a href="http://ruidera.uclm.es">ruidera.uclm.es</a> Fuente de Internet	<1 %
10	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
11	<a href="http://up-rid.up.ac.pa">up-rid.up.ac.pa</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="http://repositorio.umch.edu.pe">repositorio.umch.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://repositorio.unphu.edu.do">repositorio.unphu.edu.do</a> Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	<1 %
15	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://link.springer.com">link.springer.com</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://documentop.com">documentop.com</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://repositorio.uisek.edu.ec">repositorio.uisek.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

Submitted to uroosevelt

20

Trabajo del estudiante

<1 %

---

21

idoc.pub

Fuente de Internet

<1 %

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo