UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"Riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero"

Tesis previa a la obtención

del título de Médico General

AUTORA: ***Dámaris Abigail Zula Hidalgo***

DIRECTORA: ***Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Esp.***

LOJA – ECUADOR

2021

Certificación

Loja, 05 de Julio del 2021

Dra. Natashsa Ivanova Samamiego Luna, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:
Haber dirigido, revisado y corregido el trabajo de titulación, previo a la obtención del título de Médico General, titulado:
"Riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero", de autoría de la Srta. Dámaris Abigail Zula Hidalgo, mismo que cumple con los requisitos institucionales establecidos para el efecto, motivo por el cual autorizo su presentación y defensa.

CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA
BANCO CENTRAL DEL ECUADOR
Firmado Digitalmente por: NATASHA IVANOVA SAMANIEGO LUNA

Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Dámaris Abigail Zula Hidalgo, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis titulado **“Riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero”** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales que hicieran del contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: Firmado electrónicamente por: DAMARIS ABIGAIL ZULA HIDALGO

Autor: Dámaris Abigail Zula Hidalgo

C.I: 0603996760

Fecha: 05/07/2021

Carta de autorización

Yo, Dámaris Abigail Zula Hidalgo, autora de la tesis: **"Riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero"**, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDI), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por terceros.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 05 días del mes de Julio del 2021, firma su autora.

Firma: Firmado electrónicamente por: DAMARIS ABIGAIL ZULA HIDALGO

Autor: Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Cédula de identidad: 0603996760

Dirección: Ciudad Victoria

Correo electrónico: damaris.zula@unl.edu.ec/damiz2009@hotmail.com

Teléfono: 0981013562

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Esp.

Tribunal de grado:

Presidenta del tribunal: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

Miembro del Tribunal: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Esp.

Miembro del Tribunal: Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo, Esp.

Dedicatoria

A mis padres y hermanos, quienes con empeño y esfuerzo han sabido apoyarme en cada etapa de mi vida y a lo largo de mi formación profesional.

Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Agradecimiento

Al culminar con este trabajo investigativo, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis docentes, que siempre con sus enseñanzas, valores y amistad, han colaborado, no solo a mi formación académica, sino también a mi crecimiento personal como ser humano. A mi directora de tesis, Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, por todo el tiempo que supo dedicarme constituyéndose mi guía para realizar este trabajo, por su paciencia y dedicación con mi persona.

A mis padres, que, con su amor, dedicación, paciencia y esfuerzo, me ha dado el apoyo y la fuerza para llegar al día de hoy. A mis amigos y a todos quienes, me respaldaron desinteresadamente para el desarrollo y finalización del presente trabajo de investigación.

Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Índice de Contenidos

Carátula……i

Certificación……ii

Autoría…… iii

Carta de Autorización……...iv

Dedicatoria……v

Agradecimiento……vi

Índice de Contenidos……vii

1. Título 1

2. Resumen 2

Abstract……..3

3. Introducción 4

4. Revisión de literatura 6

4.1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 6

4.1.1. Definición..... 6

4.1.2. Epidemiología. 6

4.1.3. Etiología. 7

4.1.4. Factores de Riesgo 8

4.1.5. Clínica 8

4.2. Métodos de Diagnóstico para Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)9

4.3. Especificaciones del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 12

4.3.1. Subtipo Inatento 13

4.3.2. Subtipo Hiperactivo/Impulsivo 13

4.3.3. Subtipo Combinado 14

5. Materiales y Métodos 15

5.1. Enfoque 15

5.2. Tipo de diseño utilizado 15

5.3. Unidad de estudio 15

5.4. Universo y muestra 15

5.5. Criterios de inclusión 15

5.6. Criterios de exclusión 15

5.7. Técnicas 15

5.8. Instrumentos 15

5.8.1. Escala para la evaluación del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) 15

5.9. Procedimientos 17

5.10. Equipo y materiales 17

5.11. Análisis estadístico 17

6. Resultados 18

6.1. Resultados para el primer objetivo …… …… 18

Tabla 1……...18

6.2 Resultados para el segundo objetivo…….19

Tabla 2……...19

6.3. Resultados para el tercer objetivo……..... 20

Tabla 3……...20

Tabla 4……...21

Tabla 5……...22

7. Discusión 23

8. Conclusiones 25

9. Recomendaciones 26

10. Referencias Bibliográficas 27

11. Anexos 30

11.1. Anexo Nº1: Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (EDAH) 30

11.2. Anexo Nº2: Consentimiento informado 33

11.3. Anexo Nº3: Informe de Pertinencia 36

11.4. Anexo Nº 4 Designación de Director de Tesis 37

11.5. Anexo Nº5:Autorización para desarrollo de trabajo de investigación 38

11.6. Anexo Nº6: Autorización de primera prórroga 39

11.7. Anexo Nº7: Autorización Ampliación de Cronograma 40

11.8. Anexo Nº8: Fotografías 42

11.9. Anexo Nº9 Certificado de Traducción……...43

11.10. Anexo Nº10: Proyecto 44

1. Título

Riesgos para trastorno por déficit de atención e hiperactividad En Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero

2. Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un es un desorden neurobiológico y se describe como un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. A pesar de su trascendencia no se evidenciaron estudios en la "Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero" lo que motivó a determinar el riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; establecer el riesgo según el sexo de los niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero y conocer el porcentaje de cada especificación de TDAH con alto riesgo. Este estudio descriptivo, cuantitativo de cohorte transversal se efectuó en una población de N=78 escolares, en quienes se aplicó la escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (EDAH).Obteniendo como resultados N= 5 (13,51%) niños con riesgo elevado para TDAH, y N= 5 (12,20%) niñas en la misma categoría. En relación a la especificación de TDAH el subtipo déficit de atención resultó ser el más frecuente (10,26%), seguido del subtipo combinado (5,13%), y finalmente el subtipo hiperactivo (3,85%). El estudio concluyó que el riesgo elevado para trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, fue más frecuente en el sexo masculino que en el femenino y predominó el subtipo déficit de atención.

Palabras clave: neurodesarrollo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, comportamiento

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurobiological disorder and is described as a persistent pattern of inattention, hyperactivity and impulsivity. Despite its significance, no studies were evidenced in the "Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero" which motivated me to determine the risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder; establish the risk according to the sex of the second-year children of Basic General Education of the Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero and know the percentage of each specification of ADHD with high risk. This descriptive, quantitative cross-sectional cohort study was conducted in a population of N=78 schoolchildren, in whom the Evaluation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (EADH) scale was applied. Obtaining as results N= 5 (13.51%) children at high risk for ADHD,and N= 5 (12.20%) girls in the same category. In relation to the ADHD specification, the attention deficit subtype was the most frequent (10.26%), followed by the combined subtype (5.13%), and finally the hyperactive subtype (3.85%). The study concluded that the high risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder was more frequent in males than in females, and the attention deficit subtype predominated.

Keywords: neurodevelopment, clinical manifestations, diagnostic, behavior.

3. Introducción

Según la American Psychiatric Association (APA, 2013) en el Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un desorden neurobiológico que afecta tanto a adultos como a niños, se describe como un patrón persistente o continuo de inatención, hiperactividad e impulsividad, la prevalencia general descrita para esta psicopatología se estima en torno al 5% para niños en la mayoría de las culturas, siendo superior en el género masculino que en el femenino.

La prevalencia del TDAH varía sustancialmente entre distintos países. A nivel de Latinoamérica se han encontrado niños/as con TDAH en la etapa escolar en un 5,29%, los mismos que debido a su dificultad para mantener la atención, presentan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento a pesar de contar con inteligencia normal, e incluso tienden a no completar su educación (Díaz et al., 2019).

Ramos et al. (2015), por su parte afirman que en Ecuador la prevalencia de TDAH, teniendo en cuenta cada especificación, es del 7,3% para el subtipo combinado, 6,5% para el subtipo desatento y 2,85% para el subtipo hiperactivo/impulsivo. Además se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género.

En la actualidad existe una gran presión por parte de las instituciones educativas y de los padres para que los clínicos diagnostiquen a ciertos niños con TDAH ya que los derechos de las personas con necesidades educativas especiales están garantizados desde la constitución, que en su artículo 347, numeral 2, dispone que “los centros educativos serán espacios de detección temprana de requerimientos especiales”. De estos principios constitucionales se deriva el artículo 47 de la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI), así como los artículos 227, 228, 229 y 230 del Reglamento, los cuales establecen que el Ministerio de Educación, a través de su planta central y de sus niveles desconcentrados, promoverá el acceso y permanencia el en sistema educativo de las personas con necesidades educativas especiales, dentro de estas, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y otros trastornos del comportamiento.

Sánchez y Bachiller (2017), mencionan que los síntomas de este trastorno afectan al funcionamiento cognitivo, académico, emocional, social y al comportamiento de los individuos los mismos que pueden experimentar dificultades para mantener la atención, la función ejecutiva y la memoria de trabajo.

Siendo así, los niños y niñas diagnosticados con TDAH, tienen garantizado en el sistema educativo, un tratamiento especial de acuerdo a sus necesidades específicas, lo que requiere su detección temprana y oportuna. Para ello las Instituciones Educativas requieren del trabajo coordinado tanto de sus directivos, como también de los docentes y personal de los departamentos de Consejería Estudiantil, sin dejar de lado el papel fundamental de la familia en el proceso educativo de estos niños.

Estos Argumentos motivaron este estudio que se circunscribe dentro de la línea de investigación "Salud Enfermedad del Niño/a y Adolescente" de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja coherente con las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública en el Área 11, Salud Mental y Trastornos del comportamiento. Línea: Trastornos de Atención, cuyos objetivos fueron determinar el riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, así como, establecer el riesgo según el sexo, y conocer el porcentaje de cada especificación de TDAH con alto riesgo en los niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero.

Se pretende promover la identificación temprana de niños con alto riesgo de padecer esta patología, optimizar su diagnóstico y posterior tratamiento para beneficio no solo de estudiantes sino también de padres de familia y docentes.

4. Revisión de literatura

4.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

4.1.1. Definición. "Es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la triada sintomática: dificultades de atención, hiperactividad e impulsividad" (Quintero & García, 2019, p.30).

Cabases et al. (2010), mencionan que el TDAH es una alteración de la función ejecutiva, lo mismo que se refiere a las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada. Las tareas cognitivas necesarias para la función ejecutiva son: la memoria de trabajo, la inhibición (motora, cognitiva o emocional), la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias.

La propuesta del DSM-5 (2013), plantea que el TDAH se caracteriza por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo, que presentándose en diferentes escenarios de la vida del paciente, provocaría dificultades en su funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral.

4.1.2. Epidemiología. En el Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5 (2013), la prevalencia general descrita para esta psicopatología se estima en torno al 5% para niños en la mayoría de las culturas, siendo superior en el género masculino que en el femenino.

Las regiones con mayor variabilidad en los rangos de prevalencia son África y América del Sur, que además tienen las mayores cifras de prevalencia, las cuales de manera general se encuentran muy por encima de la media. Según la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH, en Latinoamérica hay 36 millones de personas afectadas, con menos de una cuarta parte recibiendo un manejo adecuado (Llanos et al., 2019).

Quintero y García (2019), mencionan que "Entre el 3 y el 7% de los niños en edad escolar pueden presentar TDAH; estas cifras se han mantenido estables, incluso con los criterios diagnósticos más exigentes" (p.30).

Francia et al. (2018), mencionan que una cifra generalmente aceptada sitúa la prevalencia del TDAH en torno al 5% de la población infantil y según su clasificación es frecuente el subtipo combinado: 60%, inatento: 30%, hiperactivo-impulsivo:10%, con máxima prevalencia de seis a nueve años. La relación masculino: femenino varía desde 3:1 a

5:1. En la actualidad se estima que de cada 100 niños en edad escolar de tres a cinco presentan TDAH

Llanos et al. (2019), en un estudio realizado en Barranquilla de los 383 sujetos evaluados inicialmente, 178 resultaron ser casos de algún tipo de alteración, de estos se confirmó que 59 (15%) tenían diagnóstico de TDAH, con una proporción de 38 varones y 21 mujeres, lo que arroja una relación 2:1, la distribución por subtipos se dio en 7,3% combinado, 5% inatento y 3,1% hiperactivo.

Rodríguez et al. (2017), por su parte han encontrado una prevalencia del 2,28% de este trastorno, teniendo en cuenta que el 23,15% se presentó en niñas y el 76,85% en niños, siendo el motivo de consulta más frecuente los problemas de aprendizaje (39,82%). Asimismo, a través de una revisión sistemática y metaanálisis de 14 estudios, que incluían un total de 13 023 niños y adolescentes, se ha estimado una prevalencia global del 6,8% en España, siendo mayor en varones que en mujeres

4.1.3. Etiología. Según Rodríguez et al. (2017), este trastorno tiene un origen neurobiológico, resultado de una compleja interacción de factores genéticos y ambientales prenatales, perinatales o posnatales que llevan a una alteración de la neurotransmisión dopaminérgica,

Por su parte Wilens et al. (2018), afirman que su etiología es principalmente genética, afectando al desarrollo y funcionamiento de diferentes áreas cerebrales, en concreto de las regiones prefrontales, entre otras.

Hudson (2017), explica que las funciones de los lóbulos frontales son controlar la conducta irracional y lógica, capacitar para el pensamiento antes de actuar y la inhibición de ciertas respuestas emocionales; para ello, las neuronas utilizan unas sustancias químicas llamadas neurotransmisores, mediante el cual se comunican, y en el caso de personas con TDAH, se ha comprobado que tienen menos actividad neurotransmisora de lo normal en la región del lóbulo frontal, lo cual explicaría que niños con TDAH asuman más riesgos y manifiesten espontaneidad y una falta de concentración. Además considera que el TDAH generalmente se repite en una misma familia aspecto que sugiere la existencia de un vínculo genético, aunque también puede verse influido por factores ambientales y de estilo de vida.

Existen diversas investigaciones que analizan si existe alguna relación entre el comportamiento de niños con TDAH y una posible alteración en el cerebro o alguna alteración genética; sin embargo, no se menciona en el DSM-5 ningún estudio conclusivo. Actualmente no hay marcadores biológicos, electrofisiológicos, ni de neuroimagen, que tengan utilidad clínica para fines de diagnóstico del TDAH (Martinhago et al., 2019).

4.1.4. Factores de Riesgo. En cuanto a la relación con factores ambientales, se afirma la existencia de correlaciones ambiguas y variadas con: a) bajo peso al nacer, aunque la mayoría de los niños con esta característica no desarrolla TDAH; b) consumo de tabaco durante la gestación; c) vínculos con la dieta; d) aspectos relacionados con la historia de vida, tales como maltrato infantil, negligencia o convivencia en hogares adoptivos; e) exposición a neurotóxicos, a infecciones, o a consumo de alcohol. Se atribuye a dichos factores estar potencialmente asociados al TDAH, a pesar de no haber demostraciones claras de una influencia causal de ninguno de estos factores. Es por esto que a pesar de que se habla en términos de probabilidades y que se dice que estos factores indicarían la existencia del trastorno, no se afirma que exista una relación directa o causal entre esos factores y el trastorno (Martinhago et al., 2019).

Según Martinhago et al. (2019), desde su punto de vista analítico el DSM-5 considera una amplia gama de factores como potenciales o posibles causas del TDAH, desde el uso de alcohol o tabaco en el embarazo, el bajo peso al nacer, la existencia deproblemas fisiológicos como el atraso motor, hasta supuestos factores genéticos. La centralidaddada a estos supuestos factores biológicos lleva a limitar y a desconsiderar la influencia que pueden tener en el comportamiento del niño, los conflictos familiares o escolares, así como el sufrimiento que esos conflictos pueden suscitar en la primera infancia. Desconsidera también que esos comportamientos pueden ser la respuesta simbólica encontrada por el niño para hacer frente a una situación que considera adversa.

4.1.5. Clínica. La clínica de un niño de TDAH es heterogénea por lo que hay que tener en cuenta que esta también puede atribuirse a otras dificultades y a otros trastornos psiquiátricos, neurológicos y médicos.

Para identificar a un niño con TDAH, es necesario observar la hiperactividad, al no poder sentarse quietos, al manifestar una conducta desafiante en clase, al demandar atención, lo cual significa constantes llamados de atención, puesto que pueden actuar como bufón de la clase, o molestarse y estallar emocional y temperamentalmente (Hudson, 2017).

Los niños pueden mostrarse irritables, agresivos, desafiantes, a tal punto que sus padres los describen como excesivamente inquietos, con dificultad para permanecer tranquilos, y con dificultades para seguir instrucciones complejas (Duran & Gásperi, 2018).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, consiste en un "Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo" (p.33).

Quintero y García (2019), afirman que la sintomatología se encuentra siempre en un grado inapropiado para la edad de quien lo padece y con interferencia en el normal funcionamiento del sujeto en al menos dos entornos de su vida cotidiana, es decir, en su entorno escolar, familiar o social, además de en el desarrollo personal. Este último entorno es importante, ya que afecta de manera frecuente a la construcción del autoconcepto y autoestima de quien padece un TDAH.

4.2. Métodos de Diagnóstico para Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Decidir si un niño tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un proceso de varios pasos. No hay un único examen para diagnosticar el TDAH y hay muchos otros problemas, como la ansiedad, la depresión y ciertos tipos de trastornos del aprendizaje, que pueden presentar síntomas similares.

Rodríguez et al. (2017), manifiestan que los síntomas de TDAH son comunes a la población general y se representan como un continuo (en el cual los límites de la normalidad se establecen de una forma relativamente arbitraria), de modo que podríamos decir que se trata de los extremos de un comportamiento normal. Por tanto, no es la presencia del síntoma en sí (inatención, hiperactividad, impulsividad) lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y la frecuencia con la que se presenta respecto a la edad de desarrollo del niño y a su contexto y, sobre todo, la repercusión que tiene en el funcionamiento diario del individuo. Existe, por tanto, una gran controversia en la comunidad científica sobre las dimensiones reales de este trastorno. Un problema importantees el sobrediagnóstico de TDAH que se puede presentar debido a que los instrumentos de diagnóstico no son totalmente eficaces. Dicha controversia y diversidad de opiniones dificulta el diagnóstico del TDAH, por lo que hoy en día continúa sin existir ninguna prueba diagnóstica patognomónica y los criterios diagnósticos definitorios se siguen debatiendo.

El diagnóstico clínico sobre cualquier psicopatología se establece a partir de la anamnesis o historia clínica detallada de la información aportada tanto por el propio paciente como por las personas cercanas, siendo esta última de vital importancia cuando se trata de psicopatologías de inicio en la infancia.

Siguiendo con el Manual de la APA (2013) los criterios diagnósticos propuestos y especificados para la apreciación del Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad son los siguientes:

A) Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiera en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2):

1. Inatención (desatención): 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 y que presenta un impacto directo en las actividades sociales y académico- laborales:

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación de comportamiento oposicionista, desafiante, hostilidad, o fallo en la comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 años o más), al menos se requieren cinco síntomas.

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.ej. pérdida de detalles, trabajo sin precisión).

b.- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (p.ej. tiene dificultades para permanecer centrado durante conferencias, conversaciones, o lecturas largas).

c.- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej. la mente parece estar en otro sitio, incluso ausente sin distracciones aparentes).

d.- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (p.ej. empieza las tareas pero rápidamente pierde el interés y fácilmente se distrae).

e.- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej. dificultades en la realización de tareas secuenciales, para guardar su material y sus pertenencias siguiendo un orden, desordenado/confuso, trabajo desorganizado, pobre administración del tiempo, falla en seguir los plazos).

f.- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej. trabajos escolares o domésticos, para adolescentes y adultos, preparar informes, completar formularios, revisar documentos largos/extensos).
g.- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, relojes, llaves, gafas, teléfonos móviles).
h.- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en el caso de adolescentes en edad avanzada y adultos podría incluir pensamientos no relacionados).
i.- A menudo es descuidado en las actividades diarias (p.ej. hacer las tareas, hacer recados, para adolescentes en edad avanzada y adultos devolver llamadas, pago de facturas, mantener citas.
2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad o impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que presenta un impacto directo en las actividades sociales y académico-laborales:
Nota: Los síntomas no son solo una manifestación de comportamiento oposicionista, desafiante, hostilidad, o fallo en la comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 años o más), al menos se requieren cinco síntomas.
a.- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
b.- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej. abandona su lugar en la clase, en la oficina o lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren la permanencia en el lugar).
c.- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (Nota: en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
d.- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
e.- A menudo «está en marcha» o suele actuar como si estuviera «conducido por un motor» (p.ej. incomodidad para estar o permanecer tiempos prolongados, como en restaurantes, encuentros; puede ser percibido por otros como inquieto o con dificultad para tratar con él).
f.- A menudo habla en exceso.
g.- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
h.- A menudo tiene dificultades para guardar turno (p.ej. guardar la cola).
i.- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede empezar usando las cosas de otras personas sin

preguntar o recibir permiso; para adolescentes y adultos, intromisión o asunción de lo que otros están haciendo).

B) Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.

C) Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (p. ej. en el hogar, escuela, o trabajo; con los amigos o pareja; en otras actividades).

D) Deben existir evidencias claras de que los síntomas interfieren con, o reducen la calidad de, el funcionamiento social, académico, u ocupacional.

E) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una 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, Trastorno de la Personalidad, Intoxicación por Sustancias o retirada de las mismas –Abstinencia–).

(p.59-61)

Para tratar de evitar problemas de sobre o infradiagnóstico es importante recalcar la necesidad de conocer y utilizar mejor los diversos instrumentos de diagnóstico, haciendo hincapié en que el DSM-5 y las escalas de valoración del TDAH (Conners y EDAH) se basan solo en criterios categoriales preestablecidos. Son pruebas complementarias, pero no son diagnósticas de forma directa y por ello no deben sustituir en ningún caso a la observación clínica. Por otra parte, es importante mencionar que se deben conocer los criterios de inclusión, así como los de exclusión, dado que el diagnóstico diferencial de un posible TDAH es amplio y heterogéneo, con múltiples causas neurológicas, pediátricas y psicosociales. El diagnóstico debe realizarse siempre de forma rigurosa por un equipo multidisciplinario (Rodríguez et al., 2017).

4.3. Especificaciones del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Señalados los requisitos que debieran concurrir para el diagnóstico de la patología, se procede a señalar la especificación que se deberá realizar de acuerdo con la prevalencia de uno u otros síntomas. Siguiendo las especificaciones la APA (2013) en el DSM-5 diferencia tres grandes grupos de especificadores:

Según el predominio sintomatológico; es decir, según el subtipo (o tipo) en que pudiera presentarse el Trastorno, podrían distinguirse:

- Tipo con presentación predominantemente inatenta (Código en el DSM 314.00), donde se presenta el criterio A1, en ausencia del A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses (F90. 0 de la CIE-10).
- Tipo con presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva (Código en el DSM 314.01), el cual estaría basado en la cumplimentación del criterio A2, en ausencia del A1 (inatención), durante los últimos seis meses (F90.1 de la CIE-10).
- Tipo combinado (Código en el DSM 314.01), el cual requeriría de la cumplimentación tanto del criterio A1 como del A 2 durante los últimos seis meses (F90. 2 de la CIE-10). (p. 60-61)

A diferencia de lo que sucede con gran parte de los síntomas definidores de otras patologías, los descriptores típicos del TDAH pudieran aparecer con mayor frecuencia en la población general. De este modo, del análisis topográfico y funcional de la conducta dependerá su consideración como patológica o no (Bravo et al., 2017).

4.3.1. Subtipo Inatento. Según Guerrero (2020), en este caso prevalece la intención del niño sobre la conducta más impulsiva. Este subtipo es bastante más frecuente en las niñas que en los niños. Debido a sus manifestaciones encubiertas, suele ser más difícil de diagnosticar y se hace a una edad más tardía que la presentación hiperactiva/impulsiva. En el colegio estos niños suelen ser tímidos, no molestan a sus compañeros pero se muestran muy distraídos, como en su mundo.

Piñón et al. (2017) mencionan que basándose en los criterios de diagnóstico CIE-10 estos pacientes pueden presentar: 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) Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. 5) Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6) A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido. 7) A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc. 8) Fácilmente se distrae ante estímulos externos y 9) Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias

4.3.2. Subtipo Hiperactivo/Impulsivo. Es el subtipo que más fácil se ve, ya que al ser niños impulsivos y muy activos, son conductas observables para cualquier persona (Guerrero, 2020)

En esta especificación el paciente puede presentar: 1) Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento. 2) Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3) A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4) Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5) Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. 6) Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 7) A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. 8) A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 9) Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales (Piñón et al., 2017).

4.3.3. Subtipo Combinado. Es la presentación más frecuentemente diagnosticada ya que reúne las características generales del subtipo inatento y del hiperactivo/impulsivo (Guerrero, 2020).

Según el DSM-5 (2013), el TDAH combinado, engloba un mínimo de 6 síntomas de déficit de atención y un mínimo de 6 síntomas de hiperactividad e impulsividad; el TDAH predominante inatento, se conforma de un mínimo de 6 síntomas de déficit de atención; TDAH predominante hiperactivo/impulsivo, se configura con un mínimo de 6 síntomas de hiperactividad e impulsividad.

5. Materiales y Métodos

5.1. Enfoque. Cuantitativo.

5.2. Tipo de diseño utilizado. Descriptivo, transversal.

5.3. Unidad de estudio. Unidad Educativa Fiscal "Teniente Coronel Lauro Guerrero" ubicado en Av. Salvador Bustamante Celi, Sector Amable María (frente al Parque Industrial) en la ciudad de Loja. En el lapso de un año (Abril 2019 - 2020).

5.4. Universo y muestra. 78 Estudiantes de segundo año de Educación General Básica de la Institución Educativa mencionada

5.5. Criterios de inclusión.

- Estudiantes legalmente matriculados que asistieron regularmente a clases durante el período de estudio, cuyos representantes legales firmaron el consentimiento informado.

5.6. Criterios de exclusión.

- Estudiantes con psicopatología diagnosticada con o sin tratamiento.

5.7. Técnicas: La información que permitió cumplir los objetivos propuestos se obtuvo mediante la Escala de Evaluación EDAH.

5.8. Instrumentos.

5.8.1. Escala para la evaluación del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) (Anexo Nº1)

A partir de la experiencia con las escalas de Conners adaptadas y los estudios sucesivos realizados a partir de ellas, los autores Anna Farré y Juan Narbona consideraron la conveniencia de elaborar una nueva escala que, manteniendo las cualidades de las anteriores, pudiera adaptarse a los nuevos conocimientos.

El EDAH tiene el objetivo de medir los principales rasgos del TDAH y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome. Está destinada a la evaluación de niños de 6 a 12 años.

Descripción: Tiene una aplicación individual (para el profesor del sujeto a evaluar). Su duración es de aproximadamente 5 a 10 minutos y su ámbito de aplicación es en niños de 6 a 12 años.

Significación: medida de los principales rasgos del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y de los Trastornos de Conducta que puedan coexistir con el síndrome

Baremación: Baremos en centiles para las cuatro subescalas por cursos de 1º de primaria a 6º de primaria. Mediante puntos de corte se establecen niveles de riesgo de padecer el trastorno.
Material: Hoja de anotación autocopiativa que contiene el cuestionario para el profesor.

Aplicación: El cuestionario deberá ser contestado por el profesor del niño. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia con que percibe la conducta descrita siendo:

Nada	=	0
Poco	=	1
Bastante	=	2
Mucho	=	3

Para calcular las puntuaciones directas de cada subescala se suman las puntuaciones correspondientes a los ítems de cada una de ellas (H, DA y TC), destacadas con diferentes instensidades de gris. Luego se anota el resultado en el cuadro de la parte inferior de la hoja de anotación. Se halla también la suma de H y DA y la suma de las tres subescalas y se anota igualmente en el cuadro. Cada puntuación se contrasta con los baremos, se obtiene el centil correspondiente y se contrasta con el punto de corte, comprobando si lo supera en alguna de las subescalas o en la combinación de ellas.

Si las puntuaciones superan solo el punto de corte en la subescala Hiperactividad, siguiendo la nomenclatura del DSM-IV, cabe suponer un posible diagnóstico de TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo. Si las puntuaciones superan sólo el punto de corte en la subescala Déficit de atención, el diagnóstico apuntaría hacia el TDAH con predominio del déficit de atención. Si las puntuaciones superan el punto de corte en las dos subescalas Hiperactividad y

Déficit de Atención, el diagnóstico será de TDAH tipo combinado. La presencia o ausencia de Trastornos de Conducta ayuda a definir si éstos son concomitantes al TDAH o si se trata de otro tipo de trastorno sin TDAH de base.

5.9. Procedimientos. Los objetivos de la investigación se socializaron individualmente a los Docentes de Segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero, se explicó detalladamente los 20 ítems contenidos en el test EDAH, la manera de calificar, y se despejó dudas.

Se solicitó a los Docentes, los listados de los estudiantes matriculados en cada paralelo, y con información otorgada por el Departamento de Consejería Estudiantil, se excluyó a los estudiantes con previo diagnóstico de TDAH, luego se programó reuniones con cada docente para la aplicación de la escala EDAH. La valoración de la escala se realizó de forma individual tomandoen cuenta las conductas de los estudiantes presentadas en el aula.

Para la tabulación, se realizó una sumatoria de las especificaciones más frecuentes encontradas en cada niño y según el baremo correspondiente se asignó el nivel de riesgo en el que se encuentran.

Con los resultados, se creó una base de datos en el programa informático Excel, y se obtuvo frecuencias y porcentajes según el sexo de los estudiantes y el subtipo con alto riesgo para su posterior análisis.

5.10. Equipo y materiales. Computadora portátil, impresora, material de escritorio.

5.11. Análisis estadístico. Luego de ser recolectada la información, se procesó y almacenó en el programa en Excel 2013 versión 16.0.6769.201, posterior a aquello se tabuló y analizó los datos según los objetivos propuestos, para la elaboración de las tablas de resultados obtenidos tanto en frecuencias como porcentaje**.**

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

Determinar el riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero.

Tabla 1

Nivel de riesgo para TDAH, niños de segundo año de Educación General Básicade la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero, año 2019

	Total	
	frecuencia	%
Sin riesgo	62	79,49
Riesgo moderado	6	7,69
Riesgo elevado	10	12,82
Total	78	100,00

Fuente: Escala para la Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)
Elaboración: Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Análisis: Los resultados evidenciaron que el 79,49 % de los niños no presenta riesgo para TDAH, el 7,69% presenta riesgo moderado, sin embargo el 12, 82% del total de niños estudiados mostraron riesgo elevado para TDAH.

6.2. Resultados para el segundo objetivo

Establecer el riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad según el sexo en la muestra de estudio.

Tabla 2

Nivel de riesgo para TDAH por sexo, niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero, año 2019

	Niños		Niñas	
	Frecuencia	%	frecuencia	%
Sin riesgo	27	72,97	35	85,37
Riesgo moderado	5	13,51	1	2,44
Riesgo elevado	5	13,51	5	12,20
Total	37	100,00	41	100,00

Fuente: Escala para la Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)
Elaboración: Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Análisis: Se puede evidenciar que existen 5 niños con riesgo elevado de TDAH que corresponde al 13,51%, mientras que hay 5 niñas en esta categoría que corresponde al 12,20%, en total 10 niños presentan riesgo elevado de TDAH que corresponde a un 12,82%. Por lo que se puede evidenciar una predominancia de riesgo elevado en el sexo masculino.

6.3. Resultados para el tercer objetivo

Conocer el porcentaje de cada especificación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con alto riesgo.

Tabla 3

Nivel de riesgo para subtipo déficit de atención, niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero, año 2019

	Niños		Niñas		Total	
	frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
Sin riesgo	33	89,19	35	85,37	68	87,18
Riesgo moderado	1	2,70	1	2,44	2	2,56
Riesgo elevado	3	8,11	5	12,20	8	10,26
Total	37	100,00	41	100,00	78	100,00

Fuente: Escala para la Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)
Elaboración: Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Análisis: En lo referente al riesgo para el subtipo Déficit de Atención los resultados muestran que en la categoría riesgo elevado los niños se encuentran en el 8,11%, y las niñas en el 12,20%; en la categoría riesgo moderado a los niños corresponde el 2,70% y a las niñas el 2,44%; finalmente en la categoría sin riesgo los niños se ubican en el 89,19% y en menor porcentaje las niñas con un 85,37%. Existiendo un total de 10,26% con riesgo elevado, un 2,56% con riesgo moderado, y un 87,18% sin riesgo. El riesgo elevado para el subtipo Déficit de Atención presentó un mayor porcentaje con respecto a las demás especificaciones de este trastorno.

Tabla 4

Nivel de riesgo para trastorno combinado, niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero, año 2019

	Niños		Niñas		Total	
	frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
Sin riesgo	30	81,08	35	85,37	65	83,33
Riesgo moderado	4	10,81	5	12,20	9	11,54
Riesgo elevado	3	8,11	1	2,44	4	5,13
Total	37	100,00	41	100,00	78	100,00

Fuente: Escala para la Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)
Elaboración: Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Análisis: el 8,11% de niños se encuentran en la categoría riesgo elevado en contraste con el 2,44% de niñas que se ubican en la misma categoría; el 10,81% de niños están en la categoría riesgo moderado, mientras que el 12,20% de niñas están en la misma categoría; por último los mayores porcentajes corresponden a la categoría sin riesgo con el 81,08% en niños y el 85,37% en niñas. Existiendo un total de 5,13% con riesgo elevado, un 11,54% con riesgo moderado, y un 83,33% sin riesgo. El segundo lugar en frecuencia de riesgo elevado para TDAH presentó el subtipo combinado.

