



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA EN UN DISTRITO DE LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación: Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Martínez Reyes, Andrea Odalys

Asesora:

Franco Guanilo, Roxana Lorena
(ORCID: 0000-0002-2427-380X)

Jurado:

Becerra Flores, Sara Nilda
Rivadeneira De La Torre, Elvira
Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Lima - Perú

2024



PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA EN UN DISTRITO DE LIMA METROPOLITANA

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	2%
2	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	1%
7	dialnet.unirioja.es Fuente de Internet	1%
8	es.scribd.com Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
**PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA EN UN DISTRITO DE
LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Evaluación Psicológica y Psicométrica

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica

Autora:

Martínez Reyes, Andrea Odalys

Asesora:

Franco Guanilo, Roxana

ORCID: 0000-0002-2427-380X

Jurado:

Becerra Flores, Sara Nilda

Rivadeneira De La Torre, Elvira

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Lima- Perú

2024

Pensamiento

“No padeces lo que la etiqueta señala, sino la etiquetación”

María Xesús Froxán

“Todos somos genios, pero, si juzgamos a un pez
por su habilidad para escalar un árbol,
pasaremos la vida pensando que es estúpido”

Albert Einstein

Dedicatoria

A mis padres, a mis hermanos, a mis amigas

Y a todos los niños y niñas que he conocido y conoceré

a lo largo de esta hermosa carrera.

Agradecimiento

A mi alma mater la Universidad Nacional Federico Villarreal, por abrirme las puertas y expandir mi conocimiento, a la Facultad de Psicología, por la oportunidad de construirme como profesional en psicología clínica. A mis profesores por sus enseñanzas a lo largo de la carrera. A la Mg. Roxana Franco por su tiempo y asesoría en la revisión de esta tesis y al Dr. Jose Livia por su paciencia y apoyo constante durante esta investigación. A los niños, niñas, profesores y padres de familia que dedicaron su tiempo y por su contribución para lograr este trabajo.

A mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos por siempre sacarme risas, a mis amigas del colegio y universidad por todos los hermosos momentos durante estos años, a la música de BTS y Taylor Swift por acompañarme en este trayecto y a mí misma, gracias por lograrlo.

ÍNDICE

Pensamiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
1.1 Descripción y formulación del problema.....	14
1.2 Antecedentes	18
1.2.1 Internacionales	18
1.2.2 Nacionales.....	21
1.3 Objetivos.....	23
1.3.1 Objetivo general:.....	23
1.3.2 Objetivo específico:	23
1.4 Justificación	24
1.5 Hipótesis	25
II. MARCO TEÓRICO.....	26
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	26
2.1.1 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	26

2.1.2	Etiología del TDAH.....	59
2.1.3	Evolución del TDAH.....	67
2.1.4	Factores asociados al TDAH.....	72
2.1.5	Prevalencia.....	74
III.	MÉTODO.....	76
3.1	Tipo de Investigación.....	76
3.2	Ámbito temporal y espacial.....	76
3.3	Variables.....	76
3.3.1	Matriz de operacionalización de la variables.....	77
3.4	Población y muestra.....	80
3.5	Instrumentos.....	81
3.6	Procedimientos.....	82
3.7	Análisis de datos.....	83
3.8	Consideraciones éticas.....	84
IV.	RESULTADOS.....	85
4.1	Aspectos psicométricos de la Escala de Déficit de Atención e Hiperactividad	85
	85	
4.1.1	Validez.....	85
4.1.2	Fiabilidad.....	89
4.2	Prevalencia del TDAH en estudiantes de primaria en un distrito de Lima..	91
4.3	Características del TDAH acorde a datos sociodemográficos en estudiantes	
	de primaria en un distrito de Lima.....	91

4.4	Prevalencia del TDAH acorde a subtipos en estudiantes de primaria en un distrito de Lima.....	92
4.5	Características del TDAH acorde a subtipos y datos sociodemográficos en estudiantes de primaria en un distrito de Lima.	92
4.6	Prevalencia y características del Trastorno de conducta y comorbilidad del TDAH con Trastorno de conducta en estudiantes de primaria en un distrito de Lima.....	93
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	96
VI.	CONCLUSIONES.....	100
VII.	RECOMENDACIONES.....	101
VIII.	REFERENCIAS.....	102
IX.	ANEXOS.....	116

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Diagnóstico del TDAH acorde a los Manuales Diagnósticos a través de los años ...	30
Tabla 2 Diferencias entre el CIE-10 y DSM-5 respecto al TDAH	36
Tabla 3 Criterios para el diagnóstico del TDAH una comparación entre el DSM IV-TR, DSM 5 y el y el DSM-5-TR	42
Tabla 4 Criterios para el diagnóstico del TDAH una comparación entre el CIE 10 y el CIE 11	50
Tabla 5 Elementos del modelo de autorregulación de Barkley	62
Tabla 6 Seis áreas de afectación del TDAH según Brown	65
Tabla 7 Operacionalización de las variables	78
Tabla 8 Distribución respecto al grado que cursa el menor acorde a los datos proporcionados por el apoderado.....	80
Tabla 9 Correlación ítems test del EDAH en el factor Hiperactividad en estudiantes de primaria	85
Tabla 10 Correlación ítems test del EDAH en el factor Déficit de Atención en estudiantes de primaria	86
Tabla 11 Correlación ítems test del EDAH en el factor TDAH en estudiantes de primaria ..	86
Tabla 12 Correlación ítems test del EDAH en el factor Trastornos de la conducta en estudiantes de primaria	87
Tabla 13 Análisis de ítems por índice de discriminación en grupos extremos	87
Tabla 14 Fiabilidad del instrumento EDAH	89
Tabla 15 Fiabilidad por ítems del instrumento EDAH	90
Tabla 16 Prevalencia del TDAH.....	91
Tabla 17 Prevalencia del TDAH acorde a los subtipos	92
Tabla 18 Datos sociodemográficos acorde a los subtipos de TDAH.....	93

Tabla 19 Prevalencia del Trastorno de la conducta y comorbilidad del TDAH con Trastorno de la conducta94

Tabla 20 Datos sociodemográficos respecto al Trastorno de la conducta y comorbilidad del TDAH con Trastorno de la conducta94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Etapas para la definición y conceptualización del TDAH a partir del siglo XX.....	26
Figura 2 Comorbilidades del TDAH en niños, adolescentes y adultos.	55
Figura 3 Genes estudiados en la heredabilidad del TDAH.....	60
Figura 4 Funciones ejecutivas acorde al Modelo de Barkley: inhibición conductual y autorregulación.	64
Figura 5 Curso evolutivo del TDAH.	67
Figura 6 Distribución respecto al sexo del menor acorde a los datos proporcionados por el apoderado.....	81

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es un trastorno del desarrollo neurológico cuyo diagnóstico ha ido en alza desde los años 70' y su prevalencia ha sido variable a lo largo del tiempo debido a varios factores. En esta investigación se tuvo por objetivo determinar la prevalencia del TDAH en estudiantes de primaria en un distrito de Lima. La investigación fue de tipo no experimental. El muestreo fue censal conformado por 134 apoderados, cuyos hijos fueron estudiantes de primaria entre los 6 a 12 años, siendo 57% hombres y 43% mujeres. El instrumento utilizado fue la Escala del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) de Farré y Narbona. Obteniendo como resultado, la prevalencia de TDAH fue del 25.3% en estudiantes de primaria en un distrito de Lima, siendo en mayor porcentaje varones con edades entre los 6 a 9 años que cursaban el 4° al 6° grado. Acorde a los subtipos de TDAH se obtuvo prevalencias de TDAH-H con 5.22% y TDAH-DA con 3.73% al igual que la prevalencia del TDAH-C. Finalmente, respecto al trastorno de conducta la prevalencia fue del 3.70% y la comorbilidad de TDAH con Trastorno de la conducta, fue de 12.68%. Los resultados se muestran acorde a otras investigaciones en el medio latinoamericano y respecto al contexto de pandemia por COVID-19.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, prevalencia, escolares, epidemiología.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder whose diagnosis has been on the rise since the 1970s, and its prevalence has varied over time due to several factors. This research aimed to determine the prevalence of ADHD in primary school students in a district of Lima. The research was non-experimental. The sampling was census made up of 134 parents, whose children are primary school students between 6 and 12 years old, with 57% men and 43% women. The instrument used was the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale (ADHD) by Farré and Narbona. The result obtained was that the prevalence of ADHD was 25.3% in primary school students in a district of Lima, with a higher percentage of boys aged 6 to 9 years attending 4th to 6th grade. According to ADHD subtypes, prevalences of ADHD-H were 5.22% and ADHD-PI were 3.73%, similar to the prevalence of ADHD-C. Finally, regarding conduct disorder, the prevalence was 3.70%, and the comorbidity of ADHD with conduct disorder was 12.68%. The results are consistent with another research in the Latin American region and with the context of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, prevalence, schoolchildren, epidemiology.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca saber la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana. Es en la niñez y preadolescencia donde se manifiestan los tres síntomas cardinales del TDAH: hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, junto a los distintos impactos que ocurren, acorde al grupo etario, tales como, dificultad para integrarse al grupo de pares, fracaso escolar, baja autoestima, etc.

El TDAH está clasificado dentro de los Trastornos del desarrollo neurológico que va a interferir en la vida diaria del paciente que lo posee, debe presentar un patrón persistente de inatención, hiperactividad o impulsividad, presente en dos o más contextos apareciendo ante de los 12 años (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). En cambio, para el CIE-10, el TDAH es llamado Trastorno hipercinético y está clasificado dentro de los Trastornos del comportamiento y de las emociones, con síntomas de hiperactividad, impulsividad, inatención y problemas de conducta siendo la edad de inicio antes de los 5 años y es clínicamente significativo (OMS, 1992). Si bien, hoy en día, acorde a los manuales diagnósticos actuales se nota cierta homogeneidad entre las descripciones del TDAH, sigue habiendo puntos de diferencia.

Referente a las prevalencias, éstas han sido variables acordes a diversos factores como el aspecto geográfico, el sexo, la edad, el desarrollo durante el embarazo o problemas que puedan surgir durante esta etapa, el estrato socioeconómico, el informante, entre otros, que puedan ocasionar dicha variabilidad, esto ha llevado a que surjan diversas críticas hacia este diagnóstico, por lo que conocer la prevalencia actual del TDAH en nuestro medio es importante, ya que se puede contribuir junto a la Ley N.º30956 en la toma de decisiones en cuanto a políticas de salud pública, así como también poder informar a la población con

campañas enfocadas a padres de familia, psicólogos, educadores y personal enfocado en el trabajo con niños, niñas y adolescentes.

El presente estudio está dividido en siete secciones:

En la Sección I se presenta el problema, los antecedentes siendo nacionales e internacionales, objetivos, justificación de la investigación e hipótesis.

En la sección II se presenta el marco teórico donde se describe las bases teóricas del TDAH, historia, definición, descripción clínica, comorbilidades, subtipos del TDAH, etiología, evolución del TDAH y factores asociados al TDAH, así como también, la definición de prevalencia y estudios de prevalencia.

En la Sección III se encuentra el método, diseño y tipo de investigación, variables, población y muestra, instrumento, procedimiento, análisis de datos y consideraciones éticas.

En la sección IV se encuentran los resultados de la investigación.

En la sección V se expone la discusión, donde se comparan los resultados de esta investigación en conjunto con la de otros autores.

En la sección VI se presenta las conclusiones de la investigación.

En la sección VII están las recomendaciones.

Finalmente, se encuentran las referencias y anexos de la investigación.

1.1 Descripción y formulación del problema

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5], es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un continuo déficit de atención y/o hiperactividad-

impulsividad, siendo desadaptativo para el paciente, presentándose antes de los 12 años e interfiriendo en sus actividades diarias (APA, 2013).

A inicio de los años setenta, los psicólogos clínicos infantiles han recibido en sus consultas, cada vez más, un número mayor de posibles diagnósticos de TDAH (Mas, 2009), siendo uno de los diagnósticos más frecuente entre niños y adolescente, afectando entre el 5-7% en edad escolar. (Parker y Corkum, 2016)

Hoy en día, la frecuencia de este trastorno sigue generando debates debido a la variabilidad de su prevalencia tanto a nivel mundial como por países; entidades como La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) ha hallado prevalencias del TDAH en un 5.3% - 8% en población infantil internacional, la APA (2013) acorde al DSM-5 menciona la existencia de una prevalencia del 5% en niños y niñas en la mayoría de las culturas; por otro lado los estudios de metaanálisis acerca de la prevalencia del TDAH, realizadas en Estados Unidos, por autores como Polanczyk (2007) y Thomas et al. (2015) arrojan resultados variables, siendo en el primer caso la afectación del 5% de la población escolar y en el segundo caso se estimó una prevalencia de 7.2%.

A escala mundial, se han encontrado estudios con una gran diferencia en prevalencias, entre los estudios con altas tasas se encuentra la investigación de Willcutt (2012) realizado en Estados Unidos donde se han observado resultados de hasta 17%. Asimismo, Visser et al. (2014), informó un incremento de prevalencia de TDAH entre los años 2003 y 2011; en Israel se encontraron resultados similares donde se evidenció un incremento de prevalencia de TDAH entre los años 2005 y 2011, pero una decremento entre los años 2011 a 2014 (Davidovitch et al., 2017). En Europa, la Unión Europea se ha encontrado 1 caso de TDAH por cada 11 niños entre las edades de 5 a 17 años encontrando prevalencias entre el 5% y el 10% (Téllez-Villagra et al., 2011); en Alemania se hallaron datos del 17.8%; en España se encuentran prevalencia

que oscilan entre el 4,7% y el 6,6% (Catalá-López et al., 2012), otros autores encuentran prevalencias distintas dependiendo del lugar: 4.7% en Mallorca (Cardo et al., 2007) y 6.6% en Castilla León (Rodríguez et al., 2009). Asimismo, se han encontrado tasas menores que oscilan entre el 1.2% y 4.6% de prevalencia en España (Serrano-Troncoso et al., 2013).

En el caso de Latinoamérica, el TDAH es considerado un problema de salud pública que impacta a 36 millones de personas (Barragán, 2007), en Brasil, se encuentra una prevalencia del 3 al 18% (Guardiola et al., 2000), en Colombia, las cifras oscilan entre el 12% y 20% (Pineda et al., 1999) y 15% en niños (Llanos et al., 2019), en Chile, se halló prevalencias del 10.3% (De la Barra et al., 2012) y del 10% en niños y adolescentes cuyas edades estaban comprendidas entre los 4 y 18 años (Rodillo, 2015).

En Perú, acorde a las regiones, se encontraron prevalencia de 8% (Jara, 2009) y 9.74% (Tirado-Hurtado et al., 2012) en Trujillo, en Arequipa, la incidencia fue de 33.21% en estudiantes de colegios públicos (Gallegos, 2014), en la capital, Lima, Anicama et al. (1999), halló el 23% de prevalencias del TDAH, acorde al Instituto Nacional de Salud Mental (2007), se encontró una prevalencia, acorde a los criterios del CIE- 10, del 9.5% en niños de 6 a 10 años y un 3.3% en casos de 11 a 18 años y Livia et al. (2012), encontró 16.5% de prevalencia en este trastorno. En cuanto a estudios más recientes en el 2015 el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas estimó una frecuencia de 4.8% de consultas externas de los departamentos de Neuropediatría y Neurología de la Conducta (Velarde et al., 2017) y Balbuena (2017), obtuvo resultados de 18.3% de prevalencia en niños.

Cabe aclarar, que la variabilidad no se debe únicamente al aspecto geográfico, aspectos como; la cultura (Montiel-Navarra y Peña, 2001), el sexo (Macià, 2005), la edad (Pineda et al., 2001), complicaciones durante el embarazo y/o parto (Amor et al., 2005), el consumo de drogas legales o ilegales durante el embarazo (Biederman, 2004), la persona que brinda la información

para el diagnóstico pudiendo ser padres y docentes (Leung et al., 1996) o el mismo paciente (DuPaul et al., 2001), la gestión educativa (Diez, 2020) y el estrato socioeconómico (Pineda et al., 2001) son algunos de los factores que influyen en la variabilidad de la prevalencia del TDAH.

Dicha variabilidad ha generado críticas hacia el diagnóstico de este trastorno (Rodríguez et al., 2017), por ejemplo, se señala que hay estudios donde se observan tasas similares entre diferentes regiones geográficas (Polanczyk et al., 2014), en otros estudios se evidencian tasa más altas, hablando de un sobrediagnóstico (Batstra et al., 2012; Gatica-Ferrero, 2020) y en su contraste se hallaron investigaciones con tasas bajas, llegando a ser denominadas como un infra diagnóstico (Cuffe et al., 2005; Gatica-Ferrero, 2020).

Como se mencionó el TDAH es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por un persistente déficit de atención y/o hiperactividad- impulsividad, siendo su origen multicausal abarcando aspectos biológicos, etiológicos, genéticos, ambientales y psicosociales (Rusca-Jordán y Cortez- Vergara, 2020), acarreando una afectación clínicamente significativa en las esferas del desarrollo cognitivo, escolar y social del paciente. Si bien no hay datos exactos sobre su prevalencia, como ya se ha descrito, se estima que las cifras oscilan entre el 2% y 12% en infantes (Huang et al., 2015) por ello se realiza la siguiente pregunta de investigación :

¿Cuál será la prevalencia del TDAH en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

Pineda et al. (2001), se propuso hallar la prevalencia del TDA en una comunidad colombiana a través de un estudio clínico. La muestra se conformó por 341 niños y adolescentes entre los 4 y 17 años, que fueron divididos en dos estratos socioeconómicos: alto y bajo. El diagnóstico de TDA se confirmó mediante entrevistas neurológicas y psiquiátricas semiestructuradas, así como la revisión de historias clínicas. Los resultados revelaron una prevalencia del 17,1%. La distribución acorde a subtipos fue: 9.4% tipo combinado, 6.7% tipo inatento y 1% tipo hiperactivo-impulsivo. Se observó una prevalencia significativamente mayor en niño con 21.8% que en niñas con 10.9% además, se encontró que el tipo combinado era más frecuente en niños, mientras que en el tipo inatento predomina en niñas. La prevalencia fue más alta en el estrato socioeconómico bajo. En cuanto a la edad, la prevalencia fue baja en preescolares (6.22%), en comparación con escolares de 6 a 11 años (22,6%) o de 12 a 17 años (21.6%). Estos hallazgos confirman que la prevalencia del TDA en Colombia es tan elevada como la reportada utilizando cuestionarios breves.

Cornejo-Escatell et al. (2015) su objetivo fue describir la prevalencia del TDAH y comorbilidades existentes con este diagnóstico, en niños de primaria de México. El estudio fue descriptivo y transversal, siendo la población escuelas seleccionadas al azar de una zona urbana. El instrumento empleado fue el Cuestionario de Conners adaptado a Latinoamérica. Entre sus resultados se obtuvo que los alumnos positivos a este trastorno pasaron por una consulta neurológica, donde se realizó una valoración completa, incluyendo deficiencias motoras finas, trastornos del lenguaje, historial de epilepsia, depresión y ansiedad. Se hallaron 786 casos positivos siendo su prevalencia 9.11% difiriendo de los resultado hallados en el DSM-IV. Acorde a los subtipos de TDAH las prevalencias fueron: inatento 25%, hiperactivo 15% y mixto 60%, mientras que acorde al sexo los varones presentaron la mayoría de los casos.

Wang et al. (2017) desarrolló un estudio de meta – análisis en China cuyo objetivo fue estimar la incidencia combinada de TDAH en niños y adolescentes en China utilizando una revisión de metaanálisis. Se inició con un búsqueda bibliográfica sistemática en PubMed, Web of Science, MEDLINE, CNKI, Wanfang, Weipu y bases de datos CBM, y artículos relevantes publicados desde el inicio hasta el 1 de marzo de 2016, que proporcionaron la prevalencia de TDAH entre niños y adolescentes en China. Fueron sesenta y siete estudios con un total de 275 502 personas incluidas. La prevalencia agrupada general del TDAH entre niños y adolescentes en China fue del 6,26 % (IC del 95 %: 5,36–7,22 %) con una heterogeneidad significativa ($I^2 = 99,0\%$, $P < 0,001$). Los análisis de subgrupos mostraron que las variables “ubicación geográfica” y “fuente de información” explicó parcialmente la heterogeneidad en este estudio ($P < 0.05$). La prevalencia del subtipo TDAH-I fue la el más alto de los subtipos, seguido por TDAH-HI y TDAH-C. La prevalencia del TDAH infantil en China es generalmente consistente con la prevalencia mundial y manifiesta que el TDAH afecta a un significativo número de personas menores de 18 años. Sin embargo, se necesita un estudio a nivel nacional para proporcionar estimaciones más precisas.

Llanos et al. (2019) realizó en Colombia una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del TDAH. El estudio fue de naturaleza cuantitativa, prospectiva y transversal, centrándose en niños de 6 a 17. La muestra incluyó a 383 participantes y se utilizaron instrumentos psicométricos (Checklist y BASC) para su evaluación. Aquellos participantes que mostraron puntajes sugestivos de alguna alteración fueron convocados a una evaluación más detallada mediante una entrevista estructurada (MINI). Los resultados revelaron que 178 sujetos presentaban algún tipo de alteración de los cuales 59 recibieron el diagnóstico de TDAH. La mayoría de los casos se encontraron en varones, y la prevalencia acorde a subtipos fue de 7.3% para el subtipo combinado, 5% para el inatento y 3.1% para el hiperactivo. En general, el 23% de los evaluados mostraron algún trastorno neuropsiquiátrico, y se observó una

asociación estadísticamente significativa entre el subtipo inatento y la agorafobia, así como los episodios depresivos, entre el subtipo hiperactivo y el riesgo de suicidio con el subtipo combinado. Por lo que la prevalencia hallada se asemeja a otras observadas en el país. Estos hallazgos sugieren que la etiología del TDAH puede ser multifactorial y no está influenciada significativamente por factores psicosociales.

Sharma et al. (2020) en el Norte de la India realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar la prevalencia de TDAH en niños entre las edades de 6 a 12 años en escuelas públicas de una zona rural en el distrito de Jammu de J y K. La población estuvo ubicada en la zona de Miran Sahib del bloque R.S Pura se eligió al azar todas las escuelas primarias estatales en esta zona y se incluyeron en la encuesta. La presencia de TDAH se evaluó utilizando la escala de calificación de maestros de diagnóstico de TDAH de Vanderbilt. Los niños positivos para TDAH fueron visitados en sus lugares de residencia y se administró un cuestionario de información personal (PIQ) a sus padres, preferiblemente a la madre. Los datos así recopilados se presentaron en porcentaje, obteniendo que la prevalencia del TDAH era del 6,34 % (13/205). La mayoría (69,3%) de los niños con TDAH positivo vivían en una familia conjunta y pertenecían a la clase media baja/baja. Los antecedentes familiares de TDAH estaban ausentes en todos los niños con TDAH positivo. Concluyendo en que el estudio actual realizado en un área rural entre niños de 6 a 12 años de escuelas públicas ha mostrado una prevalencia de TDAH razonablemente alta de 6,34%.

Pérez-Crespo et al. (2020) realizaron un estudio en Cataluña, España, se tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de diagnósticos de TDAH en 2017 y la incidencia de diagnósticos de TDAH en 2009 - 2017 en niños residentes en Cataluña, España, así como su variabilidad temporal y geográfica, y estratificando por sexo y edad. Se usaron los datos administrativos de todos los niños de 4 a 17 años que estaban asegurados en el Sistema de Salud público de Cataluña en el período 2009-2017. Se identificó todos los casos de TDAH

diagnosticados entre 2009 y 2017 (código 314 de la CIE-9). La prevalencia estimada de diagnósticos de TDAH en 2017 y la incidencia anual general de diagnósticos de TDAH en 2009–2017. Se usó el modelo de regresión de Poisson para evaluar las tendencias temporales en la incidencia. Se estimó una prevalencia de diagnósticos de TDAH del 4,06% (IC 95% 4,03, 4,10) en 2017, siendo 5,81% (IC 95% 5,75, 5,87) para niños y 2,20% (IC 95% 2,16, 2,24) para niñas, la más alta. siendo la prevalencia en jóvenes de 13 a 17 años (7,28 % (95 % IC 7,20, 7,36)). No se observó un incremento estadísticamente significativo de la incidencia de diagnósticos de TDAH durante el período de estudio. Se encontraron diferencias geográficas entre las áreas de salud tanto en la prevalencia como en la incidencia anual y constante durante el período de estudio. En conclusión, la prevalencia de diagnósticos de TDAH observada en este estudio fue del 4,06%, inferior a las estimaciones reportadas en revisiones sistemáticas anteriores, pero en línea con las estimaciones de prevalencia de otros estudios europeos recientes. La prevalencia fue superior en niños que, en niñas, con una proporción de sexos consistente con estudios previos. No observamos un aumento en la tendencia temporal de la incidencia de los diagnósticos de TDAH en los últimos años, pero encontramos diferencias geográficas.

1.2.2 Nacionales

Anicama et al. (1997) tuvo como objetivo evaluar el Desorden de Déficit de Atención a través de la creación y validación de una escala en una población urbana de Lima. La muestra estuvo compuesta por 186 padres, cuyos hijos estudiaban entre el 1° al 6° grado de primaria, con edades que oscilaban entre los 6 a 11 años, siendo de ambos sexos. Se usó la Escala de Desordenes de Déficit de Atención (E.D.D.A). Resultados, se señala que las cuatro subescalas obtuvieron una correlación significativa ($p < .05$) y una confiabilidad de 0.8916 (Alfa de Cronbach). Asimismo, los resultados revelan una tendencia a los desórdenes del déficit de atención (DDA) que obtuvieron según las subescalas de: falta de atención (60), interacción con

compañeros (55), impulsividad (50) e hiperactividad (45), evidenciando una tendencia al DDA. No se halló diferencias significativas según el sexo, sin embargo, hubo diferencias significativas según edad (7 años) y grado educativo (segundo grado) quienes obtuvieron mayor DDA, hiperactividad, impulsividad y dificultades en la interacción con compañeros.

Livia et al. (2012), tuvo como propósito identificar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares. Este estudio se llevó a cabo con un enfoque descriptivo, centrándose en niños de 6 a 11 años de edad. El instrumento utilizado para la evaluación fue un checklist, el cual fue validado por los propios autores y se basó en los 18 ítems del DSM-IV. Los resultados obtenidos revelaron una prevalencia del 16.5%, siendo el tipo combinado el más frecuente, especialmente en niños varones entre los 6 y 8 años. Además, se observó que el sexo masculino predominaba en los subtipos combinados e hiperactivo, mientras que el subtipo inatento la mayoría de los casos correspondían a mujeres.

Balbuena (2017) llevo a cabo un estudio en Lima, con el fin de establecer la prevalencia del TDAH en 284 estudiantes de entre los 6 y 12 años de edad en el distrito de Puente Piedra. Para su evaluación, se utilizó el EDAH de Farré y Narbona. Los hallazgos revelaron una prevalencia del 18.3%, siendo el 59.6% varones y 40.4% en mujeres. Concluyéndose que estos resultados divergen de los criterios dados por el DSM-5; no obstante, coincide con investigaciones previas realizadas en otros países latinoamericanos.

Diez (2020), su finalidad fue comparar el TDAH entre instituciones educativas de gestión públicas y privadas en Lima Sur. El enfoque metodológico empleado fue de tipo no experimental, comparativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo compuesta por 394 niños de primaria cuyos padres y maestros fueron los informantes. Para su evaluación se usó la Escala de Desordenes de Déficit de Atención (E.D.D.A). Los resultados revelaron diferencias significativas en la incidencia del TDAH entre las dos modalidades de gestión

educativa, siendo la prevalencia mayor en las escuelas públicas. Se observó que los padres reportaron una mayor incidencia en los componentes de falta de atención, impulsividad e interacción con compañeros, mientras que los maestros informaron una mayor incidencia en hiperactividad. En términos de variables sociodemográficas, se encontró una mayor incidencia en niños varones de 6 a 9 años en el componente hiperactividad. Respecto a la prevalencia del TDAH, los padres reportaron un 23.5% en colegios públicos y un 13.9% en gestión privada, mientras que los maestros informaron un 19.5% en colegios públicos y un 13.3% en el sector privado.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia del TDAH en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana.

1.3.2 Objetivo específico:

Analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH)

Describir las características del TDAH acorde a datos sociodemográficos en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana.

Describir la prevalencia del TDAH acorde a sus subtipos y sus características sociodemográficas en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana.

Describir la prevalencia de Trastornos de la conducta y la comorbilidad con TDAH en conjunto con sus características sociodemográficas en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana.

1.4 Justificación

Esta investigación nos permitirá conocer la prevalencia del TDAH en alumnos de primaria en un distrito de Lima Metropolitana, ya que existen pocas investigaciones que busquen describir este trastorno, por lo que es importante conocer esta realidad. También, será un aporte más de información para profesionales de la salud mental que deseen tener datos sobre este trastorno, así como instituciones educativas y padres de familia, con el propósito de poder visibilizar y tomar acción en función de los niños que cuenten con dicho diagnóstico y con el fin de que en un futuro se puedan realizar más investigaciones, bajo un punto de vista multidisciplinario debido a la complejidad de esta misma, donde psicólogos, psiquiatras, educadores, neurólogos y pediatras puedan realizar estudios en base a estas, aspirando a poder encontrar y desarrollar técnicas cada vez más precisas para un diagnóstico y tratamiento del TDAH en niños.

Asimismo, contribuirá dentro del marco de políticas públicas ya que según norma la Ley N° 30956 Ley de Protección de las personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), donde se refiere dirigir acciones para impulsar servicios de detección y diagnóstico precoz, atención y tratamiento de las personas con TDAH, atención y orientación a sus familiares y una inclusión social y educativa, así como la difusión y sensibilización de este trastorno, y la priorización de las necesidades de estos niños debido a su afectación clínica. Por lo que los resultados de este estudio podrán hacer evidente la prevalencia existente en este distrito de Lima y basándonos en la ley antes mencionada, se podrá crear un plan de salud mental en cuanto a este trastorno, con miras a un futuro de un programa de intervención para los niños y padres y así poder incorporarlos a tiempo en los establecimiento de dicho distrito en fin del bienestar de los niños, familias y escuelas, añadiendo a los profesionales orientados a tomar decisiones dentro de la políticas de salud pública.

En última instancia, se realizará un aporte psicométrico que determinará la confiabilidad y validez de la Escala de Desordenes de Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) para estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana.

1.5 Hipótesis

Hipótesis general

H1: Existe un nivel de prevalencia del TDAH entre el 10% y 20% en estudiantes de primaria en un distrito de Lima.

Hipótesis específica

H1: Existe una mayor prevalencia de TDAH en niños varones con edades entre los 6 a 9 años que cursan el 1° al 4° grado.

H1: Existe un nivel de prevalencia de TDAH entre el 5% al 10% para el subtipo hiperactivo hallando la mayoría de los casos en varones con edades entre 6 a 8 años que cursen el 1° al 3° grado; para el subtipo déficit de atención será entre 3% al 7% siendo la mayoría de los casos en mujeres con edades entre 6 a 10 años que cursen el 1° al 4° grado y para el subtipo combinado será entre 3% al 15% siendo la mayoría de los casos en varones entre los 9 a 12 años que cursen el 3° al 6° grado.

H1: Existirá un nivel de prevalencia entre el 3% al 10% de trastorno de la conducta en estudiantes de primaria en un distrito de Lima, siendo mayor en hombres entre los 6 a 9 años que curan el 1° al 4° grado y como comorbilidad en conjunto de TDAH y trastorno de conducta la prevalencia será entre el 10% al 15%, siendo mayor en hombres entre los 6 a 9 años que cursen el 1° al 4° grado de primaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

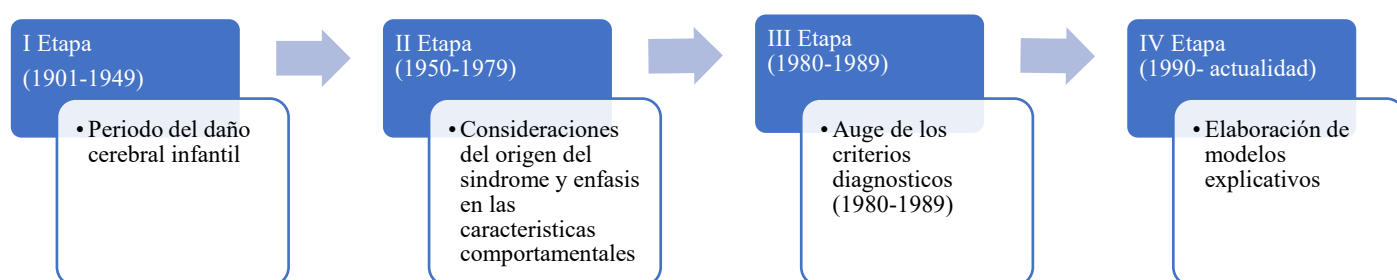
2.1.1.1 Historia

Aunque el TDAH parece ser un trastorno relativamente nuevo y moderno, la descripción de este se remonta a una antigüedad de más de 200 años, teniendo por lo menos 90 definiciones y pasando por 25 denominaciones.

A finales del siglo XIX diversos investigadores empiezan a observar una serie de comportamientos anómalos entre los niños. Entre estos investigadores se incluyen Maudsley, Ireland, Bourneville (creador del término niños inestables) y Clouston quien describió diversos síntomas como la impulsividad, inestabilidad psicomotriz, dificultad para mantener la atención, etc. Asociándolos a síntomas hiperactivos como parte fundamental de un problema de deficiencia mental y conducta delictiva (Macià, 2012)

Figura 1

Etapas para la definición y conceptualización del TDAH a partir del siglo XX.



Nota: La figura muestra las etapas de la historia del TDAH. Adaptado de “TDAH: historia, concepto, evaluación, diagnóstico, sobrediagnóstico y tratamientos”, por Zaray, 2018, Universidad de La Laguna.

Crichton (1798, citado en López et al., 2016) dio una de las primeras descripciones clínicas de lo que hoy conocemos como TDAH de tipo inatento, en su escrito “A inquiry into the nature and origin of mental derangement (Una investigación sobre la naturaleza y el origen

de la enajenación mental)” lo nombra como "agitación o inquietud mental” explicándolo como un estado inquieto y a la incapacidad para mantener la atención.

Hoffmann (1845, citado en Pelayo et al., 2012), escribió algunos cuentos para su hijo pequeño, del cual destaca el escrito “Die Geschichte vom Zappel-Philipp” (Phil el inquieto o Phil el travieso) donde describe a un niño inquieto, que exaspera a sus padres, impulsivo y falta de atención, síntomas que llegan a describir este trastorno, sin embargo, cabe aclarar que este libro no está realizado desde un punto de vista clínico si no con la intención de amenizar historias entretenidas describiendo satíricamente la conducta de los niños.

Como se observa en la Figura 1, la primera etapa llamada “Período del daño cerebral infantil”, inicia con Still y su artículo titulado “Some abnormal psychical conditions in children (Algunos trastornos psíquicos anormales en niños)”.

Describió la conducta de 43 niños que presentan comportamientos agresivos, desinhibición, problemas para mantener la atención y conductas opuestas a las reglas, dentro del grupo se encontraron niños con o sin déficit cognitivo, sujetos con una falta de atención y con aparente falta de control sobre su conducta, denominando estos síntomas como “defecto de control moral” y “falta de inhibición volitiva”, desde esa época hipotetizó que dicha anomalía social es una enfermedad neurológica cuyo origen no radica debido a la deficiencia en la crianza o una bajeza moral, sino, que es producto de la herencia. Años después Barkley dedujo que los niños que fueron descritos corresponderían hoy en día dentro de la clasificación de TDAH de subtipo combinado entre otros trastornos (citado en García de Vinuesa, 2017, p. 112)

Acorde al primer libro sobre psiquiatría infantil en España, en el capítulo VI se describe la debilidad en la atención de este trastorno, Vidal (1908) señala:

El niño semeja a la mariposa que iba de flor en flor: todo es nuevo para él y todo quiere abarcarlo. Incesantemente se ve reclamada su débil atención en múltiples sentidos; y esto hace que no llegue a formarse claro concepto de las cosas, porque no puede atenderlas debidamente. (p. 38)

Kahn y Cohen (1934, citados en Macià, 2012) proponen el termino síndrome de impulsividad orgánica, debido a que suponía que el origen se hallaba en el tronco cerebral originado por una encefalopatía prenatal o daño perinatal, teniendo síntomas de presencia de hiperactividad, labilidad emocional, impulsividad y conducta disocial.

Por última instancia:

Strauss y Lehtinen (1947) acuñaron el termino de síndrome de daño cerebral y luego Strauss y Kephart (1955) acuñaron el término “daño cerebral mínimo”, luego de sus observaciones en centros con niños discapacitados psíquicos donde concluyó que tanto los niños que presentaban un importante retraso mental como los niños intelectualmente normales presentaban síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad podían compartir la misma etiología de una posible lesión cerebral (Strauss y Lehtinen, 1947; Strauss y Kephart, 1955 citados en Macià, 2012, p. 21)

Referente a la segunda etapa, se comenzó a tomar en cuenta la etiología funcional del síndrome y toma de énfasis en las características del comportamiento. Dicho cambio de perspectiva surge debido a que no se pudo establecer relación alguna entre los niños con daño cerebral y síntomas de hiperactividad por lo que se cambió el termino de daño cerebral por disfunción cerebral (Macià, 2012)

Clements y Peters (1962, citado en Macià, 2012) usaron el término disfunción cerebral mínima planteando una etiología funcional, cuatro años más tarde señalaron:

La variante genética, irregularidades bioquímicas, daños o lesiones pre o perinatales en el Sistema Nervioso Central, conforman la etiología del cuadro, de modo que los niños con trastorno hiperactivo poseen una inteligencia normal, pero mantienen problemas de coordinación perceptivo-motora y coordinación óculo-manual, déficit de memoria, problemas de discriminación auditiva y lenguaje, dificultades en el aprendizaje, inestabilidad emocional y signos neurológicos menores. (Macià, 2012, p. 22)

Debido a este cambio de terminologías llegó a existir un sobrediagnóstico durante el siglo pasado, incluyendo en este trastorno, niños con dificultades en la regulación de su conducta y aprendizaje.

Es así como otros autores empiezan a utilizar el término, síndrome del niño hiperactivo enfatizando el área comportamental del trastorno siendo la hiperactividad y la falta de atención y a su vez toma factores psicológicos y ambientales en la explicación de este (Macià, 2012)

Posteriormente, la OMS de la mano del CIE-8 y APA, un año después, en su DSM-II recoge este concepto y lo lleva a la publicación en sus sistemas de clasificación de enfermedades mentales. Durante estos años inicia el uso de técnicas conductuales como forma de tratamiento, puesto que dicho modelo consideraba que la conducta perturbadora podía modificarse mediante el uso de refuerzo positivo, extinción y economía de fichas, años más tarde se usan técnicas cognitivo-conductuales añadiendo al modelo tal como el entrenamiento en auto instrucciones y el entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución interpersonal (Macià, 2012)

Para finalizar la segunda etapa es necesario mencionar el valioso aporte de Douglas y colaboradores, conocido como el Grupo de Montreal, pues enfatizo en el déficit de atención y control de la impulsividad frente a la hiperactividad, añadiendo que los síntomas deben iniciar desde la infancia, deben presentarse en varias situaciones y se debe excluir del diagnóstico a

los niños que tengan retraso mental, psicosis u alguna lesión cerebral, dichas aportaciones influenciarían en la publicación del DSM-III.

La tercera etapa, es cuando este trastorno aparece dentro de las clasificaciones diagnósticas, en el CIE-8 como síndrome hiperquinético en la infancia, mientras que en el DSM-II el nombre es reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia, a partir del DSM-III hubo una avance en cuanto a su definición diferenciándolo de otros trastornos (Macià, 2012) , a continuación, en la tabla 1 se mostrará una comparación entre ambos manuales diagnósticos.

Tabla 1
Diagnóstico del TDAH acorde a los Manuales Diagnósticos a través de los años

OMS	APA
CIE- 8 (1967) Síndrome hiperquinético en la infancia	DSM-II (1968) Reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia.
CIE-9 (1978) Síndrome hiperquinético infantil. Síndrome de inestabilidad en la infancia Subtipos: - Trastorno simple de la actividad y de la atención - Hiperactividad con retardo en el desarrollo - Trastornos de conducta asociados a la hiperactividad	DSM-III (1980) Trastorno por déficit de atención Subtipos: - Trastornos por déficit de atención con hiperactividad - Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad - Trastorno por déficit de atención tipo residual
CIE- 10 (1992) F90. Trastorno hiperquinético F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención F90.1 Trastorno hiperquinético disocial F90.8. Otros trastornos hiperquinéticos. F90.9 Trastorno hiperquinético sin especificación.	DSM- III-R (1987) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad - TDAH indiferenciado (apartado de Trastornos por conductas perturbadoras) DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2000) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Subtipos: - TDAH con predominio de déficit de atención (TDAH-I) - TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI)

OMS	APA
	- TDAH tipo combinado (TDAH-C)
CIE- 11 (2018)	DSM-5 (2013) y DSM -5 -TR (2022)
Attention deficit hyperactivity disorder	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (dentro de la categoría Trastornos del neurodesarrollo)
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominante inatento (6 A05.0)	Subtipo:
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominante hiperactivo-impulsivo (6 A05.1)	- TDAH con presentación predominante con falta de atención
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada (6 A05.2)	- TDAH con presentación predominante hiperactiva/impulsiva
	- TDAH con presentación combinada

Nota: Elaboración propia. Datos tomados del OMS (1992) y APA (2013)

A parte de los manuales diagnósticos, Barkley (citado en Macià, 2012) a forma de sintetizar a diversos autores, en cuanto a la definición de este trastorno, hace énfasis en:

- Existencia del déficit de atención causado por falta de concentración y distracción, inquietud e hiperactividad.
- El niño presenta dificultades para controlar su comportamiento y adaptarlo a las demandas que exige la situación en la que se encuentra.
- Los signos se presentan en diferentes contextos.
- Empieza a manifestarse antes de los 7 años.
- Es difícil describir la etiología del trastorno por causas orgánicas o neurológicas.

La última etapa hasta la actualidad, acuñada como la etapa de elaboración de modelos explicativos, en dicha destacan las investigaciones realizadas por Barkley con su modelo de autorregulación centrado en disfunciones ejecutivas (Macià, 2012) el cual se detallará en el capítulo 2.1.2.4 y el Modelo Cognitivo - atencional de Virginia Douglas quien desarrolla el concepto de sobreactividad motora como un concepto multidimensional inespecífico (López et al., 2016).

Los años que abarca esta etapa es donde se ha dado un mayor desarrollo de las teorías neurobiológicas por lo cual se ha visto cambios a nivel de tratamiento farmacológico y se ha demostrado la eficacia de llevar en conjunto tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para tratar este trastorno. (Pelayo et al., 2012)

2.1.1.2 Definición

Diversos autores han aportado para poder definir este trastorno, iniciando por los grandes manuales diagnósticos:

Según el CIE-10 el TDAH se encuentra dentro de los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la niñez y adolescencia bajo el nombre de Trastornos hiperkinéticos (F90), haciendo distinción en base al predominio de hiperactividad, impulsividad, inatención y problemas de conducta. Se caracteriza por iniciar antes de los cinco años, predominante un comportamiento hiperactivo y una notoria falta de atención y continuidad para realizar tareas que persiste a lo largo del tiempo en más de una situación, siendo clínicamente significativo interfiriendo en la vida familiar, escolar y social de la persona. (OMS, 1992)

El TDAH se clasifica como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad dentro de los Trastornos del desarrollo neurológico según el DSM 5. El paciente debe presentar un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con la vida cotidiana de la persona en la esfera social, académica o laboral. Los síntomas descritos en el manual de diagnóstico deben aparecer antes de los 12 años y deben estar presentes en dos o más situaciones (en casa, en la escuela, en el trabajo, con amigos o parientes en diversas actividades), lo que puede tener un impacto negativo en la calidad. Esta guía debe especificar si: (APA, 2013)

- Subtipo combinado: síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad durante 6 meses continuos.
- Subtipo con predominio en falta de atención: se presentan únicamente los síntomas de inatención durante 6 meses continuos.
- Subtipo con predominio en hiperactividad/ impulsividad: se presentan únicamente los síntomas de hiperactividad e impulsividad durante 6 meses continuos.

Así como la severidad actual: leve, moderado y grave.

Acorde al capítulo anterior la definición de este trastorno ha variado a través de los años, en este apartado nos centraremos en autores más actuales.

Para Soutullo y Díez (2007) señalan que:

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en edad pediátrica con alta comorbilidad con problemas de conducta y también depresión o ansiedad. Se transmite en familias con un importante componente genético, implicando factores prenatales, perinatales y ambientales no completamente conocidos. Se han encontrado alteraciones en la estructura y en la función cerebral en pacientes con TDAH. Hay diferencias en la prevalencia entre EE. UU. y Europa que parecen surgir del uso de las distintas definiciones del trastorno, así como del diferente reconocimiento y cobertura de la Psiquiatría Infantil y Adolescente como especialidad, y de distintos umbrales diagnósticos (p.3)

El TDAH es considerado un trastorno del neurodesarrollo, cuya base es genética y hereditable, donde se encuentran implicados cambios neuropsicológicos, que conllevan a una afección en la atención, impulsividad y actividad motora en el menor (Fernandes et al., 2017)

Este trastorno es descrito “como un trastorno caracterizado por alteraciones de la atención, inquietud psicomotriz y problemas de control de impulsos, formando el conjunto de

síntomas de la triada distraibilidad, hiperactividad e impulsividad” (Vaquerizo-Madrid y Cáceres-Marzal, 2006, p. 23)

El TDAH es un síndrome neurológico común que se caracteriza por hiperactividad, impulsividad y una deficiente capacidad de atención, siendo insuficiente al grado esperado del desarrollo del infante (Llanos et al., 2019)

2.1.1.3 Descripción clínica

2.1.1.3.1 Inatención

Los niños con este síntoma presentan diversas dificultades para realizar la misma actividad durante un extenso periodo de tiempo, se aburren haciendo la actividad y empiezan con otra actividad o a pensar en otras cosas. Presentan una tendencia a cometer errores en actividades que pueden dominar o que ya dominan, teniendo que hacer un esfuerzo para sus rutinas y sus actividades, si no se esfuerzan en mantener la atención se distraen fácilmente. Tienen a olvidar material útil para realizar la actividad propuesta y pierden objetos personales con facilidad, a veces los padres se plantean si tienen alguna deficiencia auditiva. (López y Romero, 2014)

Asimismo, López y Romero (2014) añaden “La inatención hace en estos menores que cualquier estímulo o situación que se les cruce por el camino les haga perder el objetivo y olvidarse de lo que estaban haciendo, dejando las cosas a medias” (p. 23).

Sumándole lo que refiere Soutullo y Díez (2007) “Parece que solo viven en el presente inmediato, y no piensan en la siguiente acción; hay que ir detrás diciéndole cuál es el siguiente paso que tiene que dar” (p. 34)

2.1.1.3.2 Hiperactividad

Los niños con presencia de hiperactividad están en continuo movimiento, con dificultades para quedarse sentado en situaciones que lo ameritan, tales como en el aula de

clases, en las comidas, en la iglesia, etc. Estos niños se levantan, merodean sin sentido, les cuesta quedarse quietos, durante las clases tienden a molestar a sus compañeros, cambian de posición constantemente, dan golpecitos en la mesa o cantan en voz baja, teniendo en ocasiones una mayor cantidad de accidentes que otros niños de su edad (en caso de niños preescolares), otras conductas son la de morder objetos o ropa, así como desarmar las cosas y no poder volver a armarlas. (Soutullo y Díez, 2007)

2.1.1.3.3 Impulsividad

Los niños con el síntoma de impulsividad se les es más complicado contener o regular sus conductas o reacciones inmediatas ante el contexto. Tienen dificultades para evitar hacer lo primero que se les antoja, no piensan en las consecuencias de sus acciones, es por ello por lo que dicen comentarios inapropiados sin importar lo que los demás digan o su forma de reacción. (Soutullo y Díez, 2007)

Los que tiene este diagnóstico, presentan dificultades para analizar sus pensamientos y el valor en decidir lo que se debe o no hacer en función al contexto, también les es difícil esperar su turno durante el juego u otras situaciones parecidas, siendo la consecuencia que sean rechazados, conllevando a afectaciones en su autoestima y problemas para relacionarse con sus pares. (López y Romero, 2014)

2.1.1.3.4 Otras características

Entre sus otras características se encuentran las afectaciones en las diversas esferas de la persona con TDAH, las cuales son:

- Deficiencia para relacionarse con sus pares y adultos: ya que tienden a meter en problemas o meterse en ellos, con dificultades para realizar respuestas acordes al contexto, son niños con dificultades en la socialización, problemas afectivos con padres, hermanos, profesores y amistades. (Soutullo y Díez, 2007)

- Dificultades en el rendimiento escolar, siendo este bajo, presenta problemas en su aprendizaje ya que su organización es deficiente, mala memoria secuencial, dificultades en actividades psicomotriz fina y gruesa e improductivas habilidades cognitivas esperadas para su edad de desarrollo. (Soutullo y Díez, 2007)
- Baja autoestima: debido a que son apartados o impopulares en el grupo de sus pares, tienen un número reducido de amigos, entran en problemas con los adultos y compañeros de clases y sumando problemas debido a su rendimiento escolar, estos niños tienen la sensación de que fallan en absolutamente todo, de que no hacen nada bien a pesar de que lo intentan. (López y Romero, 2014)

2.1.1.4 *Diagnóstico del TDAH*

Diagnóstico del TDAH, dado acorde a los manuales diagnósticos.

Tabla 2

Diferencias entre el CIE-10 y DSM-5 respecto al TDAH

CIE- 10 (OMS, 1992)	DSM- 5 (APA, 2013)
Trastornos hipericinéticos	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
<p>G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persistente al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsciente con el nivel de desarrollo del niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice. 4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le haya sido encargadas en el trabajo (no 	<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerdo con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: <p>Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. para adolescentes mayores y adultos (</p>

CIE- 10 (OMS, 1992)**Trastornos hipercinéticos**

- originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente marcadamente incomodo ante tareas tales como las domesticas, que requieran un esfuerzo mental mantenido.
 7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
 8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
 9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

DSM- 5 (APA, 2013)**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

- a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p.ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva con precisión).
 - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p.ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada)
 - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
 - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares , los quehaceres o los deberes la borales (p.ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)
 - e. Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo no cumple los plazos)
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
 - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p.ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y

CIE- 10 (OMS, 1992)	DSM- 5 (APA, 2013)
Trastornos hipercinéticos	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
<p>G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persistente durante, al menos seis meses, en un grado mal adaptativos o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p>	<p>adultos pueden incluir pensamientos no relacionados).</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pie, o removiéndose en el asiento. 1. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 2. A menudo corretera o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse solo por sentimientos de inquietud). 3. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 4. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. 	<p>i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p.ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a citas).</p>
	<p>2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:</p>
	<p>Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p>
	<p>a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</p>
	<p>b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requiere mantenerse en su lugar)</p>
	<p>c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiada (Nota: en adolescentes o adultos puede limitarse a estar inquieto)</p>
	<p>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</p>
	<p>e. Con frecuencia esta “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 esta intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)</p>
	<p>f. Con frecuencia habla excesivamente</p>

CIE- 10 (OMS, 1992)	DSM- 5 (APA, 2013)
Trastornos hipercinéticos	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
<p>G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persistente durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p>	<p>g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p.ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación)</p> <p>h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola)</p> <p>i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p.ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).</p> <p>B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p>
<p>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</p> <p>1. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.</p> <p>2. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p.ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros).</p> <p>3. Con frecuencia habla en exceso sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.</p>	<p>C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p.ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).</p>
<p>G4. El inicio del trastorno no se produce después de los 7 años</p>	<p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reduce la calidad de los mismo.</p>
<p>G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño pueda ser observado.</p>	

CIE- 10 (OMS, 1992)	DSM- 5 (APA, 2013)
Trastornos hipercinéticos	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
G6 Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.	E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (P.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).
G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maniaco (F30.-). Episodio depresivo (F31.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).	<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia combinada (F90.2): si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. - Presencia predominante con falta de atención (F90.0): Si se cumple el Criterio A1 (inatención), pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. - Presencia predominante hiperactiva/impulsiva (F90.1): si se cumplen el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1(inatención) durante los últimos 6 meses.
	<p>Especificar si:</p> <p>Remisión parcial: 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 u laboral.</p>
	<p>Especificar la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve: pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesario para el diagnóstico y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral. - Moderado: síntomas o deterioros funcionales presentes entre leve y grave. - Grave: presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas

CIE- 10 (OMS, 1992)	DSM- 5 (APA, 2013)
Trastornos hipercinéticos	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
	producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Nota: Elaboración propia. Datos tomados de OMS (1992) y APA (2013)

Acorde a lo mencionado en la tabla N° 2, se ha observado cierta similitud entre el DSM-5 y CIE-10 , cosa que no había ocurrido en anteriores ediciones. Esto es un aspecto positivo ya que homogeniza el trastorno, hasta cierto punto, como refiere Orellana (2017) “El CIE-10 amplía la caracterización clínica del TDAH presentando los límites con la “normalidad” y con otros diagnósticos, además de mostrar un panorama evolutivo, así como las diferencias en cuanto al género y la gravedad del trastorno” (p. 1).

Tabla 3

Criterios para el diagnóstico del TDAH una comparación entre el DSM IV-TR, DSM 5 y el y el DSM-5-TR

DSM- IV – TR (APA, 2000)	DSM – 5 (APA, 2013)	DSM- 5- TR (2022)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Attention- Déficit/Hyperactivity Disorder
<p>A. (1) o (2):</p> <p>1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p>Desatención</p> <p>(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</p> <p>(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</p> <p>(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</p> <p>(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p> <p>(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p>	<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):</p> <p>1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:</p> <p>Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p> <p>a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p.ej., se pasan por</p>	<p>A. Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, siendo caracterizado por (1) y/ o (2):</p> <p>1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas deben persistir por lo menos 6 meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativa y directamente en actividades sociales y académicas/ ocupacionales.</p> <p>Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta oposicionista, desafiante, hostilidad o falla en entender preguntas o instrucciones. Para los adolescentes y adultos (17 años a más), requiere al menos de cinco síntomas:</p> <p>a. A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., pasa por alto o pierde detalles, el trabajo es inexacto).</p>

DSM- IV – TR (APA, 2000)	DSM – 5 (APA, 2013)	DSM- 5- TR (2022)
<p align="center">Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</p>	<p align="center">Trastorno por déficit de atención/hiperactividad</p>	<p align="center">Attention- Déficit/Hyperactivity Disorder</p>
<p>(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p> <p>(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</p> <p>(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</p> <p>(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias</p> <p>(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p>	<p>alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva con precisión).</p> <p>b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p.ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada)</p> <p>c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).</p> <p>d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes la boraes (p.ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)</p> <p>e. Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo no cumple los plazos)</p> <p>f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej., tareas escolares</p>	<p>b. A menudo se le dificulta mantener la atención en tareas o actividades de juego (p. ej., tienen dificultad para permanecer enfocado durante conferencias, conversaciones o lecturas largas)</p> <p>c. A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., la mente parece estar en otra parte, incluso en ausencia de una distracción obvia)</p> <p>d. A menudo no sigue instrucciones y falla en culminar las tareas escolares, tareas domésticas o deberes en el lugar de trabajo (p. ej., empezar tareas, pero rápidamente pierde el foco de atención y se desvía fácilmente)</p> <p>e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para administrar tareas secuenciales, dificultad para mantener los materiales y seguir un orden, desordenado, trabajo desorganizado, tiene una mala gestión del tiempo y no cumple fechas límites)</p> <p>f. A menudo evita, le disgusta o es reacio a participar en tareas que requieran un esfuerzo</p>

DSM- IV – TR (APA, 2000)	DSM – 5 (APA, 2013)	DSM- 5- TR (2022)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Attention- Déficit/Hyperactivity Disorder
	<p>o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).</p> <p>g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p.ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).</p> <p>h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos pueden incluir pensamientos no relacionados).</p> <p>i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p.ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a citas).</p>	<p>mental sostenido (p. ej., tareas escolares, tareas; para adolescentes y adultos, preparar informes, completar formularios, revisar documentos extensos)</p> <p>g. A menudo pierde cosas necesarias para realizar tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, tareas, lentes, teléfonos móviles).</p> <p>h. A menudo se distrae con facilidad por un estímulo extraño (en el caso de adolescentes y adultos debe incluirse pensamientos no relacionados)</p> <p>i. A menudo olvida actividades diarias (p. ej., hacer quehaceres, hacer mandados; en el caso de adolescentes y adultos regresar llamadas, pagar las cuentas, mantener citas)</p>
<p>Hiperactividad</p> <p>(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</p> <p>(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</p>	<p>2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:</p>	<p>2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas que han persistido en los últimos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo e impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales:</p>

DSM- IV – TR (APA, 2000)	DSM – 5 (APA, 2013)	DSM- 5- TR (2022)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Attention- Déficit/Hyperactivity Disorder
<p>(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)</p> <p>(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio</p> <p>(e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor</p> <p>(f) a menudo habla en exceso</p>	<p>Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición desafiante, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p>	<p>Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta oposicionista, desafiante, hostilidad o falla en entender preguntas o instrucciones. Para los adolescentes y adultos (17 años a más), requiere al menos de cinco síntomas:</p>
<p>Impulsividad</p> <p>(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas</p> <p>(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno</p> <p>(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)</p>	<p>a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</p> <p>b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requiere mantenerse en su lugar)</p> <p>c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiada (Nota: en adolescentes o adultos puede limitarse a estar inquieto)</p> <p>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</p> <p>e. Con frecuencia esta “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</p>	<p>a. A menudo se mueve o da golpecitos con las manos o pies o se retuerce en su asiento.</p> <p>b. A menudo se levanta de su lugar en situaciones donde se espera que este sentado (p.ej., se levanta de su sitio en clases, en la oficina o lugar de trabajo o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado)</p> <p>c. A menudo corre o trepa en situaciones inapropiadas (nota: en adolescentes o adultos pueden limitarse a sentirse inquietos)</p> <p>d. A menudo es incapaz de jugar o participar en actividades de ocio o silencio.</p> <p>e. A menudo parece estar “ocupado” actuando como si “fuera impulsado por un motor” (p.ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto por un periodo largo de tiempo, como en restaurantes, reuniones; los otros</p>

DSM- IV – TR (APA, 2000)	DSM – 5 (APA, 2013)	DSM- 5- TR (2022)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Attention- Déficit/Hyperactivity Disorder
	restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que esta intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)	pueden pensar que es inquieto o difícil de seguir)
	f. Con frecuencia habla excesivamente	f. A menudo habla excesivamente.
	g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p.ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación)	g. A menudo responde antes de haber formulado la pregunta completa (p.eg., completa las oraciones de las personas, no puede esperar su turno en las conversaciones)
	h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola)	h. A menudo le es difícil esperar su turno (p.eg., esperar en una cola)
	i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p.ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).	i. A menudo interrumpe o se entromete con los demás (p.ej., se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede comenzar a usar las cosas de otras personas sin pedir o recibir permiso; para adolescentes y adultos, puede entrometerse o hacerse cargo de lo que otros están haciendo)
B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.	B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.	B. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.
C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).	C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos	C. Varios síntomas de intención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más

DSM- IV – TR (APA, 2000)	DSM – 5 (APA, 2013)	DSM- 5- TR (2022)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Attention- Déficit/Hyperactivity Disorder
<p>D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).</p>	<p>(p.ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).</p> <p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reduce la calidad de los mismo.</p> <p>E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (P.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).</p>	<p>contextos(p. ej., en casa, escuela o trabajo; con amigos o parientes; en otras actividades).</p> <p>D. Existe una clara evidencia que los síntomas interfieres con o reducen de manera significativa el funcionamiento social, académico u ocupacional.</p> <p>E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia u 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 por sustancias o abstinencias).</p>
<p>Códigos basados en el tipo:</p>	<p>Especificar si:</p>	<p>Especificar si:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses - F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia combinada (F90.2): si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. - Presencia predominante con falta de atención (F90.0): Si se cumple el Criterio A1 (inatención), pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia combinada (F90.2): si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. - Presencia predominante con falta de atención (F90.0): Si se cumple el Criterio A1 (inatención), pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

DSM- IV – TR (APA, 2000)	DSM – 5 (APA, 2013)	DSM- 5- TR (2022)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Attention- Déficit/Hyperactivity Disorder
<p>- F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses</p>	<p>- Presencia predominante hiperactiva/impulsiva (F90.1): si se cumplen el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1(inatención) durante los últimos 6 meses.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Remisión parcial: 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 u laboral.</p> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve: pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesario para el diagnóstico y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral. - Moderado: síntomas o deterioros funcionales presentes entre leve y grave. - Grave: 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. 	<p>- Presencia predominante hiperactiva/impulsiva (F90.1): si se cumplen el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1(inatención) durante los últimos 6 meses.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Remisión parcial: 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 u laboral.</p> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve: pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesario para el diagnóstico y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral. - Moderado: síntomas o deterioros funcionales presentes entre leve y grave. - Grave: 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.

Nota: Autor propio. Datos tomados del APA (2000, 2013 y 2022)

Como se observa en la tabla 3, los cambios entre ambos, DSM-5 y el DSM-5 TR, son mínimos. En contra oposición, se pueden notar con mayor claridad los cambios entre el DSM-IV TR y DSM-5, en el primero de ellos se usa el término desatención y los conceptos de hiperactividad e impulsividad son descritos de forma separada; en cambio, en el manual del 2013, se usa el término inatención y la descripción de hiperactividad e impulsividad están de forma conjunta, añadiendo que para este manual diagnóstico la existencia de la expresión remisión parcial y la gravedad del trastorno pudiendo ser: leve, moderado o grave.

Tabla 4
Criterios para el diagnóstico del TDAH una comparación entre el CIE 10 y el CIE 11

CIE 10 (OMS, 1992) Trastornos hipercinéticos	CIE 11 (OMS, 2018) Attention deficit hyperactivity disorder
<p>G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persistente al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsciente con el nivel de desarrollo del niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 3. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 4. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice. 5. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le haya sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones). 6. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades. 7. A menudo evita o se siente marcadamente incomodo ante tareas tales como las domesticas, que requieran un esfuerzo mental mantenido. 8. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas. 9. Fácilmente distraíble por estímulos externos. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias. 	<p>El trastorno por déficit de atención e hiperactividad s caracterizado por un patrón persistente (menor a seis meses) de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, con inicio del desarrollo típico de la infancia temprana a media. El grado de inatención e hiperactividad-impulsividad es fuera de los límites de una variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual e interfiere significativamente con las actividades académicas, funcionamiento ocupacional o social.</p> <p>Inatención se refiere a la dificultad significativa en mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización.</p> <p>Hiperactividad refiere a la excesiva actividad motora y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones donde se requiere un autocontrol conductual.</p> <p>Impulsividad es la tendencia a actuar en respuesta a los estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias.</p> <p>El relativo balance y las manifestaciones específicas de inatención e hiperactividad- impulsividad características que varían acorde a cada individuo, y pueden cambiar en el curso de su desarrollo. Para un diagnóstico de trastorno, el patrón de comportamiento debe ser claramente observable en más de un entorno.</p>
<p>G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persistente durante, al menos seis meses, en un grado mal adaptativos o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p>	<p>Inclusión: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Síndrome de déficit de atención con hiperactividad</p>

CIE 10 (OMS, 1992) Trastornos hiperkinéticos	CIE 11 (OMS, 2018) Attention deficit hyperactivity disorder
<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pie, o removiéndose en el asiento. 2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretera o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse solo por sentimientos de inquietud). 4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 	<p>Exclusión:</p> <p>Espectro autismo (6 A02)</p> <p>Conducta disruptiva y trastornos disocial</p>
<p>Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</p>	
<p>G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persistente durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p>	<p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominante inatento (6 A05.0)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p.ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros). 	<p>Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas de falta de atención son predominantes en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a una dificultad significativa para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización.</p>
<p>Con frecuencia habla en exceso sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.</p>	<p>Algunos síntomas hiperactivos-impulsivos también pueden estar presentes, pero estos no son clínicamente significativo en relación con los síntomas de inatención.</p>
<p>G4. El inicio del trastorno no se produce después de los 7 años</p>	<p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominante hiperactivo-impulsivo (6 A05.1)</p>

CIE 10 (OMS, 1992) Trastornos hipercinéticos	CIE 11 (OMS, 2018) Attention deficit hyperactivity disorder
<p>G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño pueda ser observado.</p>	<p>Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas hiperactivos-impulsivos son predominantes en la presentación clínica. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual. Impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias. Algunos síntomas de falta de atención también pueden estar presente, pero estos no son clínicamente significativos en relación con el hiperactivo-impulsivo síntomas.</p> <p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada (6 A05.2)</p> <p>Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los síntomas de falta de atención e hiperactivo-impulsivo son clínicamente significativos, con ninguno de los cuales predomina en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a importantes dificultad para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual. Impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias.</p>

CIE 10 (OMS, 1992)	CIE 11 (OMS, 2018)
Trastornos hipercinéticos	Attention deficit hyperactivity disorder
G6 Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.	6A05.Y Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, otra presentación especificada
G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maniaco (F30.-). Episodio depresivo (F31.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).	6A05.Z Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación no especificada

Nota: Elaboración propia. Datos tomados de OMS (1992 y 2019)

2.1.1.5 Comorbilidades

Usualmente el TDAH no suele aparecer solo, está acompañado de otros trastornos psiquiátricos en niños, llamados comorbilidades, siendo aproximadamente el 70 al 80% de sujetos diagnosticados tienen por lo menos algún trastorno comórbido (Rohde et al., 2019), siendo específicamente que más del 50% de niños diagnosticados con TDAH presentan problemas de conducta y/o emocionales (Macià, 2012).

Asimismo, estas comorbilidades cambiarán dependiendo de la etapa de vida del paciente: niño, adolescente y adulto e igual que las prevalencias, variarán acorde a la población estudiada.

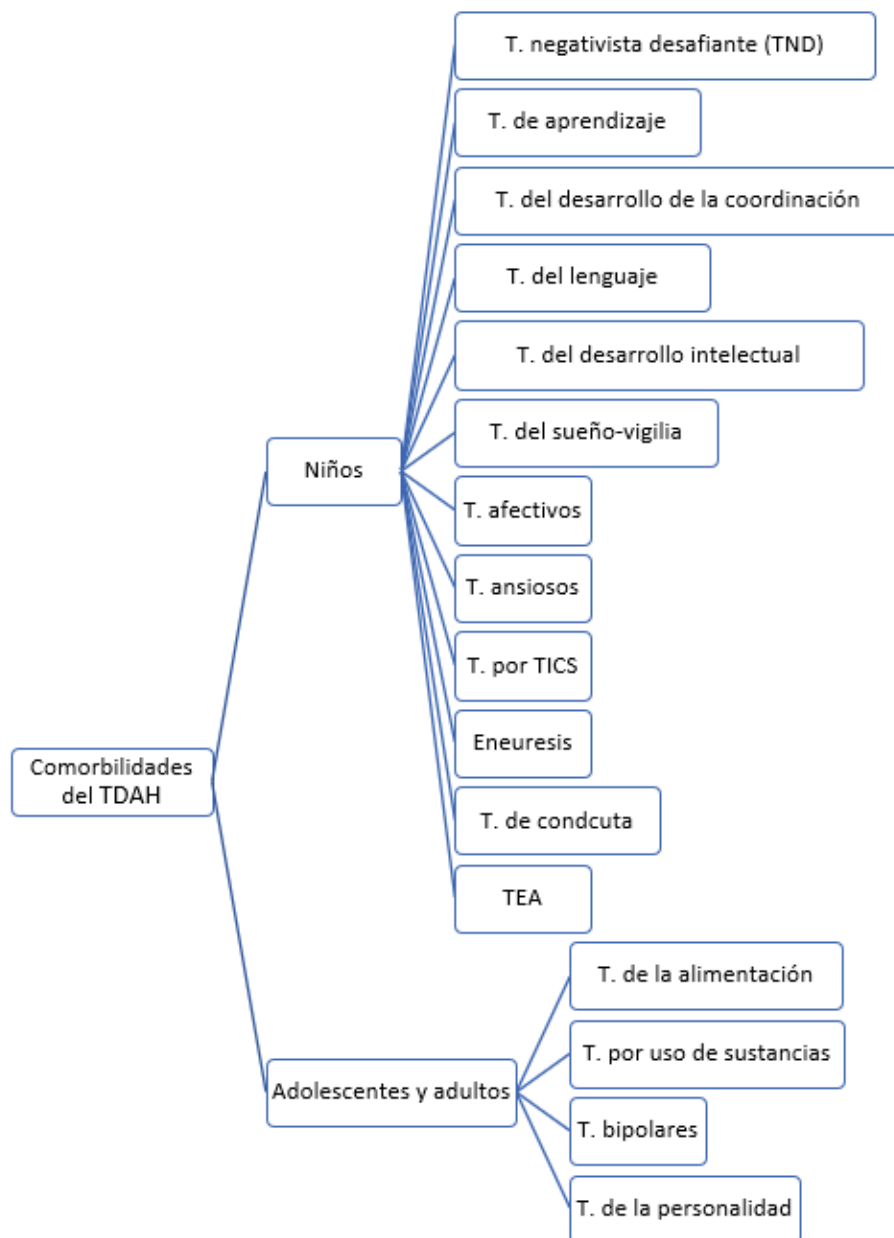
En el caso de niños, se presenta de manera más frecuente las comorbilidades de: Trastorno negativista desafiante (TND), trastornos del aprendizaje, trastornos del desarrollo de la coordinación, trastorno del lenguaje, trastorno del intelecto, trastorno del sueño-vigilia, trastornos afectivos y ansiosos, trastornos de tics, enuresis, trastornos de conducta, trastorno del espectro autista (TEA), trastorno de la conducta disocial y manías o hipomanías (Rohde et al., 2019)

En el caso de adolescentes y adultos Rohde et al. (2019) nos refiere que “ya existen afectaciones comórbidas que son clínicamente relevantes: Trastornos de alimentación, trastornos por uso de sustancias, trastornos bipolares y trastornos de personalidad” (p. 60).

Mientras que, en el caso de adultos, Macià (2012) extiende el panorama refiriendo:

La comorbilidad en adultos afecta a tres de cada cuatro pacientes. Los trastornos comórbidos en adultos son similares a los de la infancia, si bien existe una mayor prevalencia de drogodependencias y aparecen trastornos de personalidad. Las comorbilidades más frecuentes son los trastornos de humor (depresión mayor, trastorno bipolar y distimia) entre el 19% y 37%; los trastornos de ansiedad, entre el 25% y el 50%; el abuso de alcohol, entre el 32% y 53%; el abuso de drogas ilegales, entre el 8% y el 32%; trastorno de personalidad (la más frecuente: límite y antisocial), entre el 10% y el 20% y conducta antisocial, entre el 18% y el 28%. (p. 54)

Figura 2
Comorbilidades del TDAH en niños, adolescentes y adultos.



Nota: Elaboración propia.

En el caso de los niños también se han observado diferencias acorde al sexo, ya que, en el caso de niños varones se presentan mayor incidencia en problemas de conducta disruptiva e hiperactividad, siendo diagnosticados en su mayoría TND y depresión, por otro lado, el caso de las niñas, presentan una menor sintomatología en trastornos de conducta, pero, se hallaron más casos en trastorno de ansiedad (Macià, 2012)

- Comorbilidad con el TND y el Trastorno Disocial (TD)
 - Trastorno negativista desafiante (TND): se halla la existencia recurrente de una serie de conductas negativista, desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad, su aparición es gradual, aparece en niños antes de los ocho años, sin embargo, con el pasar del tiempo las conductas van abarcando otros contextos y áreas de vida generando frecuentemente conflictos con padres, profesores y pares. Ocurriendo en una frecuencia de 40% en niños con TDAH. (Macià, 2012)
 - Trastorno disocial (TD): la edad de inicio es entre la infancia y adolescencia, entre su sintomatología se caracteriza conductas agresivas tales como peleas, insultos, etc. En el aspecto conductual se observan robos, ocurrencia de accidentes como provocar incendios y el quebrantamiento de normas. Usualmente la edad de inicio es antes de los 10 años de edad. (Macià, 2012)

La conclusión de distintas investigaciones refiere la existencia del TDAH como un factor de riesgo que da pie a la aparición de conductas perturbadoras (TND o TD), por lo que, la intervención temprana del TDAH puede ser preventivo para la aparición de estos, así como también, el uso propenso al consumo de drogas en las posteriores etapas de vida (Macià, 2012)

- Comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión

Acorde a distintos trabajos epidemiológicos, la comorbilidad del TDAH con depresión se da entre el 15% y 30% y con ansiedad entre el 20% y 25%, siendo, este último trastorno, de los más frecuentes entre las comorbilidades con TDAH- DA (predominio del subtipo déficit de atención) en ansiedad generalizada y por separación. (Macià, 2012). Hay que tomar consideración, en que la depresión y la ansiedad son trastornos internalizados, por ello es difícil realizar un diagnóstico diferencial con el TDAH, ya que es frecuente que los niños con este trastorno tengan baja autoestima, sentimientos de inferioridad y que por ello padezcan de síntomas depresivos o conductas ansiosas, siendo más susceptibles a padecerlos y esto hace que el pronóstico empeore a largo plazo. (Macià, 2012)

A causa de los constantes dificultades en el colegio, con amistades y las discusiones por las bajas notas y mal comportamiento con los padres, los síntomas depresivos son usuales en niños con TDAH de los que no poseen este diagnóstico, tornándose en niños tristes, deprimidos o irritables, pudiendo también tener indicios del trastorno bipolar que puede ser un humor eufórico o demasiado irritable. Sumado a ello, hay un desarrollo inusual en los pensamientos, presentan ideas de sentirse inútiles, de culpa, de muerte, de superioridad y alteraciones físicas en la energía, sueño y apetito, así como una aceleración o enlentecimiento de la actividad. (Soutullo y Díez, 2007)

Finalmente, en lo que refiere a la depresión:

Debemos la existencia de episodios cortos de al menos 2 semanas de humor muy deprimido; en la distimia, hay periodos largos de 1 a 2 años de humor medianamente triste,

pero, no tanto como la depresión y en el bipolar, hay episodios de depresión y manía con humor elevado eufórico o irritable. (Soutullo y Díez, 2007, p. 62)

2.1.1.6 Tipos de TDAH

2.1.1.6.1 TDAH de tipo déficit de atención

Acorde al DSM- IV TR (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio inatento), DSM-5 (presencia predominante con falta de atención) y el DSM-5-TR (Presencia predominante con falta de atención), para este tipo se debe cumplir el Criterio A1 (inatención), pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los seis últimos meses (APA, 2013). Este tipo posee más incidencia en niñas (30%), mientras que en niños es entre el 15% y 20% (Soutullo y Díez, 2007)

Cabe aclarar que no existe distinción de los tipos del TDAH dentro del CIE-10, por lo que en este tipo no posee ningún síntoma de hiperactividad o impulsividad, por lo que es probable que los usuarios prestos a realizar un examen diagnóstico de este trastorno queden bajo el umbral, dando un falso negativo. (Soutullo y Díez, 2007)

2.1.1.6.2 TDAH de tipo hiperactivo

Acorde al DSM- IV TR (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo), DSM-5 (Presencia predominante hiperactiva/ impulsiva) y el DSM-5-TR (Presencia predominante hiperactiva/ impulsiva), para este tipo debe cumplirse el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no el criterio A1 (inatención) durante los seis últimos meses (APA, 2013). El tipo hiperactivo/impulsivo, tiene menor incidencia de los tres, ya que en la mayoría de los casos los niños hiperactivos son también inatentos, teniendo una sintomatología mixta. (Soutullo y Díez, 2007).

2.1.1.6.3 TDAH combinado o mixto

Acorde al DSM- IV- TR (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado), DSM-5 (Presencia combinada) y el DSM-5-TR (Presencia combinada), para este tipo debe cumplirse el criterio A1 (inatención) y el A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los seis últimos meses (APA, 2013). El subtipo combinado o también llamado mixto es el que más se parece a las primeras descripciones de un niños hiperactivo y hallándose más casos en varones entre un 70% al 85% que entre mujeres con un 60% al 70% (Soutullo y Díez, 2007).

2.1.2 Etiología del TDAH

Aunque se desconocen la etiología del TDAH, existen diversas técnicas para su diagnóstico que apoya en aclarar algunas causas, aunque no se han evidenciado los orígenes definitivos de este trastorno.

2.1.2.1 Genética del TDAH

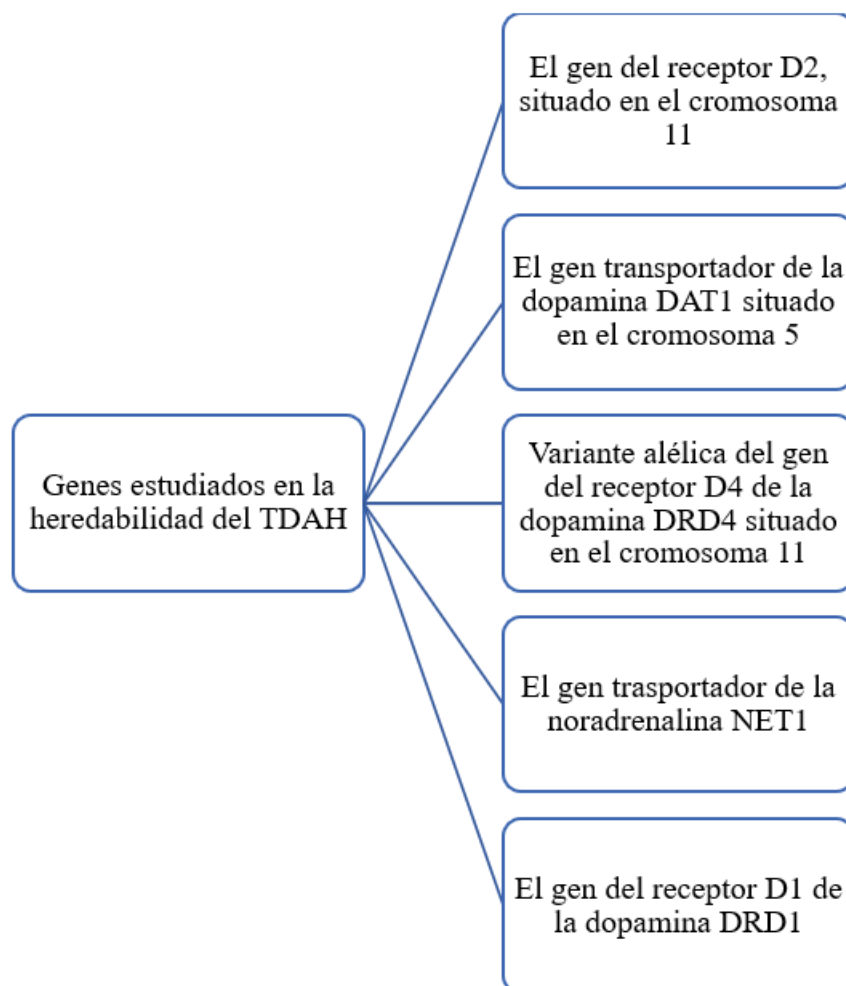
Acorde a la heredabilidad la cual es de 0.76, eso quiere decir que si un niño es diagnosticado con TDAH el 76% es por causa genética, esto no es lo mismo que decir que si un padre o madre tienen TDAH su hijo también lo tendrá, ya que el hecho que alguno de los padres tenga este trastorno es como multiplicar ocho veces el riesgo de tener TDAH. (Soutullo y Díez, 2007). Asimismo, diversos estudios genéticos demuestran la heredabilidad del TDAH al 80%, estipulándole una fuerte carga genética (López y Romero, 2014)

Si uno de los padres tiene TDAH el riesgo de que su hijos también lo tengan estaría entre el 16 y el 40% (...) si se tuviera un hermano gemelo se multiplicaría en 12%-16%, se multiplica por 5 u 8 si hay familiares de primer grado (padres o hermanos) y por 2 si hay familiares de 2° grado (primos, tíos, etc.) (Soutullo y Díez, 2007, p. 15)

Sin embargo, los datos no son exactos, pues acorde a López y Romero (2014) “los hijos de padres con TDAH tienen el 50% de probabilidades de sufrir el mismo trastorno, y los estudios con gemelos revelan que los factores genéticos explican entre un 50% y 70% de los síntomas” (p. 74)

Figura 3

Genes estudiados en la heredabilidad del TDAH



Nota: Genes estudiados en las últimas investigaciones para detectar la heredabilidad del TDAH. Adaptado de *Genes para la detección de la heredabilidad del TDAH*, por López y Romero, 2014, Pirámide.

Aunque no se haya identificado con precisión los genes que causen un mayor riesgo del TDAH, su principal candidato es el DRD4*7 situado en el cromosoma 11, ya que, este es el principal productor del receptor D4 neurotransmisor de la dopamina, siendo defectuosos en el 50-60% en pacientes con TDAH; otro de los genes que se asocian con el TDAH son DAT1, DRD5 y el DBH. (Soutullo y Díez, 2007)

2.1.2.2 *Estudios de neuroimagen y neurotransmisores*

Las deficiencias cognitivas y cambios conductuales hallado en niños con TDAH son parecidos a los adultos que han tenido dañado el lóbulo frontal, estos resultados se han hallado a través de estudios de neuroimagen estructural y funcional, sin embargo, la principal dificultad es el precio de las pruebas y lo invasivas que son lo que conlleva a que las investigaciones sean en poblaciones pequeñas y sesgadas. (López y Romero, 2014)

Los neurotransmisores son químicos que sirven de mensajeros cuya utilidad es facilitar la comunicación entre neuronas, cada uno de ellos solo puede unirse a su receptor. En el caso del TDAH, hay problemas en el circuito regulador que comunique las zonas del córtex prefrontal y los ganglios basales (cuya comunicación se da mediante la dopamina y noradrenalina) (Soutullo y Díez, 2007)

2.1.2.3 *Factores ambientales y psicosociales*

Dentro de los factores ambientales, algunos de ellos afectan durante la etapa de la gestación y pre- perinatal, tales como toxemia, eclampsia, prematuridad, infecciones neonatales, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal posmadura, parto prolongado, distrés fetal, bajo peso al nacer, hemorragia preparto (López y Romero, 2014), fumar y beber alcohol durante el embarazo (Rivera-Flores, 2013).

Otro de los factores corresponde a factores tóxicos-ambientales, tales como: envenenamiento por plomo, radiaciones y algunos aditivos alimenticios, respecto a este último se basa una propuesta de alergia a aditivos alimenticios, sin embargo, se obtuvieron resultados débiles (López y Romero, 2014)

Sin embargo, tal como señala Herreros et al. “Aunque muchos han sido los factores ambientales (tanto biológicos como psicosociales) relacionados con el TDAH, hasta la fecha, ninguno se ha demostrado como causa necesaria y/o suficiente para la manifestación del trastorno” (López y Romero, 2014, p. 78)

2.1.2.4 Modelos psicológicos

2.1.2.4.1 Modelo de Barkley: inhibición, autocontrol y funciones ejecutivas

Este modelo lleva desarrollándose desde hace décadas y ha sido llamado el modelo de autorregulación, ya que, se basa en que existe un retraso en los procesos de inhibición de una respuesta, dicha inhibición es considerada necesaria para el correcto funcionamiento de las funciones ejecutivas. (López y Romero, 2014)

Siendo los elementos de este modelo:

Tabla 5
Elementos del modelo de autorregulación de Barkley

Desinhibición conductual	Déficit de las funciones ejecutivas
- Incapacidad para inhibir respuestas prepotentes (con el reforzador presente)	- Débil memoria de trabajo
- Mantenimiento de respuesta a pesar de demostrarse ineficaces.	- Retraso en la internalización del habla
	- Inmadurez en procesos de autorregulación

Desinhibición conductual	Déficit de las funciones ejecutivas
- Pobre control de interferencias (incapacidad para demostrar respuestas y dirigirse a objetivos a largo plazo)	- Reconstitución dañada (problemas en la capacidad para sintetizar acontecimientos y cadenas conductuales, lo que provoca una escasa capacidad de análisis)

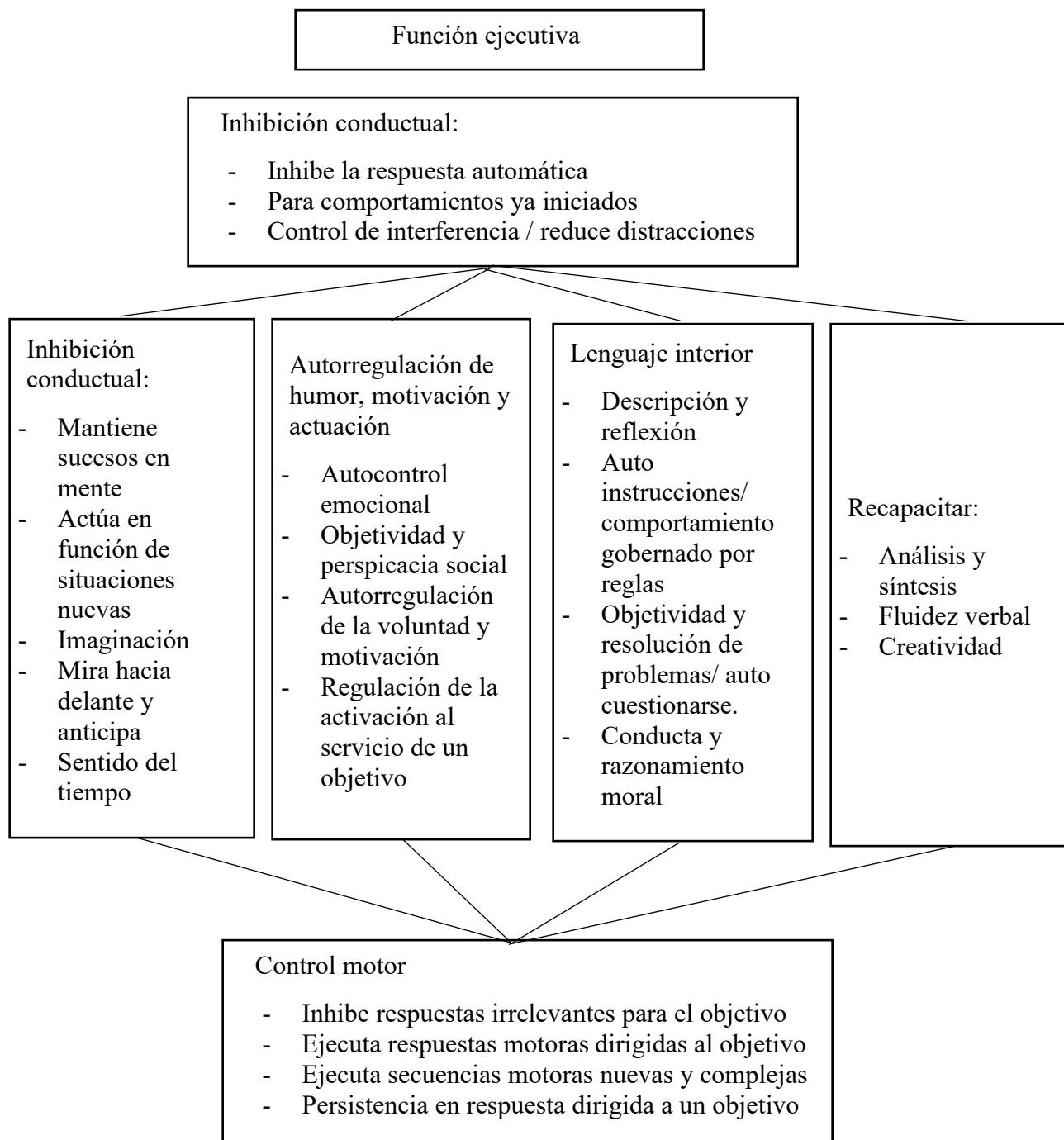
Nota: Elaboración propio

Para poder entender este modelo, es útil detallar sus tres ejes básicos (Tabla 6):

- La inhibición conductual: que permite que actúen las funciones ejecutivas (memoria de trabajo no verbal, internalización del habla o memoria de trabajo verbal, autorregulación de afecto, motivación y activación y la reconstitución) y las ayudará y protegerá de estímulos distractores para su correcta ejecución hacia una meta en un periodo de tiempo. (López y Romero, 2014)
- Funciones ejecutivas: son procesos mentales encubiertos y autodirigidos de conducta que comparten información interna y ejerce control sobre los movimientos, es decir, que ejerce control motor. (López y Romero, 2014)
- Autocontrol: es una conducta en pro a cambiar las consecuencias negativas de un actuar, o sea, el sujeto va a pensar en las consecuencias de sus actos de forma inmediata, otros autores lo definen como la capacidad para dejar una recompensa inmediata y pequeña en pro de conseguir una recompensa grande, aunque tarde un poco más de tiempo. (Soutullo y Díez, 2007)

Figura 4

Funciones ejecutivas acorde al Modelo de Barkley: inhibición conductual y autorregulación.



Nota: este modelo se basa en las dificultades halladas en niños con TDAH, así como también en los circuitos afectados en niños con este trastorno. Adaptado de *Función ejecutiva modelo de Russell Barkley*, por Soutullo y Díez, 2007, Panamericana.

Es así como, este modelo es también considerado híbrido debido a que toma de referencia el origen del TDAH en función de las alteraciones de las funciones ejecutivas en el lóbulo prefrontal y las alteraciones, desviaciones o ruptura del desarrollo neuropsicológico de la autorregulación (López y Romero, 2014)

2.1.2.4.2 Modelo de Brown sobre activación, concentración, esfuerzo, emoción, memoria y acción

Thomas Brown desarrolló un modelo sobre las funciones o capacidades cognitivas complejas, si bien, toma las funciones que ya se han descrito anteriormente por Barkley, las cuales son: activación, concentración y memoria, también, señala con más énfasis la motivación y la regulación emocional, debido a que los niños con este trastorno parecen poseer un problema de voluntad, pues pueden estar viendo televisión o jugando videojuegos durante un periodo prolongado, aunque, muchas de estas actividades están hechas para tener pequeñas recompensas y son de pocos minutos, es por ello que el niño puede disfrutar de estas actividades (Soutullo y Díez, 2007).

Como propone Brown este modelo está compuesto en seis bloques, los cuales son:

Tabla 6

Seis áreas de afectación del TDAH según Brown

Activación	Implica organizar las tareas a realizar y el material necesario, estimar el tiempo, priorizar tareas y empezar a desarrollar una tarea o un proyecto. Los niños con TDAH presentan problemas para poder realizarlos o iniciarlos, además tienden a dejar las actividades para el último momento funcionando siempre con prosas y viviendo al límite.
Concentración	En el caso del TDAH esta alterado las formas de concentrarnos mantener la concentración y cambiar de tarea sin dejar de

	concentrarse, muchos de los pacientes refieren distraerse con estímulos externos e incluso con sus propios pensamientos.
Esfuerzo	El mantener el esfuerzo, mantenerse despierto alerta y despejado son capacidades alteradas en niños con TDAH tienen dificultades con proyectos que requieran un trabajo mantenido y no pueden completarse en un breve período de tiempo, también les resulta dificultoso marcar un ritmo adecuado para culminar la tarea en el tiempo indicado.
Emoción	Aunque no está referido dentro de los criterios diagnósticos los niños con TDAH suelen tener una gran dificultad para manejar sus frustraciones y gestionar sus emociones. Si bien los niños pequeños tienen pataletas y rabietas se espera que con el tiempo maduren, sin embargo, en los niños con este diagnóstico no se produce esta maduración y a pesar de ser mayores sus emociones y su frustración ocurre con mucha facilidad haciéndolos más sensibles que los demás a problemas ambientales.
Memoria	Los niños con TDAH tienen una buena memoria para lo que pasó hace mucho tiempo, pero les resulta difícil recordar lo que acaba de suceder hace unos instantes por ejemplo lo que alguien les acaba de decir, donde acabade dejar un objeto o lo que ellos mismos iban a decir. Les cuesta mantener una idea en la cabeza mientras están haciendo otras cosas, también tienen problemas para recordar información que han memorizado cuando lo requieran sin embargo cuando ya no es requerido lo recuerdan perfectamente.
Acción	Los niños con los niños con TDAH tienen problemas para regular sus acciones tienden a ser impulsivos para hablar o hacer algo así como para monitorizar y tener en cuenta el contexto en el que se encuentran por lo que no pueden modificar sus respuestas ante situaciones concretas. Les cuesta regular el ritmo de sus acciones

y no pueden frenar cuándo es necesario o acelerar para terminar las cosas a tiempo.

Nota: Elaboración propia. Datos tomados de Soutullo y Díez (2007)

2.1.2.4.3 Modelo de Greene sobre el trastorno evolutivo del control de la frustración

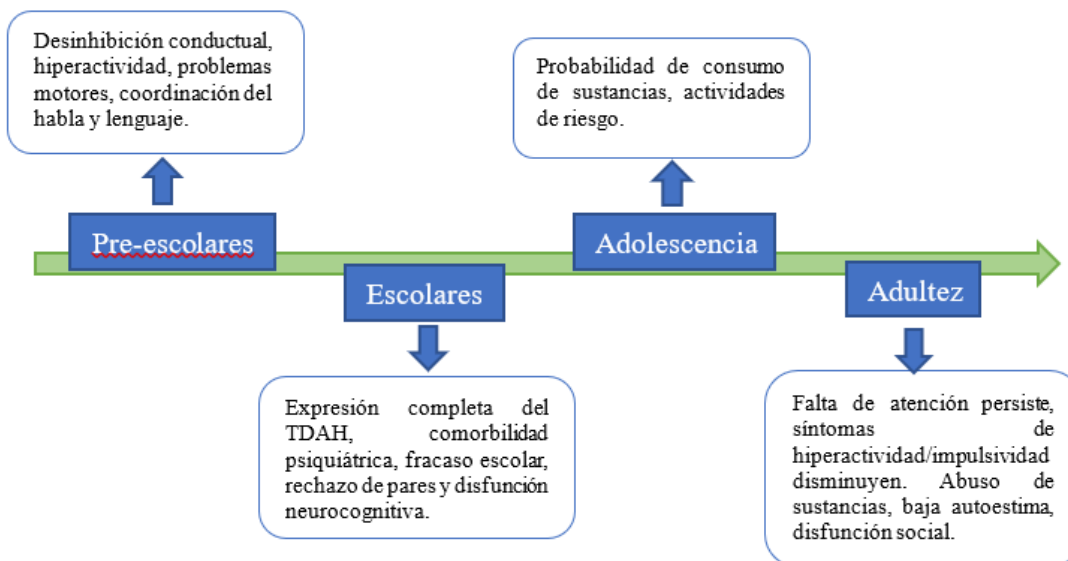
Acorde a Greene estos niños diagnosticados presentan una dificultad evolutiva para controlar su frustración, son niños inflexibles y explosivos, no pueden pensar de forma clara en medio de una situación frustrante y no tienen desarrollado aún la capacidad de ser flexible y tolerar la frustración. Sus pensamientos son inflexibles y no toleran en demasía los cambios, cuando se frustran, pierden el control de su comportamiento, se agitan y se tornan agresivos de forma verbal y física. No toleran la disciplina y los sistemas de puntuación. (Soutullo y Díez, 2007)

2.1.3 Evolución del TDAH

El curso evolutivo del TDAH se muestra acorde:

Figura 5

Curso evolutivo del TDAH.



Nota: Tomado de *Curso Evolutivo del TDAH*, por Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades- Psiquiatría, 2020, MINSA.

De las cuales cada fase pasa a desarrollarse a continuación.