Tabla 5

Nivel de riesgo para subtipo hiperactivo, niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero, año 2019

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin riesgo	30	81,08	40	97,56	70	89,74
Riesgo moderado	4	10,81	1	2,44	5	6,41
Riesgo elevado	3	8,11	0	0,00	3	3,85
Total	37	100,00	41	100,00	78	100,00

Fuente: Escala para la Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)
Elaboración: Dámaris Abigail Zula Hidalgo

Análisis: En la presente tabla se puede evidenciar que hay un 8,11% de riesgo elevado para los niños, mientras que no existen niñas en esta categoría; seguidamente en el riesgo moderado se ubican un 10,81% de niños, mientras que el 2,44% corresponde a las niñas; finalmente el mayor porcentaje de niños y niñas se ubican en la categoría sin riesgo con el 81,08% y el 97,56% respectivamente. Existiendo un total de 3,85% con riesgo elevado, un 6,41% con riesgo moderado, y un 89,74% sin riesgo. En el subtipo hiperactivo/impulsivo se encontró una menor frecuencia de riesgo elevado en comparación con las demás especificaciones de TDAH.

7. Discusión

Los problemas de comportamiento presentados en la infancia son una constante preocupación de padres y docentes, de tal modo que existe inquietud por conocer el riesgo que los niños tienen de padecer el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, pues afectaría el aspecto emocional, social y académico de esta población. Al Evaluar las principales manifestaciones clínicas de este trastorno mediante la escala para la evaluación del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, se encontró que de 78 escolares, el 12,82% presentó riesgo elevado paraTDAH, evidenciándose en los varones mayor porcentaje de riesgo elevado en relación a las mujeres, con porcentajes de 13,51% y 12,20 % respectivamente. En relación con la especificación de este trastorno un 10,26% corresponde a los niños que presentan alto riesgo para el subtipo déficit de atención, seguido del 5,13% para el subtipo combinado, y finalmente el 3.85% para el subtipo hiperactivo/impulsivo.

Similares resultados se mostraron en un estudio realizado en Honduras por Mendoza et al. (2018), pues de 300 niños estudiados el 36% mostró clínica para TDAH, y para las variantes clínicas de este trastorno, el 18,30% presentó criterios para falta de atención, el 13% para la presentación combinada y el 4,7% para la presentación hiperactiva/impulsiva; lo que deja entrever que se mantiene un tendencia mayor de riesgo paradéficit de atención.

La investigación realizada por Cuenca y Garcés (2021), realizada en las provincias de Manabí y Loja, en una muestra de 413 niños en una edad promedio de 9 años, mostraron que de los casos positivos sugerentes de TDAH, el 50% correspondía al subtipo hiperactivo/impulsivo, el 50% al subtipo combinado, y ningún caso de subtipo inatento; sin embargo, es necesario destacar que los instrumentos de evaluación utilizados fueron SNAP-IV, Conners y Vanderbilt, los cuales difieren al test aplicado en la investigación que presentamos (EDAH), lo que permite inferir, que los resultados podrían tener variaciones, dependiendo de los instrumentos de evaluación seleccionados para cada investigación.

Por otra parte Rodríguez et al. (2017), reportan en su investigación realizada en la población infantil (6-14 años) del centro de salud Cerro del Aire en Madrid, un total de 108 casos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (prevalencia del 2,28%), donde el 23,15% fueron niñas y el 76,85% niños; la edad media de diagnóstico fue de 7,89 años. Del mismo modo Cornejo et al. (2015), en la zona noreste de Jalisco, México, realizó un estudio donde participaron 8,630 alumnos en el cual se encontró una prevalencia de 9.11%, en esta misma investigación la prevalencia según el sexo fue de 77.9% para varones y de 22.1% para mujeres. Así también, la frecuencia del TDAH en los estudiantes de la escuela Emilio Abad,

en un estudio realizado en la ciudad de Azogues fue del 25.4% (Conners-Maestros) y 15.5% (Conners-Padres), y la prevalencia del TDAH, predominó en el sexo masculino, tanto en Conners para maestros como para padres, con un 26.5% y 15.2% del total de niños, respectivamente (González & Villalta, 2017).

Los datos expuestos en los estudios que anteceden guardan similitud con los obtenidos en el presente estudio, en relación con el riesgo alto de TDAH según el sexo, manifestándose un predominio en el sexo masculino; lo cual guarda estrecha relación con lo manifestado por Galicia (2016), que reporta que la población masculina tiene la probabilidad de tener el trastorno dos veces más en comparación con la población femenina.

Finalmente, los resultados que se reflejan en esta investigación local, se pueden contrastar con el estudio realizado por Díaz et al. (2019), en una escuela de la ciudad de Loja, cuya población estuvo integrada por 240 estudiantes del tercer y cuarto grado, en quienes se aplicó la escala para la Evaluación de Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH). Del total de estudiantes a los que se aplicó el test, un 26,25% mostró déficit de atención, el 15,42% hiperactividad y el 58,33% ninguno de los trastornos señalados; de los 63 estudiantes con déficit de atención, el 74,6% fueron hombres y el 25,40% mujeres; es decir, en un contexto similar en cuanto a la localidad, entorno escolar, instrumento de evaluación y edades de los evaluados, se ha podido evidenciar similitud en los resultados.

Por todo lo que antecede, es importante sentar bases para próximos estudios sobre el TDAH en niños de nuestro país y ciudad, debido a la escasez de los mismos a nivel local, así como también por la relevancia que implica identificar y diagnosticar de manera oportuna estos casos, para una intervención temprana que mejore la calidad de vida de los niños que padecen este trastorno.

8. Conclusiones

Después de haber finalizado la investigación en consonancia con los objetivos formulados originalmente se resumen las principales conclusiones:

- El mayor porcentaje de estudiantes de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero no presentó riesgo para trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; sin embargo 2 de cada 10 estudiantes presentaron de riesgo moderado a riesgo elevado para este trastorno.
- El riesgo elevado para trastorno por déficit de atención e hiperactividad resultó ser más frecuente en el sexo masculino, mientras que la variante clínica que tuvo mayor predominancia fue el subtipo inatento, seguido por el combinado y finalmente en menor porcentaje el subtipo hiperactivo/impulsivo.
- La detección temprana de las manifestaciones clínicas para TDAH es crucial para poder determinar el nivel de riesgo que tiene cada estudiante de padecer este trastorno.

9. Recomendaciones

Finalmente en base a los resultados y las conclusiones que se llegó en el presente estudio se puede sugerir lo siguiente:

- Que el Departamento de Consejería Estudiantil de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero dé a conocer los resultados de la aplicación del test a los padres de los estudiantes que presentaron riesgo elevado para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, explicarles la importancia de los hallazgos y la necesidad de tratamiento oportuno y adecuado.
- Se recomienda a los Docentes y a los profesionales que integran el Departamento de Consejería Estudiantil, capacitarse y trabajar en la creación de un protocolo, adaptado a nuestro medio, para identificar tempranamente a los estudiantes con necesidades educativas especiales, asociadas a este trastorno.
- A los padres de familia se recomienda demostrar responsabilidad y compromiso frente a la alertade riesgo elevado para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad para que sus hijos puedan tener la oportunidad de recibir ayuda profesional que garantice no solo su salud mental óptima, sino una mejor calidad de vida.
- A los médicos de atención primaria en salud se recomienda estudiar las manifestaciones clínicas expuestas en el DSM-5 para agilizar la evaluación y diagnóstico temprano de TDAH.
- Se sugiere a otros investigadores tomar este estudio como referencia para seguir realizando investigaciones no solo para identificar tempranamente este trastorno sino también para encontrar la posible etiología de la misma.

10. Referencias Bibliográficas

(APA)., A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition (DSM-5) ed.). Washington D.C.: Panamericana.

Abdekhodaiea, M. G. (2012). The investigation of ADHD prevalence in kindergarten children innortheast Iran and a determination of the criterion validity of Conners'questionnaire via clinical interview. *Research in Developmental Disabilities*, 357-361. doi:10.1016/j.ridd.2011.10.006

Arelys Francia Vasconcelos, Macdonal Migues Ramírez, Yamilet Peñalver Mildestein. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *ActaMédicadelCentro, 12*(4), 485-495.

Bianchi, E. (2015). El futuro llegó hace rato". Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. *Revista de Estudios Sociales, 52*(35), 185-199.

Bravo, S. S., Arias, M. G., Piñones, A. A., Jimenez, M. V., & C., S. O. (2017). Using the Conners Continous Performance Test for differentiation of normal and ADHD Chilean children. *Terapia psicológica, 35*(3), 283-291. Obtenido de https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000300283

Carmen Sánchez García; Rosario Bachiller Luque. (2017). *PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE VALLADOLID ESTE.* Valladolid.

Castillo, O. R. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.* DF, México: El Manual Moderno.

Cuenca Diana, Garcés Mirna. (2021). Evaluación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, utilizando como método la aplicación de la Escala Snap-IV abreviado comparado con la Escala de Conners y Vanderbilt, en niños de 4 a 14 años de edad de la "Unidad Educativa El Carmen". doi:http://201.159.222.35/handle/22000/18667

Díaz Banegas, María Esther Reyes Rodríguez, Byron Patricio Garcés Loyola,Balbina Contento Fierro y Vjera Romina González Contento. (2019). Incidencia del Síndrome de Déficit Atencional y su relación con el rendimiento académico en una escuela de Loja, Ecuador. *CEDAMAZ Revista del Centro de Estudio y Desarrollo de la Amazonia, 09*(01), 31-34.

Dolfo Piñón Blanco,Enrique Vázquez, Sara M.Fernandes. (2017). ADHD Diagnosis and Cormobility. *ADHDAND ASSOCIATED DISORDERS*, 8-19.

Duran Bejarano, T. y. (2018). Autorregulación en niños con trastornos con déficit de atención e hiperactividad un problema en el desarrollo infantil. *Revista Venezolana de Salud Pública, 6*(1), 23-29.

Farré A. y Narbona, J. (2013). *EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.* Madrid: TEA Ediciones.

Gabriela Cecibel Díaz Banegas, M. E. (2019). Incidencia del Síndrome de Déficit Atencional y su relación con el rendimiento académico en una escuela de Loja, Ecuador. *CEDAMAZ Revista del Centro de Estudio y Desarrollo de la Amazonia, 9*(1), 31-34.

Galicia Castillo, O. R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.* Editorial El Manual Moderno.

García de Vinuesa Fernández, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo, 38*(2), 107-115.

González Collantes R, Rodríguez Sacristán A, Sánchez García J. (2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría, 71*(2), 58-61.

Guerrero, R. (2020). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una guía para padres y maestros.* (Océano, Ed.)

Hudson, Diana. (2017). *Dificultades Específicas de Aprendizaje y otros trastornos, Guia básica para docentes.* (S. A. Zayas, Trad.) Madrid, España: NARCEA, S.A. DE EDICIONES.

Kliegman, R. M. (2016). *Nelson. Tratado de pediatría* (Veinteava ed.). España: Elsevier.

Leónidas José Llanos Lizcanoa, Darwin José García Ruiza , Henry J González Torresb , Pedro Puentes Rozoc. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Rev Pediatr Aten Primaria, 21*(83), 101-108.

Llanos, García, González, Puentes. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista Pediátrica de Atención Primaria, 21*(93), 101-108.

Martinhago Fernanda, Nicolás José Lavagnino, Guillermo Folguera, Sandra Caponi. (2019). Factores de riesgo y bases genéticas: el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Salud Colectiva*. doi:10.18294/sc.2019.1952

Mendoza, Pineda, Velásquez. (2018). Rendimiento académico y Trastorno de déficit de atención-hiperactividad en Escuelas de El Progreso. *Acta Pediátrica Hondureña, 9*(1), 879-888.

Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, G. C. (2019). Actualización en el manejo. *Congreso de Actualización Pediatría 2019* (págs. 29-36). Madrid: Lúa Ediciones 3.0.

Ramos Galarza, C. (2016). The hidden face of ADHD. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 6*(1), 226-253.

Ramos, C., Bolaños, M., & Ramos, D. (2015). PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES ECUATORIANOS. *Revista Científica y Tecnológica UPSE, 3*(1), 13-19.

Rodríguez, C., Núñez, J., Rodríguez, F., Parrales, A., Bringas, C., & García., T. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Características Sociodemográficas en Población Reclusa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*(4), 698-707 .

Rodríguez,González,Arroba,Cabello Ballesteros. (2017). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Revista Pediátrica de Atención Primaria, 19*(76), 311-320.

San Nicolás, S., & Iraurgi, I. (2016). Development of a self reported scale for ADHD in childhood (EA-ADHD): Delphi study and preliminary psychometric data. *Terapia psicológica, 34*(1), 41-52.

Sánchez Fernández, l. (2018). Diseño de una propuesta de intervención para mejorar las habilidades sociales en alumnos con TDAH. *Revista Reflexión e Investigación Educacional, 1*(1), 83-91.

Wilens TE, Isenberg BM, Kaminski TA, Lyons RM, Quintero J. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder and transitional aged youth. *Curr Psychiatry Rep, 20*(11), 100.

Zans Cervera, P., Rojo Amato, G., & Tárraga Mínguez, R. (2016). La intervención en competencia social en estudiantes con TDAH: un esturio de revisión. *ReiDoCrea, 5*, 329-240.

11. Anexos

11.1. Anexo N°1: Escala para la evaluación del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)

E D A H

NOMBRE: _____

INSTITUCIÓN: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO UN CIRCULO EL GRADO EN QUE EL ESTUDIANTE PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene 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	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 dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes , ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC

11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	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	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA		H+DA+TC		
	PD								
	CENTIL								

Tabla 13. Baremos y estadísticos de 1º de primaria

	CENTIL	H	DA	H-DA	TC	CENTIL	
RIESGO ELEVADO	100	14-15	14-15	27-30	24-30	100	RIESGO ELEVADO
	99	13	13	24-26	22-23	99	
	98	-	-	23	20-21	98	
	97	12	12	22	18-19	97	
	96	-	-	21	17	96	
	95	11	11	20	16	95	
RIESGO MODERADO	94	-	-	19	15	94	RIESGO MODERADO
	93	10	-	18	14	93	
	92	-	10	-	13	92	
	91	-	-	17	12	91	
	90	9	9	16	11	90	
SIN RIESGO	85	7	7	12-13	6-7	85	SIN RIESGO
	80	6	6	11	5	80	
	75	5	5	9-10	4	75	
	70	4	4	8	3	70	
	65	3	3	7	-	65	
	60	-	-	6	2	60	
	55	2	2	5	1	55	
	50	-	-	4	-	50	
	45	1	1	3	-	45	

40	-	-	-	0	40
35	0	0	2		35
30			1		30
25			-		25
20			0		20
15					15
10					10
5					5
Media	3,55	3,67	3,96	7,22	Media
D.t.	3,77	3,88	5,44	6,65	D.t.
N	413	413	413	413	N

11.2. Anexo N°2: Consentimiento informado

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a Docentes de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero y se les invita a participar en la investigación con el tema: "RIESGO PARA TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL LAURO GUERRERO".

Introducción

Yo, Dámaris Abigail Zula Hidalgo soy estudiante de noveno ciclo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, estoy investigando sobre el riesgo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero. Le voy a dar información y si tiene preguntas más tarde puede preguntarme.

Propósito: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud y tiene un efecto muy negativo sobre el que lo padece, por tanto esta investigación tiene como objetivo detectar a los niños que tengan un alto riesgo de padecer este trastorno

Tipo de Intervención de Investigación: Esta investigación incluirá un test dirigido a los docentes y otro dirigido a estudiantes.

Selección de participantes: Se ha seleccionado a los niños de Segundo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero.

Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Procedimientos y Protocolo

Descripción del Proceso: En primer lugar se dará una explicación sobre el test a llenar, el significado de cada ítem y alguna explicación que requiera el docente.

Durante la investigación se le pedirá que conteste un test denominado “Escala para la evaluación del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad” (EDAH). Este test re realizará uno por cada estudiante.

Duración: La investigación tendrá la duración de un año, pero se estima que la recolección de datos se complete en 4 semanas.

Beneficios: A todo niño identificado con un alto riesgo se notificará al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) para de esa manera intervenir según sea pertinente

Confidencialidad: La información que recoja para este proyecto de investigación se mantendrá confidencial, y la identidad de cada estudiante será resguardada.

Compartiendo los Resultados: El conocimiento que se obtendrá al realizar esta investigación se compartirá con usted y con el DECE

Derecho a negarse o retirarse: El negarse a participar no le afectará en ninguna forma, es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar: Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, me puede contactar: Dámaris Abigail Zula Hidalgo/Tél.0981013562/correo:damaris.zula @unl.edu.ec]

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Universidad Nacional de Loja.