2.1.3.1 El TDAH en población pre- escolar

Usualmente, surgen muchas dudas de si se puede diagnosticar TDAH en la edad preescolar, debido a su naturaleza activa, inquieta y llena de energía, siendo parte de los síntomas que contribuyen al diagnóstico de TDAH, por lo que resulta difícil determinar, cuándo dicha conducta es propia de su edad o parte como indicador para la aparición de este trastorno. Respecto a los manuales diagnósticos, estos resultan ineficientes pues, los padres identifican las conductas como normales en el niño durante esta edad. (Miranda, 2011)

En niños muy pequeños, el TDAH se manifiesta en su temperamento; hasta los tres años el TDAH se presenta como una tardía madurez neuropsicológica, de lo esperado para su edad, un nivel de actividad anormal, tendencia a responder exageradamente ante un estímulo y poca regulación emocional (Miranda, 2011), pero a los tres o cuatro años es cuando los padres empiezan a preocuparse pues, los problemas en la atención y la hiperactividad no son indicativos, ya que, parece que estos problemas serán pasajeros, puesto que, solo el 50% mantendrá el diagnóstico de TDAH a la edad escolar. (Soutullo y Díez, 2007)

Sin embargo, acorde a los manuales diagnósticos los padres identifican la conducta de “en marcha”, siendo descritos como niños muy inquietos (APA, 2000), en la primera infancia aparecen las dificultades en la inhibición, los de déficit de atención se manifiestan entre los 5 y 7 años, pudiendo manifestarse la falta de atención como, comportamientos sin propósitos o distraerse en presencia de varios estímulos. Asimismo, es útil conocer los cambios:

- Carteristas neurocognitivas: en niños preescolares, cuya edad de inicio se da en los tres primeros años y han sido diagnosticados con TDAH presentan:

Menor capacidad de memoria de trabajo, déficit en tareas de vigilancia y control motor, menor capacidad de inhibición y de planificación, y menor flexibilidad para cambiar el foco de atención. Por tanto, el funcionamiento neuropsicológico en niños preescolares puede ser una medida que contribuya a la identificación temprana del TDAH. (Miranda, 2011, p. 50)

- Desarrollo del lenguaje: se ha detectado una mayor incidencia en problemas del lenguaje, presentando: un retraso en la internalización del lenguaje, patrones alterados de respuesta al refuerzo y una aversión a la demora; por lo que, presenta síntomas de hiperactividad e impulsividad, así como, una menor capacidad para comprender relatos y entender la relación causal, coordinación viso-espacial, reconocer diferencias espaciales, conciencia silábica, reconocimiento de fonemas y orientación espacial. (Miranda, 2011)

- Desarrollo motor: según Miranda (2011) señala:

Que los aspectos cualitativos del movimiento, tales como movimientos asociados, coordinación y estabilidad, predicen el diagnóstico del TDAH hasta un año después, además, que la calidad de movimientos no se asocia con algún otro trastorno, por lo que parece estar relacionado con síntomas de hiperactividad. (p. 51)

2.1.3.2 El TDAH en población escolar

Es en esta fase, el TDAH es más evidente, pues, el niño se enfrentará a las demandas académicas, sociales, seguir normas, controlar su conducta, prestar atención, seguir instrucciones, obedecer y la gestión de sus impulsos. Dentro de la familia se observa; conducta oposicionista, rabietas y son menos autónomos, donde se consolida el fracaso escolar a la edad de 10 años. (Soutullo y Díez, 2007)

Es así como, los síntomas de hiperactividad- impulsividad serán más visibles antes de los 6 años, luego los síntomas de inatención que aparecen entre los 5 y 7 años y se mantendrán en años posteriores, finalmente, entre los 8 y los 10 años se dará el “tiempo cognitivo lento” principal característica del subtipo inatento del TDAH. (Miranda, 2011)

El impacto igualmente será distinto:

- En el desarrollo familiar: las conductas de los niños con TDAH tienen un impacto directo en las relaciones con sus padres acerca de sus circunstancias laborales o sociales, donde puedan sentir frustración o preocupación, que se reflejan en el trato diario al niño, dicho crea como consecuencia, problemas en la relación marital, relaciones difíciles padres-hijo, menor eficacia en funciones de paternidad, mayor estrés en los padres y relación con los hermanos (Miranda, 2011)
- En las habilidades de control ejecutivo: Miranda (2011) refiere,

Estos niños tienen una incapacidad para controlar o inhibir la conducta, esto puede deberse al deterioro o retraso madurativo de las funciones ejecutivas de su cerebro ubicado en los lóbulos frontales, teniendo dificultades en: la memoria de trabajo verbal y no verbal, la planificación, la anticipación, fluidez verbal, secuencia motora y tiempo lento de reacción. (p. 54)
- En el lenguaje y el aprendizaje escolar: durante esta fase se identifican dificultades en el lenguaje receptivo (comprensión), lenguaje expresivo (pensamientos y sentimientos) y el uso pragmático del lenguaje de forma correcta. (Miranda, 2011)
- En el desarrollo motor: continúan los rasgos de falta de equilibrio y coordinación motora, que aparecen en el niño hiperactivo preescolar, ahora también, resultan afectados la rapidez

del movimiento, el ritmo, hay problemas de tipo visomotor, la precisión y demora en el crecimiento. (Miranda, 2011)

- En el desarrollo socioemocional: En esta fase los niños empiezan a estar en más contacto con sus pares, lo que conlleva que sean percibidos como diferentes, es frecuente, que experimenten rechazo de parte de sus compañeros y que tengan baja autoestima, puede que, sus compañeros lo perciben como niños escandalosos, crueles, insolentes, etc. Los niños con TDAH presentan un autoconcepto negativo, baja autoestima y problemas de motivación. Ellos tienen necesidades personales tales como: la necesidad de contacto social, suscitar respuestas emocionales de los compañeros (confrontación) y deseos de ser vistos como socialmente competentes y mejores que los otros niños. (Miranda, 2011)

2.1.3.3 El TDAH en población adolescente

En esta fase se reduce la hiperactividad e impulsividad y se consolida la historia de fallo escolar, se observan conductas antisociales entre el 25% al 35%, inicia el consumo de drogas, repetición de cursos en la escuela o la deserción completa (Soutullo y Díez, 2007). Entre sus principales manifestaciones están: la atenuación de la hiperactividad, persistencia de la impulsividad y la inatención, conducta antisocial, consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales y autodevaluación. (Macià, 2012)

2.1.3.4 El TDAH en población adulta

En el caso de adultos, suele presentarse síntomas de déficit de atención y de impulsividad, ya que, respecto a la edad amenoran los síntomas de hiperactividad, se desarrollan, problemas de conducta antisocial aproximadamente entre el 10%-30%, presentando problemas en el trabajo (cumplir horarios, terminar trabajos a tiempo, trabajar por misma causa, entablar amistades con sus compañeros, etc.) para concluir el diagnóstico en esta fase de vista, los síntomas inician desde

los 7 años, como mínimo, debiendo ser clínicamente significativo (Soutullo y Díez, 2007). Teniendo entre sus principales manifestaciones: poca inhibición, continua inatención y la impulsividad, puede persistir la conducta antisocial y problemas en el trabajo. (Macià, 2012)

2.1.4 Factores asociados al TDAH

2.1.4.1 El TDAH ligado al sexo

Acorde a los estudios, en relación con la distribución por sexo, los diagnósticos se realizan en 4:1 por cada niña. Ante estos resultados una cantidad significativa de investigadores encontraron la existencia de un infra diagnóstico en niñas, debido que los problemas de conducta son menos significativos en su repertorio conductual y a la vez presentan menos trastornos del aprendizaje y una mejor habilidad en la lectura lo que influye en ello. (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2010)

Asimismo, acorde al autor anteriormente citado, los síntomas cardinales entre niños y niñas con TDAH presentan diferencias en sus patrones de comportamiento. Mientras que las niñas tienden a presentar más inatención, los niños presentan más componentes de hiperactividad-impulsividad.

Según Biederman et al. (2002), acorde al género, se encontraron las siguientes frecuencias en porcentaje:

- TDAH-C: subtipo mixto o combinado, se presenta más frecuentemente en varones con un 80%
- TDAH-DA: el subtipo déficit de atención, era más frecuente en mujeres 30% vs niños con 16%

- TDAH-HI: el subtipo hiperactivo-impulsivo, siendo el menos frecuente de los tres se encontró 5% en mujeres y 4% en varones.

En cuanto a los factores comórbidos por sexo también se muestran diferencias (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2010)

- Los infantes presentan diagnósticos comórbidos de: TND, trastornos de la conducta y depresión mayor, mientras que, en el aula hay un mayor índice de comportamientos disruptivos e hiperactividad.
- Las mujeres presentan menos síntomas en trastornos de conducta, sin embargo, tienen más riesgo de sufrir trastorno de ansiedad. Durante su estancia en estudios primarios se muestran menos problemáticas y participativas en talleres extraescolares.

Acorde a los estudios de Vázquez et al. (2022), el TDAH se estima una prevalencia de 2-4 veces superior en el sexo masculino. Agregando, Pineda et al. (2001) refiere que el sexo masculino se comporta como un factor de riesgo y el sexo femenino como un factor protector. En el estudio de Balbuena (2017), en Perú, acorde al sexo, se halló una prevalencia de TDAH de 59.6% en varones y 40.4% en mujeres; sin embargo, en el estudio de Diez (2020) se hallaron diferencias significativas, acorde al sexo, según los informantes más comunes que son padres o maestros refieren que el sexo masculino se encuentra en mayor proporción en cuanto a la prevalencia del TDAH.

Esto demuestra la variabilidad existente en cuanto a la prevalencia del TDAH acorde al sexo, la misma que ya ha sido evidenciada por diversos autores. Donde, acorde al diagnóstico, es más común que se evidencie en el sexo masculino, así como el TDAH de subtipo combinado.

2.1.5 Prevalencia

La prevalencia se expresa en porcentajes y se denomina únicamente como: prevalencia (p), mide la cantidad de personas enfermas al momento de evaluar un padecimiento en una población, es por eso por lo que no hay un seguimiento. Debido a su carácter proporcional no tiene dimensiones y nunca podrá tomar valores menores que 0 o más que 1, existiendo dos tipos (Moreno- Altamirano et al., 2000):

2.1.5.1 *Prevalencia puntual*

Es la más común, en esta puede determinar el número de individuos ingresados a internamiento en una clínica por un cuadro de asma, por ejemplo 14% de los sujetos ingresados fue debido a un cuadro de asma (Fajardo- Gutiérrez, 2017).

2.1.5.2 *Prevalencia de período*

Es la tasa de aparición de una enfermedad durante un periodo específico, reflejando la probabilidad de que una persona se convierta en un caso en cualquier dentro de ese momento de intervalo. Sin embargo, un desafío principal de este tipo de prevalencia es que la población total puede variar durante este periodo de tiempo (Fajardo- Gutiérrez, 2017).

Los estudios de prevalencia son también denominados de encuesta o de corte transversal y estos indagan sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia de un evento, teniendo como principal característica, que mide de forma simultánea la exposición y el efecto en un momento del tiempo determinado en una población definida. (Acuña et al., 2021)

Siendo su objetivo principal, según Acuña et al. (2021) “Describir la frecuencia, la distribución, los determinantes de la enfermedad, la magnitud de un problema en una población determinada” (p. 99).

No obstante, posee algunas limitaciones, tales como que no se puede determinar la causalidad, ni la imposibilidad de determinar la duración de la enfermedad y estos estudios solo detectan a aquellas personas que padecen dicha enfermedad. Así como también, la mayoría de estudio no usan muestreo probabilísticos, teniendo un valor limitado, por ende, son estudios que deben ser interpretados con precaución. (Acuña et al., 2021)

Si bien los estudios de prevalencia no se relacionan de forma directa con la causa de una enfermedad o proporcionar pruebas claras de la causalidad son valiosas para evaluar la demanda de atención médica, organizar los servicios de salud y calcular los requerimientos de atención sanitaria (Moreno-Altamirano et al., 2000)

III. MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

El presente estudio pertenece al tipo de investigación no experimental ya que no se manipulo deliberadamente ninguna variable y solo se observó el fenómeno tal y como ocurre en su medio natural para su posterior análisis. (Hernández et al., 2014).

3.2 Ámbito temporal y espacial

- Ámbito temporal, se realizó a partir de una fuente primaria, es decir la misma investigadora recopiló los datos, ubicándose dentro del diseño transversal ya que los datos se “recolectaron en un solo momento en un tiempo único, siendo su propósito el describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández et al., 2014, p. 154), siendo el periodo de tiempo entre noviembre a diciembre del 2022.
- Ámbito espacial: Para el siguiente estudio la población estuvo ubicada en la provincia de Lima Metropolitana específicamente el distrito del Rímac.

3.3 Variables

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Sexo
- Edad
- Grado que cursa
- Subtipos del TDAH: hiperactivo, déficit de atención y combinado
- Trastorno de la conducta

3.3.1 Matriz de operacionalización de la variables

En la tabla 7 se presentan la operacionalización de las variables respectivas.

Tabla 7
Operacionalización de las variables

Variables	Definición Operacional	Tipo	Nivel de medición	Dimensiones
TDAH	Puntuación que presente riesgo moderado o alto con percentil mayor a 90 para Hiperactividad en el EDAH.	Cualitativo	Nominal- categórica	- Subtipo Hiperactivo
	Puntuación que presente riesgo moderado o alto con percentil mayor a 90 para Déficit de atención en el EDAH.			- Subtipo Déficit de atención
	Puntuación que presente riesgo moderado o alto con percentil mayor a 90 para TDAH (combinado) en el EDAH.			- Subtipo Combinado
Sexo	Acorde a lo que el apoderado consigne en el Forms.	Cualitativo	Nominal- dicotómica	- Hombre - Mujer

Variables	Definición Operacional	Tipo	Nivel de medición	Dimensiones
Edad	Acorde a lo que el apoderado consigne en el Forms	Cuantitativo	Razón	- 6 a 12 años
Grado que cursa	Acorde a lo que el apoderado consigne en el Forms	Cuantitativo	Ordinal	- 1° grado - 2° grado - 3° grado - 4° grado - 5° grado - 6° grado
Trastorno de la conducta	Puntuación que presente riesgo moderado o alto con percentil mayor a 90 para Trastorno de la conducta en el EDAH.	Cualitativo	Nominal-categorica	- Solo Trastorno de conducta - TDAH con comorbilidad de Trastorno de conducta.

3.4 Población y muestra

La población estuvo conformada por los apoderados cuyos niños fueron alumnos de primaria (1° grado a 6° grado), de un colegio urbano, matriculados en una institución escolarizada de gestión pública en el distrito del Rímac durante el año 2022, cuyas edades oscilaron entre 6 a 12 años, pertenecientes al salón “A”, siendo un total de 134. El estudio se realizó a través de un muestreo censal, ya que se buscó trabajar con todos los miembros de la población. Según Ramírez (1997) “la muestra censal es aquella donde las unidades de investigación son consideradas como una muestra” (p. 77). Por lo que, se evaluó a toda la población (N=134). De los cuales se recoge, acorde a los datos proporcionados por los apoderados, que el 57% fueron niños y 43% fueron niñas (Figura 6).

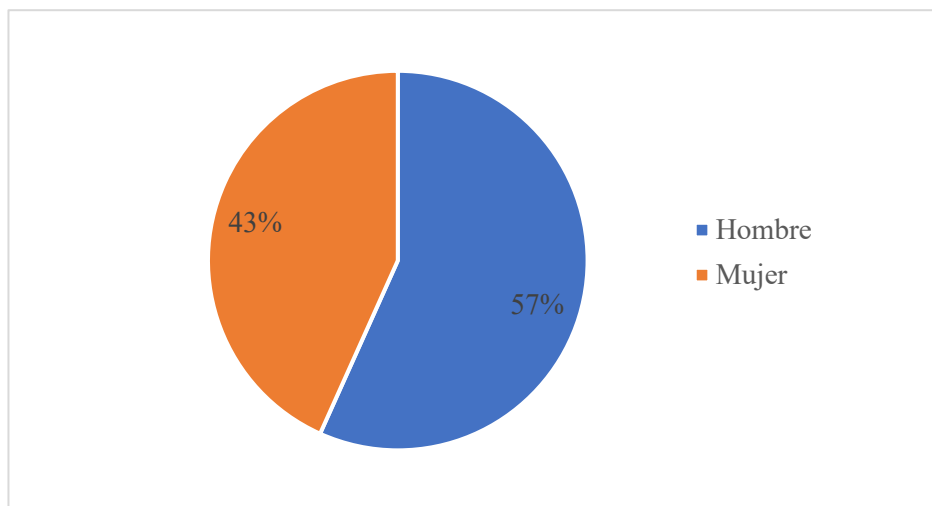
Tabla 8
Distribución respecto al grado que cursa el menor acorde a los datos proporcionados por el apoderado

Grado que cursa el menor	Cantidad de apoderados
1° Grado	22
2° Grado	18
3° Grado	27
4° Grado	21
5° Grado	25
6° Grado	21
Total	134

Nota: Autor propio.

Figura 6

Distribución respecto al sexo del menor acorde a los datos proporcionados por el apoderado



Nota: Autor propio.

3.5 Instrumentos

El instrumento utilizado fue la Escala del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) de Farré y Narbona. Cuyo objetivo es medir los principales rasgos del TDAH: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con dicho trastorno.

Dicho instrumento permite distinguir los tres tipos de TDAH, acorde al DSM IV, siendo los tipos: el TDAH de tipo combinado, el TDAH predominante hiperactivo-impulsivo y el TDAH predominante inatento.

El EDAH está conformada por 20 por ítems, con dos subescalas:

- Hiperactividad- déficit de atención:
 - Hiperactividad – impulsividad: 5 ítems
 - Déficit de atención: 5 ítems

- Trastornos de conducta: 10 ítems

La presentación de los ítems fue de forma combinada, teniendo una duración de 5 a 10 minutos. La respuesta a cada ítem se valora en una escala de 0 a 3, en escala Likert, donde nada=0 y mucho=3. En cuanto al cálculo de las puntuaciones directas de cada subescala se sumarán acorde a cada una de ellas: H, DA y TC. Se calcula la suma de puntuaciones de las tres subescalas y se registra en el formulario. Cada puntuación se compara con los estándares correspondientes, se determina el percentil y se contrasta con el umbral establecido, verificando si lo supera en alguna de las subescalas o en la combinación de esta. Si solo se supera el umbral en la subescala de Hiperactividad, según el DSM-IV, se podría considerar un posible diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio hiperactivo. La presencia o ausencia de trastorno de conducta ayuda a determinar si estos son condiciones adicionales al TDAH o si se tratar de otro tipo de trastorno no asociados al TDAH.

La fiabilidad fue dada por ambos autores en 1997, está dada por el coeficiente de Alpha de Cronbach. Todas las subescala mencionadas, así como la escala global los coeficientes de fiabilidad son igual o superior a 0.90. (Farré y Narbona, 2003)

La validez convergente se halló mediante las correlaciones entre los puntajes de la escala EDAH y los criterios del DSM-IV, obteniéndose coeficientes de 0.76 para hiperactividad, 0.74 para déficit de atención y 0.76 para hiperactividad y déficit de atención y se halló la sensibilidad de 80% y especificidad de 85%. (Farré y Narbona, 2003)

3.6 Procedimientos

Se contactó con las autoridades pertinentes de la Institución Educativa para poder realizar la investigación y se acordó una fecha poder realizar una reunión junto con los docentes para

informar la razón de la investigación, así como la difusión de esta en las respectivas aulas y padres de familia.

Se realizó la reunión en conjunto con todos los docentes de los salones A y el director de la institución educativa y se les dio el enlace de la prueba para que puedan compartirlo de forma directa con los apoderados, el instrumento está en formato Google Forms, conformado por el consentimiento informado, datos sociodemográficos y el test de EDAH, al finalizarlo se otorgó un link con material psicoeducativo para sus hijos. Se dispuso de un tiempo de dos semanas para poder realizar el llenado del test, en el caso de los padres que no respondieron al formulario se les contacto por medios personales (número de teléfono) para poder explicarle la razón de la investigación y realizar el posterior llenado.

3.7 Análisis de datos

Se usó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 25. Se realizó el análisis descriptivo de tablas de frecuencia y porcentaje y para la edad se usaron media y desviación estándar. Para el análisis inferencial se hizo el análisis de distribución normal de los datos mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p < 0.05$) debido a que no hay distribución normal se usaron pruebas no paramétricas.

Para los aspectos psicométricos se utilizaron los programas SPSS y JASP 0.16.4.0 se realizó la validez de contenido estadística mediante la correlación ítem-test y validez de criterio mediante análisis de ítems por índice de discriminación de grupos extremos. Finalmente se realizó el análisis de fiabilidad con los estadísticos de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald's.

3.8 Consideraciones éticas

Se respetó el código de ética dado por la Universidad Nacional Federico Villarreal, en la presente investigación no se realizó experimentos con humanos ni animales, se hizo uso de un consentimiento informado y se reafirmó la confidencialidad de estos, también la participación de los sujetos fue de forma voluntaria y pudieron retirarse cuando lo deseaban. Con el fin del cuidado del medio ambiente y respeto a la biodiversidad esta investigación fue dada por medio online.

IV. RESULTADOS

4.1 Aspectos psicométricos de la Escala de Déficit de Atención e Hiperactividad

4.1.1 Validez

4.1.1.1 Validez de contenido

En relación al instrumento EDAH se realizó una correlación ítem-test con la finalidad de identificar los aportes de cada ítem al puntaje total de cada factor. Para el factor Hiperactividad/Impulsividad se obtuvo un Coeficiente de Alfa de Cronbach es de .76 (IC95%=.70-.82) cuyos valores oscilan .35 y .65 (Tabla 9), lo cual indica que sus reactivos contribuyen a medir el constructo, para el factor de Déficit de atención el Coeficiente de Alfa de Cronbach es de .84 (IC95%=.79-.81) y sus valores oscilan entre .34 y .76 (Tabla 10), lo cual indica que sus reactivos contribuyen a medir el constructo, referente al factor Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad se obtuvo un Coeficiente de Alfa de Cronbach es de .84 (IC95%=.80-.88) cuyos valores oscilan .30 y .65 (Tabla 11), lo cual indica que sus reactivos contribuyen a medir el constructo y finalmente en el factor Trastornos de la Conducta el Coeficiente de Alfa de Cronbach es de .82 (IC95%=.77-.86) y sus valores oscilan entre .19 y .70 (Tabla 12), lo cual indica que sus reactivos contribuyen a medir el constructo a excepción de uno que presenta un valor muy bajo (ítem 9) según Muñiz et al. (2005).

Tabla 9
Correlación ítems test del EDAH en el factor Hiperactividad en estudiantes de primaria

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	3,16	4,890	,654	,686
Ítem 5	3,13	5,696	,354	,790
Ítem 3	3,78	5,239	,605	,706
Ítem 13	3,13	5,110	,515	,736

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 17	3,65	5,147	,598	,707

Tabla 10
Correlación ítems test del EDAH en el factor Déficit de Atención en estudiantes de primaria

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 2	3,19	6,213	,736	,786
Ítem 4	2,93	6,229	,767	,777
Ítem 7	3,54	6,536	,676	,803
Ítem 8	3,29	6,494	,749	,785
Ítem 19	3,17	7,782	,349	,887

Tabla 11
Correlación ítems test del EDAH en el factor TDAH en estudiantes de primaria

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 2	7,40	20,663	,576	,825
Ítem 4	7,15	20,323	,653	,817
Ítem 7	7,75	21,089	,539	,828
Ítem 8	7,51	20,688	,645	,818
Ítem 19	7,39	21,262	,519	,830
Ítem 1	7,19	21,180	,564	,826
Ítem 3	7,81	21,837	,517	,830
Ítem 5	7,16	22,785	,304	,850
Ítem 13	7,16	20,574	,605	,822
Ítem 17	7,68	21,949	,471	,834

Tabla 12
Correlación ítems test del EDAH en el factor Trastornos de la conducta en estudiantes de primaria

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 11	4,28	14,983	,661	,786
Ítem 12	4,51	15,184	,706	,783
Ítem 15	4,26	14,901	,604	,793
Ítem 14	4,22	15,509	,564	,798
Ítem 9	4,53	17,574	,194	,841
Ítem 16	4,60	16,106	,623	,794
Ítem 10	4,47	17,138	,333	,822
Ítem 18	4,86	17,641	,577	,807
Ítem 6	4,33	15,921	,444	,813
Ítem 20	4,81	17,040	,585	,802

4.1.1.2 *Análisis de ítems por índice de discriminación*

Se ha realizado un análisis de ítems por índice de discriminación de grupos extremos usando el estadístico de U de Mann Whitney debido a que no hay distribución normal en la prueba.

Como se observa en la tabla 13, en los 20 ítem se hallan p valores menores a .05, por ende, cada uno de los ítems diferencia significativamente entre niños que resultaron con puntuaciones bajas y altas en este instrumento.

Tabla 13
Análisis de ítems por índice de discriminación en grupos extremos

Ítem	Grupos	Media	Desv. Estándar	U de Mann-Whitney	Sig.
Ítem 1	Bajo	20.17	605.00	140.000	.00
	Alto	40.83	1225.00		
Ítem 2	Bajo	19.50	585.00	120.000	.00
	Alto	41.50	1245.00		
Ítem 3	Bajo	1183.50	1183.50	181.500	.00

Ítem	Grupos	Media	Desv. Estándar	U de Mann-Whitney	Sig.
Ítem 4	Alto	1183.50	1183.50	71.000	.00
	Bajo	17.87	536.00		
Ítem 5	Alto	43.13	1294.00	181.000	.00
	Bajo	21.53	646.00		
Ítem 6	Alto	39.47	1184.00	105.500	.00
	Bajo	19.02	570.50		
Ítem 7	Alto	41.98	1259.50	105.000	.00
	Bajo	19.00	570.00		
Ítem 8	Alto	42.00	1260.00	39.000	.00
	Bajo	16.80	504.00		
Ítem 9	Alto	44.20	1326.00	145.500	.00
	Bajo	20.35	610.50		
Ítem 10	Alto	40.65	1219.50	282.000	.00
	Bajo	24.90	747.00		
Ítem 11	Alto	36.10	1083.00	145.000	.00
	Bajo	20.33	610.00		
Ítem 12	Alto	40.67	1220.00	150.000	.00
	Bajo	20.50	615.00		
Ítem 13	Alto	40.50	1215.00	100.000	.00
	Bajo	18.83	565.00		
Ítem 14	Alto	42.17	1265.00	186.000	.00
	Bajo	21.70	651.00		
Ítem 15	Alto	39.30	1179.00	139.000	.00
	Bajo	20.13	604.00		
Ítem 16	Alto	40.87	1226.00	131.500	.00
	Bajo	19.88	596.50		
Ítem 17	Alto	41.12	1233.50	143.000	.00
	Bajo	20.27	608.00		
Ítem 18	Alto	40.73	1222.00	270.000	.00
	Bajo	24.50	735.00		
Ítem 19	Alto	36.50	1095.00	135.000	.00
	Bajo	20.00	600.00		
Ítem 20	Alto	41.00	1230.00	240.000	.00
	Bajo	23.50	705.00		
	Alto	37.50	1125.00		
	Bajo				

4.1.2 Fiabilidad

La fiabilidad se realizó con el programa estadístico JASP 0.16.4.0. Usando el estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach, ($\alpha > .80$), mostrando una confiabilidad perfecta (Cohen-Manion, 1990) con el IC al 95%, que es el más utilizado en las ciencias sociales. Sin embargo, su aplicación podría no ser la correcta cuando la naturaleza de la escala de respuesta es ordinal, ya que cuando se usa la Alfa de Cronbach es escalas de respuesta Likert, como es el caso, produce un decremento en su magnitud (Elosua y Zumbo, 2008), es por ello que se utiliza otro estadístico más eficientes como la Omega de McDonald's (.894) siendo un método de consistencia interna ya que se consideran cargas factoriales distintas entre los ítems y diferentes grados de errores en medición de los mismos (McDonald, 1999), presentando en todos los índices una alta fiabilidad.

Tabla 14

Fiabilidad del instrumento EDAH

Estimate	Omega de McDonald's	Alfa de Cronbach	mean	Sd
Point estimate	0.894	0.899	13.231	8.820
95% CI lower bound	0.868	0.871	11.738	7.875
95% CI upper bound	0.920	0.922	14.725	10.024

Asimismo, se realizó la fiabilidad ítem por ítem del instrumento EDAH, como se observa todos los valores son mayores a .80, mostrando la existencia de fiabilidad como total del instrumento siendo esta viable.

Tabla 15*Fiabilidad por ítems del instrumento EDAH*

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	Sd
	McDonald's ω	Cronbach α			
EDAH1	0.888	0.894	0.539	1.052	0.769
EDAH2	0.891	0.894	0.536	0.843	0.839
EDAH3	0.888	0.894	0.537	0.433	0.709
EDAH4	0.889	0.893	0.573	1.097	0.812
EDAH5	0.891	0.896	0.451	1.082	0.805
EDAH6	0.891	0.895	0.511	0.657	0.842
EDAH7	0.893	0.896	0.478	0.493	0.811
EDAH8	0.890	0.894	0.546	0.739	0.765
EDAH9	0.897	0.900	0.345	0.455	0.828
EDAH10	0.895	0.901	0.278	0.515	0.712
EDAH11	0.887	0.892	0.617	0.709	0.784
EDAH12	0.889	0.891	0.637	0.478	0.712
EDAH13	0.886	0.893	0.579	1.082	0.823
EDAH14	0.888	0.893	0.573	0.769	0.784
EDAH15	0.889	0.893	0.583	0.724	0.853
EDAH16	0.887	0.892	0.623	0.381	0.623
EDAH17	0.888	0.891	0.642	0.567	0.740
EDAH18	0.890	0.896	0.524	0.127	0.376
EDAH19	0.888	0.894	0.551	0.858	0.806
EDAH20	0.890	0.895	0.559	0.172	0.483

4.2 Prevalencia del TDAH en estudiantes de primaria en un distrito de Lima

Para determinar la prevalencia del TDAH en la población ya mencionada, se debe pasar a detallar la fórmula a utilizar:

$$Prevalencia\ Puntual = \frac{\text{Numero de casos}}{\text{Población total}} \times 100$$

Acorde a los resultados obtenidos, los casos de riesgo moderado y riesgo alto son considerados dentro del número de casos, de forma global se ha hallado que la prevalencia del TDAH es del 25.3%

Tabla 16

Prevalencia del TDAH

PREVALENCIA	
TDAH	25.3%

4.3 Características del TDAH acorde a datos sociodemográficos en estudiantes de primaria en un distrito de Lima.

- Acorde al sexo se encontraron prevalencias de 52.9% en hombres y 47.1% en mujeres.
- Acorde a la edad se hallaron más casos en los estudiantes de 9 años y menos casos en estudiantes de 12 años. Se reporta mayor cantidad de casos en los niños cuyas edades oscilan entre 6 a 9 años (61.7%) a comparación de los niños de 10 a 12 años (38.2%)
- Respecto al grado que cursan se reportaron más casos en niños que cursan 1°, 3° y 5° grado y la menor cantidad de casos reportados fueron en 2° grado. Asimismo, se hallaron

más casos en los alumnos que cursan el 1° al 4° grado de primaria (64.7%) a comparación de los que cursan el 5° al 6° grado (35.2%)

4.4 Prevalencia del TDAH acorde a subtipos en estudiantes de primaria en un distrito de Lima

Al determinar las prevalencias del TDAH acorde a subtipos, se ha hallado:

Tabla 17

Prevalencia del TDAH acorde a los subtipos

	PREVALENCIA
TDAH subtipo Hiperactividad	5.22%
TDAH subtipo Déficit de atención	3.73%
TDAH subtipo Combinado	3.73%.

4.5 Características del TDAH acorde a subtipos y datos sociodemográficos en estudiantes de primaria en un distrito de Lima.

En la tabla 18, se observa en cuanto al TDAH subtipo hiperactivo (TDAH-H) se obtuvo 7 casos de los cuales, la mayor proporción se encontró en el sexo masculino, respecto a la edad se encontró 3 casos en edades de 11 años y 2 casos en edades de 10 años, teniendo como mayor cantidad de casos los niños que cursaban el 5° grado. Respecto al TDAH subtipo Déficit de atención (TDAH-DA) se hallaron 5 casos de los cuales la mayor proporción se encontró en el sexo femenino, referente a la edad se encontró mayor cantidad de casos en niños de 6 años y respecto al grado fueron en mayoría que cursaban el 1° grado. Finalmente, en cuanto al TDAH subtipo Combinado (TDAH-C) el total de casos fue de 5, hallándose mayor proporción en el sexo

femenino, respecto a la edad la mayor cantidad de casos fue en la edad de 9 años y se halló 3 casos en el 3° grado de primaria.

Tabla 18
Datos sociodemográficos acorde a los subtipos de TDAH

TDAH	HIPERACTIVO	DÉFICIT DE ATENCIÓN	COMBINADO
CASOS	7	5	5
SEXO			
Hombre	4	2	2
Mujer	3	3	3
EDAD (años)			
6	0	2	0
7	1	0	0
8	0	1	0
9	0	1	4
10	2	0	0
11	3	1	0
12	1	0	1
GRADO			
1°	1	2	0
2°	0	0	0
3°	0	1	3
4°	0	1	1
5°	4	0	0
6°	2	1	1

4.6 Prevalencia y características del Trastorno de conducta y comorbilidad del TDAH con Trastorno de conducta en estudiantes de primaria en un distrito de Lima.

En cuanto al Trastorno de conducta se presenta una prevalencia del 12.68% (ver tabla 19) siendo este dato en conjunto con los subtipos de TDAH, para el caso de solo trastornos de la conducta se halló una prevalencia de 3.70%

Tabla 19
Prevalencia del Trastorno de la conducta y comorbilidad del TDAH con Trastorno de la conducta

	PREVALENCIA
TRASTORNO DE LA CONDUCTA	3.70%
COMORBILIDAD DEL TDAH CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA	12.68%

Como se observa en la tabla 20, en el caso de TDAH y Trastorno de la conducta, se hallaron un total de 17 casos donde esta comorbilidad existe, en su mayoría fueron del sexo masculino, referente a la edad la mayor cantidad se ubicó en niños de 9 años y el mayor grado que registra estos casos es el 1° y 4° grado. Por otro lado, respecto a los casos de Trastorno de la conducta, se hallaron 5 casos, respecto al sexo la mayor cantidad se halló en hombres; referente a la edad del niño la mayoría de los casos presentados se reportan en niños de 9 años y respecto al grado se hallaron 3 casos en niños que cursan el 4° grado

Tabla 20
Datos sociodemográficos respecto al Trastorno de la conducta y comorbilidad del TDAH con Trastorno de la conducta

TDAH	Comorbilidad del TDAH con T. de la conducta	T. de la conducta
CASOS	17	5
SEXO		
Hombre	10	3
Mujer	7	2
EDAD (años)		
6	1	0
7	3	0
8	2	1
9	6	4
10	1	0
11	4	0
12	0	0

TDAH	Comorbilidad del TDAH con T. de la conducta	T. de la conducta
GRADO		
1°	4	0
2°	2	1
3°	3	1
4°	4	3
5°	3	0
6°	1	0

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se sabe, determinar la prevalencia del TDAH ha generado diversos debates debido a las dificultades para ponerse de acuerdo entre los autores, así como también, la diversidad de factores que ocasionan dicha variabilidad. En este presente estudio, se determinó la prevalencia del TDAH en estudiantes de primaria de un distrito de Lima, hallándose que el 25.3% de los estudiantes cuentan con rasgos de dicho trastorno, dicha cifra concuerda con el estudio realizado por Rivera et al. (2004) donde se halló prevalencia de TDAH del 23.5% al igual que en la investigación de Diez (2020), que halló dicha prevalencia en colegios públicos acorde a los padres y la investigación de Sáenz (2005) realizado en México donde se halló una prevalencia del 20.2%. Respecto a otros estudios, dicha cifra sigue siendo mayor a los resultados encontrados por Tirado-Hurtado et al. (2012) 9.74%, Livia (2012) 16.5% y Balbuena (2018) 18.3% a nivel nacional, mientras que a nivel internacional se hallaron cifras mucho menores como señalan los estudios de Cornejo- Escatell et al. (2015) 9.11%, Llanos et al. (2019) 15% y Pérez- Crespo et al. (2020) 4.06%. Dicha variabilidad, puede deberse al tamaño de la muestra debido a que en el caso de los estudios internacionales cuentan con muestras que oscilan entre las cantidades de 300 a 8000 participantes, mientras que en los estudios nacionales las muestras oscilaban entre 180 y 300 niños, otro de los factores que puede influir en esta variabilidad es el instrumento, siendo el EDAH un instrumento con menos cantidad de ítems, que los ya mencionados en los estudios. También se hallan diferencias respecto al lugar geográfico, mientras que en países asiáticos se cuenta con prevalencias del 6.26% (Wang et al., 2017) y 6.34% (Sharma et al., 2020), en países de habla hispana como España, Colombia y Chile las cifras oscilan entre el 16.5% y 23.5%. Una de las últimas razones por las que se observa esta variabilidad entre las prevalencias, es debido al contexto de la pandemia y las medidas de protección durante el COVID-19, en el estudio de Zhang

et al. (2020) se halló que el estado de ánimo de los padres iba a influir en el estado de ánimo de los niños con diagnóstico de TDAH, llevándolo a la situación estresante que fue la pandemia, se alteró de forma considerable el estado mental de padres y niños, conllevando que los síntomas se intensificaran durante este periodo de tiempo, también, Mallik y Radwan (2021) determinaron en su estudio la presencia tres veces superior de TDAH durante la cuarentena y, por último, el estudio de Rogers y MacLean (2023), indicó que muchos niños y cuidadores informaron un aumento en síntomas del TDAH durante la pandemia por COVID-19.

Respecto al sexo, de los niños que resultaron positivo a la sintomatología del TDAH se encontró prevalencias del 52.9% en hombres y 47.1% en mujeres concordando con los estudios anteriormente mencionados (Anicama, 1997; Balbuena, 2018; Livia, 2012; Llanos et al., 2019; Pérez-Crespo et al., 2020; Tirado- Hurtado et al., 2012) donde se observa mayor porcentaje en varones que en mujeres, el sexo es una de las variables que más se toma en cuenta para diagnosticar TDAH, incluso el ser hombre es considerado un factor de riesgo para dicho trastorno, ya que, acorde a las investigaciones de los años 70' la proporción acorde al sexo era de 10:1 entre hombres y mujeres respectivamente, considerándosele un "*disorder of boyhood*" (trastorno de niños) (Uribe et al., 2019), sin embargo, posterior a ello la brecha decreció en proporción de 4:1 o 3:1 siendo mayor en los hombres ocurriendo en gran parte de los países occidentales (APA, 2014). Por otro lado, el caso de las mujeres existe un infra diagnóstico, ya que muchas veces se tiende a pasar por alto la sintomatología en las niñas (Biederman et al., 2002) esto puede deberse por las diferentes manifestaciones de síntomas, estereotipos de género y la cultura (Otoya et al., 2022) habiendo investigaciones como la investigación de Montiel-Nava et al. (2002) donde se halló mayor prevalencia en mujeres siendo del 8.26% y varones el 6.20%. Por ende, dicha diferencia debido al sexo puede ser causa de diversos factores tales como la cultura, el informante (Montiel-

Nava et al., 2002) o la relación de comportamientos esperados acorde al sexo (Uribe et al., 2019; Otoyá et al., 2022). Acorde a la edad en este estudio se halló la mayor cantidad de casos en niños de 6 a 9 años, siendo acorde a diversos estudios que indican que la edad de aparición de los síntomas es antes de los 12 años, hallándose mayores prevalencias en los niños con edades que oscilan entre los 6 a 9 años. (Diez, 2020; Livia, 2012; López y Romero, 2014; Macià, 2012)

Respecto a la prevalencia acorde a los subtipos de TDAH se halló: TDAH subtipo hiperactivo (TDAH-H) 5.2% siendo mayor en niños de 10 a 12 años de sexo masculino en los grados de 4° a 6° de primaria, el TDAH subtipo Déficit de atención (TDAH-DA) 3.7% fue mayor en niños de 6 a 9 años de edad de sexo femenino y que cursan el 1° al 3° grado de primaria y, por último, el TDAH combinado (TDAH-C) 3.7% fue hallado en mayoría en niños de 6 a 9 años de edad siendo mayor en el sexo femenino y que cursan el 1° al 3° grado de primaria. Como se sabe las prevalencias han sido variables en cada estudio, en el caso de estudios internacionales según Rodríguez et al. (2009) halló TDAH-H con el 1%, TDAH-DA 1.27% y TDAH-C 4.38%, Montiel-Nava et al. (2002) hallaron TDAH-H 0.35%, TDAH-DA 1.14% y TDAH-C 5.70% y Llanos et al. (2019) halló TDAH-H con el 3.1%, TDAH-DA 5% y TDAH-C 7.3%; como se muestra en dichos estudios, la mayor prevalencia se halla en el subtipo combinado, sin embargo, hay estudios como el de Van Meerbeke et al. (2008) se han hallado prevalencias en mayor grado en el TDAH-DA 2.5% . Mientras que en el caso de estudios nacionales Tirado-Hurtado et al. (2012) reportó la mayor prevalencia de los casos en el TDAH-C, al igual que Jara (2009) quien reportó 23 casos en el TDAH-C, Livia (2012) quien reportó para el TDAH-C 56.6% y Balbuena (2018) el 19% en TDAH-C siendo mayor en varones de edades entre los 6 y 7 años, hallándose resultados discordantes a los reportados en este estudio. Esto puede deberse a diversos factores ya mencionados como el instrumento utilizado, el lugar geográfico, el informante y el contexto de la

pandemia, ya que, Bejarano (2020), halló un incremento en síntomas de hiperactividad e impulsividad en niños con diagnóstico de TDAH y, de igual forma, Mallik y Radwan (2021) hallaron mayor presencia de TDAH con aumento en síntomas de impulsividad e irritabilidad.