Yo……..Con número de cédula.....He sido invitado a participar en la investigación con el tema: "**Riesgo para trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de segundo año de educación general básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero".** Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando el número telefónico que se me ha entregado.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante

_____

Firma del Participante

_____

Fecha

_____

Día/mes/año

Firma de la Investigadora

_____

11.3. Anexo N°3: Informe de pertinencia

Universidad Nacional de Loja — CARRERA DE MEDICINA — Facultad de la Salud Humana

MEMORÁNDUM Nro.0207 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Damaris Abigail Zula Hidalgo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 junio de 2019

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**Riesgo de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Natasha Samaniego, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NOT

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 103

11.4. Anexo N°4: Designación de Director de Tesis

Universidad Nacional de Loja — CARRERA DE MEDICINA — Facultad de la Salud Humana

MEMORÁNDUM Nro. 00209 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Natasha Samaniego
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 14 de junio de 2019

ASUNTO: **Designar de Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, **"Riesgo de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero",** autoría de la Srta. Damaris Abigail Zula Hidalgo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada
NOT

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

11.5. Anexo N°5: Autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Universidad Nacional de Loja — CARRERA DE MEDICINA — Facultad de la Salud Humana

MEMORÁNDUM Nro. 0215 DCM-FSH-UNL

PARA: **Dra. Luisa Encalada**
RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL TENIENTE CORONEL LAURO GUERRERO

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 17 junio de 2019

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.
Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para la **Srta. Damaris Abigail Zula Hidalgo,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda aplicar tests a los estudiantes y docentes de segundo año de Educación Básica; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación: **"Riesgo de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero",** trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Natasha Samaniego**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

Recibido
18-06-2019

RECTORADO — Loja Ecuador

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

11.6. Anexo Nº 6 Autorización de primera prórroga

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0338 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Dámaris Abigail Zula Hidalgo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 14 de Junio de 2021

ASUNTO: AUTORIZACION PARA EL PRIMER PERIODO ADICIONAL

En cumplimiento a la **Disposición Tercera del Reglamento de Régimen Académico Consejo de Educación Superior en las Disposiciones Generales** que menciona: "*Aquellos estudiantes que no hayan culminado y aprobado la opción de titulación escogida en el periodo académico de culminación de estudios (es decir aquel en el que el estudiante se matriculó en todas las actividades académicas que requiera aprobar para concluir su carrera o programa), lo podrán desarrollar en un plazo adicional que no excederá el equivalente a 2 periodos académicos ordinarios, para lo cual, deberán solicitar a la autoridad académica pertinente la correspondiente prórroga, el primer periodo adicional no requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel, ni valor similar. De hacer uso del segundo periodo requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel.*"; Por lo expuesto y habiendo verificado en el sistema de gestión académico que usted culminó con sus estudios en el periodo académico Mayo 2020- Abril 2021, esta Dirección procede **autoriza el primer periodo adicional**, recordándole que de excederse del mes de septiembre del 2021, deberá realizar el trámite correspondiste para la segunda prórroga periodo adicional misma que requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

TANIA VERONICA CABRERA RUIZ

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

11.7. Anexo Nº7: Autorización Ampliación de Cronograma

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0337 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Dámaris Abigail Zula Hidalgo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 14 de Junio de 2021

ASUNTO: AUTORIZAR AMPLIACIÓN DEL CRONOGRAMA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"Riesgo para trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación de fecha 14 de junio de 2021, suscrita por la **Dra. Natasha Samaniego**, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, donde propone autorización para ampliación del cronograma, debido a que requirió la modificación de un palabra en su tema de tesis.

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autoriza la ampliación del cronograma** hasta el 31 de julio de 2021, además me permito indicar que de acuerdo a la Disposición Tercera del Reglamento de Régimen Académico Consejo de Educación Superior en las Disposiciones Generales dice: "*Aquellos estudiantes que no hayan culminado y aprobado la opción de titulación escogida en el período académico de culminación de estudios (es decir aquel en el que el estudiante se matriculó en todas las actividades académicas que requiera aprobar para concluir su carrera o programa), lo podrán desarrollar en un plazo adicional que no excederá el equivalente a 2 períodos académicos ordinarios, para lo cual, deberán solicitar a la autoridad académica pertinente la correspondiente prórroga, el primer periodo adicional no requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel, ni valor similar. De hacer uso del segundo periodo requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel.*"; por tanto, debo indicarle que debe realizar el trámite correspondiste para la primera prorroga periodo adicional.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Director de Tesis
TVCP/NOT

11.8. Anexo N°8: Fotografías

11.9. Anexo 9: Certificado de Traducción

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN

Loja, 02 de Julio de 2021

Nombre: María Carolina Herrera Pauta

Título: Licenciado en Ciencias de la Educación Mención Inglés

Certifico:

Que he realizado la traducción de español al idioma inglés del resumen derivado de la tesis denominada "RIESGO PARA TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL LAURO GUERRERO" de autoría de la Srta. Dámaris Abigail Zula Hidalgo, portadora de la cédula de identidad: 0603996760, estudiante de la carrera de Medicina de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultado al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente.

María Carolina Herrera Pauta

SENESCYT 1031-2017-1878625

11.10. Anexo 10: Proyecto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

IDENTIFICACIÓN DE LA AUTORÍA

APELLIDOS COMPLETOS: ZULA HIDALGO

NOMBRES COMPLETOS: DÁMARIS ABIGAIL

CÉDULA DE IDENTIDAD: 0603996760

PARALELO: “B”

TIPO DE PROYECTO: INDIVIDUAL

1. Título

Riesgo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad En Niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero

2. Problemática

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por tres síntomas fundamentales: Disminución de la atención, impulsividad e hiperactividad. Según la American Psychiatric Association (APA) en el DSM-5 (2013), la prevalencia general descrita para esta psicopatología del desarrollo se estima en torno al 5% para niños en la mayoría de las culturas, además indica que dicha frecuencia es superior para el género masculino que para el femenino.

González, Rodríguez y Sánchez (2015), mecionan que los estudios de prevalencia del TDAH realizado en población general revelan cifras del 5% pero sin diferencias geográficas o regionales significativas, además en la distribución por sexos, se observan diferencias a favor de los varones en niños y adolescentes (4:1 y 2,4:1).

En estudios epidemiológicos se ha encontrado que afecta aproximadamente entre el 5,9 al 7,1% de los niños y adolescentes a nivel mundial (Willcutt, 2012); mientras que, Kliegman, Stanton, Geme y Schor (2016), mencionan que "Los estudios de prevalencia del TDAH a nivel mundial han encontrado que afecta al 9% de los niños en edad escolar, aunque la tasa de prevalencia varía considerablemente en cada país, quizá debido en parte a las diferentes muestras y técnicas de estudio".

Cifras similares fueron las obtenidas por Kolar et al. (2008), quienes se refieren al TDAH como una condición neurobiológica prevalente, que afecta al 4,4% de la población general, acompañada de altas tasas de comorbilidad (depresión, ansiedad, abuso de sustancias) y dificultades significativas a nivel social, emocional y ocupacional, afectando tanto a los pacientes como a sus familias.

Según afirman Cabases, Soutullo y Figueroa (2010), el TDAH se da y se diagnostica más en varones, siendo la prevalencia máxima en edad escolar, fundamentalmente de los 6 a los 9 años de edad. Sin embargo, también señala que en el sexo femenino existe un infradiagnóstico a nivel general.

Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artiles (2012), encontraron una tasa global de prevalencia del 4.9%, de los cuales el 3.1% fueron del subtipo inatento, el 1.1% hiperactivo, y el 0.7% combinado, además encontraron diferencias significativas en función del sexo, donde la incidencia fue superior en varones.

Por su parte Urzúa Alfonso M. (2009) menciona que existe una prevalencia cercana a un 6%, existiendo diferencias al estratificar por sexo, siendo mayor en los hombres (7,1%) que

en las mujeres (4,6%) y en el rango de 6 a 8 años (7,2%) por sobre el de 9 a 11 años (4,3%). También refiere que cuando los que evalúan son los profesores, la prevalencia estimada aumenta en todos los grupos de análisis con relación a la prevalencia percibida por los padres: a nivel global (14,9%), en los hombres (22,3%), las mujeres (8,2%), en el rango de 6 a 8 años (20,1%) y de 9 a 11 años (10,1%).