Finalmente, aparte de evaluar el TDAH el instrumento EDAH refiere también la existencia de un Trastorno de la conducta o una comorbilidad existente, donde se halló resultados de 3.70% de prevalencia para los trastornos de la conducta siendo niños de 6 a 9 años de edad del sexo masculino que cursan el 4° al 6° grado y en el caso de comorbilidad de TDAH con Trastornos de la conducta se halló el 12.68% siendo la mayor proporción niños con edades entre los 6 a 9 años de sexo masculino que cursan el 1° al 3° grado. En los estudios reportados por Rodríguez et al. (2009) se halló comorbilidades con trastornos de ansiedad (46%), trastornos del comportamiento (31%), trastornos por Tics (10%), trastornos del estado de ánimo (9%) y enuresis (12%), mientras que, en el estudio de Llanos et al. (2019) se hallaron comorbilidades de agorafobia y episodios depresivos en el TDAH-DA, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de angustia en el TDAH-H y depresión y riesgo suicida en el TDAH-C. Por ende, se concluye, que se hallaron resultados acordes a los encontrados en esta investigación. Como se sabe el TDAH es un trastorno con muchas comorbilidades siendo en mayor proporción (mayor al 50%) trastornos de la conducta y trastorno negativista desafiante (Soutullo y Díez, 2007). En adición, acorde a la Asociación Española de Pediatría (2022), refieren que ha ocurrido un incremento del 47% en trastorno de salud mental en menores, habiendo un aumento del 2.5% a 7% en trastornos de conducta durante la pandemia.

VI. CONCLUSIONES

- Se halló que la prevalencia de TDAH fue del 25.3% en los estudiantes de primaria, siendo el sexo masculino (52.9%), en cuanto a la edad la mayor cantidad de casos se reportaron en los niños de entre los 6 a 9 años y finalmente, respecto al grado que cursan se reportaron que el 1° al 4° grado la mayor cantidad de casos.
- La validez y confiabilidad del instrumento EDAH, en el primero de los casos se realizó validez de contenido donde se concluye que en cada una de sus dimensiones los reactivos contribuyen en medir dicho constructo. Asimismo, se realizó el análisis de ítems por índice de discriminación, donde se vio que cada uno de los ítems diferencia significativamente entre las puntuaciones de niños sin TDAH o Trastorno de conducta con los que si los poseen. Acorde a la fiabilidad del instrumento presento un alfa superior a .80 mostrando que es viable.
- Acorde a los subtipos de TDAH, el **TDAH- H** tiene la mayor cantidad de casos 5.22% siendo de mayor cantidad de casos en niños cuyas edades oscilan entre los 10 a 12 años, de sexo masculino que cursan entre el 4° y 6° grado de primaria y respecto al **TDAH- DA** y **TDAH -C** se halló prevalencias en 3.73% en niñas de 6 a 9 años que cursan el 1° al 3° grado.
- La prevalencia del Trastorno de la conducta fue de 3.70% hallándose mayores casos en niños con edades entre los 6 a 9 años pertenecientes al sexo masculino que cursaban el 4° al 6° grado; mientras que en el caso de TDAH con comorbilidad de trastorno de conducta se halló una prevalencia de 12.68% se hallaron mayores casos en niños entre las edades de 6 a 9 años del sexo masculino que cursaban el 1° al 3° grado de primaria.

VII. RECOMENDACIONES

- Acorde a los resultados presentados se recomienda realizar réplicas de este estudio en muestras más grandes, con el fin de actualizar los datos periódicamente respecto a la prevalencia en TDAH en nuestro medio, aunado a ello, sería idóneo realizar investigaciones en diversos lugares y así poder abarcar toda la ciudad de Lima o a un nivel distrital o, en escala mayor, la población escolar peruana.
- Respecto al instrumento utilizado, se recomienda poder ahondar más en los distintos métodos de validez con evidencia tanto interna como externas, enfatizando en la validez convergente en conjunto con Manuales Diagnósticos actuales debido a la naturaleza del estudio.
- Acorde al TDAH hay diversos factores que influyen en la variabilidad de sus prevalencias, por lo que es importante identificar los factores asociados en este mismo tales como: edad, sexo, instrumento, informante, lugar geográfico, cultura, nivel socioeconómico, etc. Por lo que es recomendable tomar en cuenta estos diversos factores para los estudios posteriores.
- Se sugiere a los futuros investigadores realizar estudios centradas en las diversas comorbilidades existentes en conjunto con el TDAH y sus subtipos.
- A nivel institucional y legal acorde a la Ley N°30956 es necesario la realización de estudios en son de otorgar a la población herramientas para la identificación, diagnóstico y tratamiento de forma temprana, por lo que se recomienda la realización de charlas informativas orientadas a padres de familia, educadores, auxiliares de educación, directores de centros educativos y psicólogos, así como la realización de material psico- educativo actualizado respecto a este trastorno. Finalmente, añadir, que dichas investigaciones se consideren en la toma de decisiones en políticas de salud públicas.

VIII. REFERENCIAS

- Acuña, M., Bravo, D., Espinoza, M., Cedeño, A., Delgado, D., Castro, J., Sornoza, G., Pinargote, R., Zúñiga, L. y Zambrano, C. (2021). *Diseños de investigación epidemiológica conceptos generales, herramientas y métodos*. Mawil Publicaciones de Ecuador. <https://doi.org/10.26820/978-9942-602-05-3>
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed. Text rev.). <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Amor, L. B., Grizenko, N., Schwartz, G., Lageix, P., Baron, C., Ter-Stepanian, M. & Joobar, R. (2005). Perinatal complications in children with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(2), pp.120–126. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC551167/>
- Anicama, J., Melgar, E., Antinori, B., Araujo, D., Tomás, A., Livia, J. y Ortiz, M. (1997). Desordenes de Déficit de Atención en una población urbana marginal de Lima. *Revista Científica Wiñay Yachay*, 1(1), pp. 63-80.
- Anicama, J., Melgar, E., Livia, J., Ortiz, M., Palacios, J., Tomás, A., y Araujo, D. (1999). Indicadores de Trastorno por Déficit de Atención entre padres e hijos. *Revista Científica Wiñay Yachay*, 3(2), pp. 93-98.

- Asociación Española de Pediatría (7 de mayo del 2022). *La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 7% de los trastorno de salud mental en los menores*. <https://acortar.link/ijvoMa>
- Balbuena, C. (2017). Prevalencia de trastornos por déficit de atención con hiperactividad en escolares del nivel primaria del distrito de Puente Piedra- Lima. *Catedra Villarreal Psicología*, 2(1), pp. 293-302. <https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/317/283>
- Barragán, E., Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández y Palacios, L. (2007) Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medigraphic Artemisa en Línea*, 64(1), pp.1-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075i.pdf>
- Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., Van Tol, D., Pijl, S. J., & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(6), pp. 492–494. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x>
- Bejarano, G. (2020). *Impacto de la pandemia COVID-19 en niños/as y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y desarrollo típico*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Almería]. Repositorio de la Universidad de Almería. <http://hdl.handle.net/10835/9705>
- Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological psychiatry*, 57 (11), pp. 1215-1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A. & Spencer, T. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), pp. 36-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>

- Cardo, E., Servera, M., y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(1), pp. 11-15. <https://n9.cl/8qf66c>
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. & Catalá, M.A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12(1), pp.168- 250. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
- Cornejo-Escatell, E, Fajardo-Fregoso, B, F., López-Velázquez, V.M., Soto-Vargas, J y Ceja-Moreno, H. (2015). Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Revista Médica MD*, 6(3), pp. 190-195. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md153d.pdf>
- Cuffe, S.P., Moore, Ch.G. & McKeown, R.E. (2005). Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the National Health Interview Survey. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), pp. 392-401. <https://doi.org/10.1177/1087054705280413>
- Davidovitch, M., Koren, G., Fund, N., Shrem, M. & Porath, A. (2017). Challenges in defining the rates of ADHD diagnosis and treatment: trends over the last decade. *BMC Pediatrics* 17(1), pp. 218-300. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0971-0>
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillan, R. (2012). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(1), pp. 1-8. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12402-012-0090-6>

- Diez, E.M. (2020). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. ALICIA. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/1162>
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), pp. 508-515. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009>
- Elosua, P. y Zumbo, B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuestas categórica ordenada. *Psicothema*, 20 (4), pp. 898-901. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720458.pdf>
- Fajardo- Gutiérrez, A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia México*, 64(1), pp. 109-120. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- Farré, A. y Narbona, J. (2003). *Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual*. (5a ed.). TEA
- Fernandes, A., Piñon, A. y Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. *Lex Locals*. 1(1), pp. 1-6. <https://repositorio.upt.pt/server/api/core/bitstreams/82a373db-d31b-4d7b-b5fb-178c388ffdec/content>
- Gallegos, N. (2014). *Factores de riesgo en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de 4 a 10 años en una institución educativa nacional de Arequipa* [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. ALICIA. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/4871>

- García de Vinuesa, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos par un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), pp. 107-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2829>
- Gatica-Ferrero, S., Santana-Vidal, P. I., y Valdenegro-Fuentes, L. V. (2020). Evidencia de sobrediagnóstico en el TDAH en base a evaluación neuropsicológica: un estudio en escolares chilenos *Psicogente*, 23(44), pp. 1–21. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3587>
- Guardiola, A., Fuchs, F.D. & Rotta, N.T. (2000). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorders in students: Comparison between mental disorders (DSM-IV) and neuropsychological criteria. *Archivos de Neuropsiquiatría*, 58(1), pp. 401-407. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000300001>
- Guías de Práctica Clínica en el SNS. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya*. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). McGraw-Hill.
- Huang, F., Qian, Q., & Wang, Y. (2015). Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16 (161), pp. 2-8. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0686-1>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2007). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao, Informe General*. Anales de Salud Mental. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>

- Jara, W. (2009). *Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares del distrito de Trujillo*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo]. ALICIA. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/102>
- Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL & Bacon-Shone J. (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry*, 164(1), pp. 8-942. https://www.researchgate.net/publication/14471449_The_Diagnosis_and_Prevalence_of_Hyperactivity_in_Chinese_Schoolboys
- Ley N°30956. Ley de Protección de las personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (02 de junio del 2019). Congreso de la Republica del Perú. https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/ADLP/Texto_Consolidado/30956-TXM.pdf
- Livia S., J., Ortiz M., M., y Velasco V., R. (2012). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima. *Aporte Santiaguino*, 5(2), pp. 103-109. <https://doi.org/10.32911/as.2012.v5.n2.559>
- Llanos, L. J., García, D. J., González, H. J., y Puentes, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), pp. e101-e108. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004&lng=es&tlng=es
- López, C. y Romero, A. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Pirámide.

- López, D., Martín, C., Hernández, J. y Rodríguez, P. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátricas*, 40(1), pp. 40-46.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435117>
- Macià, D. (2005). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia: Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar. (2a. ed.)*. Pirámide.
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Mallik, C. I., & Radwan, R. B. (2021). Impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in changes of prevalence of predictive psychiatric disorders among children and adolescents in Bangladesh. *Asian journal of psychiatry*, 56(1), pp. 102-554.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102554>
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*, 20(3), pp. 249-259.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742009000300006&lng=es&tlng=es.
- Miranda, A. (2011). *Manual Práctico de TDAH*. Síntesis.
- Montiel-Nava, C., Peña, J.A. , López, M., Salas, M., Zurga, J.R., Montiel-Barbero, I., Pirela, D y Cardozo JJ . (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Rev Neurol*, 35(11), pp. 1019-1024.
<https://doi.org/10.33588/rn.3511.2002111>

- Montiel-Nava, C., y Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista Neurología*, 32(6), pp. 506-511. <https://doi.org/10.33588/rn.3206.2000475>.
- Moreno-Altamirano, A., López-Moreno, S. y Corcho-Berdugo, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud pública de México*, 42(4), pp. 1-12. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf>
- Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R., y Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Orellana, C. (11 de diciembre del 2017). *Los criterios diagnósticos del TDAH en la CIE -11*. <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/los-criterios-diagnosticos-del-tdah-en-la-cie-11.html>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *International statistical classification of diseases and related problems* (11th ed.). OMS.
- Otoya Chaves, F., González Aguilar, M. J., y Sequeira Araya, A. (2022). Trastorno de déficit atencional e hiperactividad: Implicaciones para el género femenino en relación con sospecha diagnóstica, diagnóstico y terapéutica . *Revista Médica Sinergia*, 7(9), pp. e896- e965. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i9.896>

- Parker, A. & Corkum, P. (2016). ADHD Diagnosis: As simple as administering a questionnaire or a complex diagnostic process? *Journal of Attention Disorders*, 20(6), pp. 478-486. <https://doi.org/10.1177/1087054713495736>
- Pelayo, J.M., Trabajo, P. y Zapico, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y Realidades. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(1), pp. 7-35. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/CUADERNOS%2011-2%202012.pdf>
- Pérez-Crespo, L, Canals-Sans, J, Saudes-González, E & Guxens, M. (2020). Temporal trends and geographical variability of the prevalence and incidence of attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses among children in Catalonia, Spain. *Nature research*, 14(10), pp. 6397-6452. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63342-8>
- Pineda, D., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B., Henao, G., Gómez, L.F., Mejía, S.E. & Miranda, M. (1999). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(6), pp. 455-462. <https://doi.org/10.1023/A:1021932009936>
- Pineda, D., Lopera, F., Henao, G., Palacios, J. y Castellanos, F. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Rev Neurol*, 32(03), pp. 217-222. <https://doi.org/10.33588/rn.3203.2000499>
- Polanczyk G., De Lima M.S., Horta B.L., Biederman J. & Rohde L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6), pp. 942-8.

https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.2007.164.6.942?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), pp. 434-442.

<https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>

Ramírez, T. (1997). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. PANAPO.

Rivera- Flores, G. (2013). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(2), pp. 1079-1091. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70953-0](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70953-0)

Rivera, L.A., Martínez, H. R., Ortiz, A.B., Ramírez, A.D., Puente, C., Ramírez, M.A y Rodríguez, I. (2004). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de edad preescolar en San Luis Potosí. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 5(5), pp. 462-468. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=26720>

Rodillo, E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica de Las Condes*, 26(1), pp. 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.005>

Rodríguez, C. T., González, I., Arroba, L. y Cabellos, L. (2017). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Revista Pediátrica de atención Pediátrica*, 19(76), pp. 311-320. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322017000500003

- Rodríguez, L., López-Villalobos, J. A., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T., y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), pp. 251-270.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000200006
- Rogers, M. A., & MacLean, J. (2023). ADHD Symptoms Increased During the Covid-19 Pandemic: A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*, 27(8), pp. 800–811.
<https://doi.org/10.1177/10870547231158750>
- Rohde, L. A., Buitelaar, J. K., Gerlach, M. y Faraone, S. V. (Ed). (2019). *La federación Mundial de TDAH Guía. World Federation ADHD.*
https://adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologiaysaludmental/Fed._Mundial_de_TDAH_Guia.pdf
- Rusca-Jordán, F. y Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Sáenz, G. (2005). *Prevalencia del TDAH en escuelas primarias de Chihuahua delimitada por género.* [Tesis de Maestría, Universidad Pedagógica Nacional]. Repositorio de la Universidad Pedagógica Nacional.
<http://200.23.113.51/pdf/22424.pdf>
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Diez, J. A. (2013). Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in

children and adolescents with ADHD. *Actas de España Psiquiatría*, 41(1), pp. 44-51.
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//15/81/ENG/15-81-ENG-44-51-802519.pdf>

Sharma, P., Gupta, R., Banal, R., Majeed, M., Kumari, R., Langer, B., Akhter, N., Gupta, C., & Rain, S. (2020). Prevalence and correlates of Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) risk factors among school children in a rural area of North India. *J Family Med Prim Care*, 9(4), pp.115-118. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_587_19

Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Panamericana.

Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades- Psiquiatría. (2020). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja. MINSA.
<https://www.insnsb.gob.pe/guias-de-practica-clinicas/>

Téllez Villagra, C., Valencia Flores, M., y Beauroyre Hajar, R. (2011). Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(1), pp. 39-44. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47317815008.pdf>

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), pp. e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>

Tirado-Hurtado, B., Salirrosas-Alegría, C., Armas-Fava, L., y Asenjo-Pérez, C. (2012). Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(3), pp. 77-84.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1225/1257>

- Uribe, P., Abarca-Brown, G., Radiszcz, E., & López-Contreras, E. (2019). ADHD and Gender: subjective experiences of children in Chile. *Saúde E Sociedade*, 28(1), pp. 75–91. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181144>
- Van Meerbeke, A., Talero, C., González, R., e Ibáñez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurol Colomb*, 24(6), pp. 6-12. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/82ec5731-d55f-469a-b3c7-250fdb5b42f/content>
- Vaquerizo-Madrid, J y Cáceres- Marzal, C. (2006). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica. *Vox Paediatrica*, 14(2), pp. 22-33. <https://www.spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed14.2pags22-33.pdf>
- Vázquez, M., Castejón, S., Alcón, M., Pitarch, E., Fernández, C. y López, M. (2022). TDAH en atención primaria: prevalencia y derivación a atención especializada. *Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(1), pp. 3-9. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a2>
- Velarde, M.M., Vattuone, J.A., Gomez, M.E. y Vilchez, L. (2017). Nivel de conocimiento sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en médicos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiátrica*, 80(1), pp. 3-11. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000100002
- Vidal, A. (1908). *Compendio de Psiquiatría Infantil*. (2ª ed.). Selene.
- Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Perou, R., & Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), pp. 34-46. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.001>

- Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W., & Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *17*(1), pp. 32-40. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1187-9>
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, *9*(3), pp. 490-498. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Zaray, M. (2018). *TDAH: historia, concepto, evaluación, diagnóstico, sobrediagnóstico y tratamientos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14619/TDAH%20historia,%20concepto,%20evaluacion,%20diagnostico,%20sobrediagnostico%20y%20tratamientos.pdf?sequence=1>
- Zhang, J., Shuai, L., Yu, H., Wang, Z., Qiu, M., Lu, L., Cao, X., Xia, W., Wang, Y., & Chen, R. (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, *51*(1), pp. 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102077>

IX. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Andrea Odalys Martinez Reyes, estudiante de psicología del último año en la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV) de Perú. El objetivo de este estudio es saber la Prevalencia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños de primaria del distrito del Rímac.

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

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarme al número por WhatsApp +51 981553694. No existe ningún riesgo al participar en este trabajo de investigación. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que lo perjudique en alguna forma.

Si bien no existe un beneficio directo para Usted por participar de este estudio, al finalizar, si usted lo desea, se le informará de forma personal y confidencial los resultados obtenidos y se dispondrá un link con material psicoeducativo para su niño/ niña. Su participación en este estudio no tendrá ningún costo.

Desde ya le agradezco su participación

___ Acepto participar de forma voluntaria

TEST EDAH
(Farré, A. & Narbona, J. 1998)

Nombre: _____

Institución: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Responda a cada pregunta seleccionando con un círculo el grado en que a su juicio- el /la menor presenta cada una de las conductas descritas continuación:

0	1	2	3
NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO

1	Muestra excesiva inquietud motora.	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar.	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños/as.	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata solución a sus demandas.	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultades para las actividades cooperativas.	0	1	2	3	TC
7	Se muestra ensimismado, como “en las nubes”.	0	1	2	3	DA
8	Deja inconclusas las tareas que empieza.	0	1	2	3	DA
9	No es bien aceptado por el grupo de compañeros/as.	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a sus compañeros/as.	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas para aquello.	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante.	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, es intranquilo.	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa u objeto.	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio.	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la “regla”, del juego “limpio”.	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable.	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros/as.	0	1	2	3	TC
19	Se frustra fácilmente, es inconstante.	0	1	2	3	DA
20	Accede de mala forma a las indicaciones del profesor/a.	0	1	2	3	TC