Al mismo tiempo Rodríguez (2010) refiere que la prevalencia en el contexto escolar se sitúa en torno al 3-7%, lo que supone un número muy elevado de estudianes con dicho trastorno en la escuela ordinaria; mientras que, Kliegman, Stanton, Geme y Schor (2016), mencionan que los estudios de prevalencia del TDAH a nivel mundial han encontrado que afecta al 9% de los niños en edad escolar, aunque la tasa de prevalencia varía considerablemente en cada país, quizá debido en parte a las diferentes muestras y técnicas de estudio.

En Latino-américa, el TDAH se considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente a 36 millones de personas donde prevalencia estimada es de 5.29% (IC95% 5.01–5.56). Además, no existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos. (Barragán, 2007).

Ramos, Bolaños, y Ramos (2015) por su parte afirman que en Ecuador la prevalencia de TDAH del tipo combinado es del 7,3%, del tipo desatento es del 6,5% y del tipo hiperactivo/impulsivo es del 2,85%. Ademas se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género. Con estos antecedentes se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el riesgo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero?

3. Justificación.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud pública y tiene un efecto muy negativo sobre el que lo padece. Moore y Jefferson (2005) afirman que: “El diagnóstico real se suele retrasar hasta el primero o segundo cursos de primaria cuando los síntomas hacen que el paciente entre en conflicto directo con las normas y expectativas de su clase escolar” (p 43).

Los niños y niñas en edades comprendidas entre 5 y 11 años con diagnóstico de TDAH, pueden manifestar dificultades interpersonales y bajas competencias sociales (Zans, Rojo, y Tárraga, 2016); de tal manera que, Sánchez (2018) menciona a éste respecto, que al no poder establecer interacciones adecuadas con los compañeros de aula, éstos pueden llegar a ser excluidos o marginados por el grupo, afectando negativamente en los diferentes ámbitos de su vida.

La notable afectación en el aspecto social en niños y niñas con TDAH, es a causa de los síntomas más importantes de este trastorno, que son la inatención, hiperactividad motora, e impulsividad, lo cual implica un pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, y frecuentes episodios de agresividad hacia otros niños; esto por su puesto, empobrece el desempeño del niño en el ambiente escolar y familiar, tanto que la repercusión a largo plazo se ve reflejada en su calidad de vida (Duran y Gásperi, 2018).

En la actualidad existe una gran presión por parte de las instituciones educativas y de los padres para que los clínicos diagnostiquen a ciertos niños con TDAH. En el ámbito institucional, los problemas de conducta y disciplina que presentan muchos pequeños llevan a las escuelas a solicitar evaluaciones de TDAH que justifiquen su solicitud de cambios de plantel por motivos de educación especial para infantes con estas características, librándose de la responsabilidad de un niño problemático; en el caso de los padres, un diagnóstico de TDAH puede justificar tanto las fallas escolares y los problemas de comportamiento sin necesidad de admitir una responsabilidad en la crianza o negligencia en el cuidado y educación del niño.

Es prioritario se consideren políticas públicas que incluyan la promoción, investigación, prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades de salud mental infanto-juvenil.

Es relevante el estudio de esta psicopatología debido a su prevalencia e infradiagnóstico por parte de padres y maestros para establecer a niños con riesgo de padecerla.

Además, la legislación ecuatoriana refiere en el artículo 187 numeral 5 de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, que se: “Considera diversos factores, como las diferencias individuales, los intereses y necesidades educativas especiales de los estudiantes, las condiciones del establecimiento educativo y otros factores que afectan el proceso educativo”; por tanto:

> Son estudiantes con necesidades educativas especiales aquellos que requieren apoyo o adaptaciones temporales o permanentes que les permitan o acceder a un servicio de calidad de acuerdo a su condición. Estos apoyos y adaptaciones pueden ser de aprendizaje, de accesibilidad o de comunicación. Son necesidades educativas especiales no asociadas a la discapacidad las siguientes: Dificultades específicas de aprendizaje: dislexia, discalculia, disgrafía, disortografía, disfasia, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del comportamiento, entre otras dificultades. Situaciones de vulnerabilidad: enfermedades catastróficas, movilidad humana, menores infractores, víctimas de violencia, adicciones y otras situaciones excepcionales previstas en el presente reglamento. Dotación superior: altas capacidades intelectuales. (Art. 228, Cap. 1, Título VII, LOEI)

Siendo así, los niños y niñas diagnosticados con TDAH, tiene garantizado en el sistema educativo, un tratamiento especial de acuerdo a sus necesidades específicas, lo que requiere de una detección temprana y oportuna. Para ello las Instituciones Educativas requieren del trabajo coordinado tanto de sus directivos, como también de los docentes y personal de los departamentos de Consejería Estudiantil, sin dejar de lado el papel fundamental de la familia con su implicación en el proceso educativo de los niños con TDAH.

Dentro de dicha descripción, es de vital importancia contribuir con el desarrollo de la línea de investigación del TDAH en Ecuador mediante la realización de estudios que aporten evidencia empírica sobre procesos diagnósticos y correcto manejo de esta patología.

La presente investigación beneficiará tanto a estudiantes como a padres de familia y docentes ya que los niños detectados con un alto riesgo serán reportados al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) para su oportuno diagnóstico y tratamiento.

Este proyecto se enmarca en la línea de investigación “Salud Enfermedad del Niño/a y Adolescente” de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja y dentro de las prioridades del Ministerio de Salud Pública.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

- Determinar el riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero.

4.2. Objetivos específicos

- Establecer el riesgo para TDAH según el sexo en la muestra de estudio.
- Conocer el porcentaje de cada especificación de TDAH con alto riesgo.

Índice

1. Título……2
2. Problemática……..3
3. Justificación….....5
4. Objetivos.....7
4.1. Objetivo generales…… 7
4.2. Objetivos específicos 7
5. Marco teórico 10
5.1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 10
5.1.1. Definición.. ……...10
5.1.2.Clínica. 10
5.1.3. Diagnóstico.. ……11
5.1.4. Especificaciones. ……13
5.1.4.1.Inatento.. ……..13
5.1.4.2.Hiperactivo/Impulsivo. ……..14
5.1.4.3.Combinado. ……..14
6. Metodología 15
6.1. Enfoque. 15
6.2. Tipo de diseño.. 15
6.3. Universo. 15
6.4. Período de estudio. 15
6.5. Criterios de inclusión. 15
6.6. Criterios de exclusión. 15
6.7. Técnicas 15
6.8. Procedimientos específicos.. 15
6.9. Instrumentos. 15
6.9.1. Escala para la evaluación del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) ……15
6.9.2. Test de Percepción de Diferencias CARAS-……16
6.10. Análisis estadístico. 17
7. Cronograma 18
8. Presupuesto 19
9. Bibliografía 19
10. Anexos 22
10.1. Anexo 1: texto para el consentimiento informado 22
10.2. Anexo 2 25

10.3. Anexo 3 28

5. Marco teórico

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

5.1.1. Epidemiología. Se estima que entre el 3 y el 7% de los niños en edad escolar pueden presentar TDAH; estas cifras se han mantenido estables, incluso con los criterios diagnósticos más exigentes (Quintero y García, 2019, p30).

Por su parte González, Rodríguez y Sánchez (2015), mecionan que los estudios de prevalencia del TDAH realizado en población general revelan cifras del 5% pero sin diferencias geográficas o regionales significativas.

Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artiles (2012), encontraron una tasa global de prevalencia del 4.9%, de los cuales el 3.1% fueron del subtipo inatento, el 1.1% hiperactivo, y el 0.7% combinado, además encontraron diferencias significativas en función del sexo, donde la incidencia fue superior en varones.

(Cornejo, 2005)

5.1.2. Etiología. Wilens, Isenberg, Kaminski, Lyons, y Quintero (2018) afirman que su etiología es principalmente genética, afectando al desarrollo y funcionamiento de diferentes áreas cerebrales, en concreto de las regiones prefrontales, entre otras.

Hudson (2017) explica, que las funciones de los lóbulos frontales son controlar la conducta irracional y lógica, capacitar para el pensamiento antes de actuar, inhibición de ciertas respuestas emocionales; para ello, las neuronas utilizan unas sustancias químicas llamadas neurotransmisores, mediante el cual se comunican, y en el caso de personas con TDAH, se ha comprobado que tienen menos actividad neurotransmisora de lo normal en la región del lóbulo frontal, lo cual explicaría que niños con TDAH asuman más riesgos y manifiesten espontaneidad y una falta de concentración. Además considera que el TDAH generalmente se repite en una misma familia “aspecto que sugiere la existencia de un vínculo genético, aunque también puede verse influido por factores ambientales y de estilo de vida” (p. 90)

Quintero y Castaño de la Mota C (2014) por su parte mencionan que El TDAH es un trastorno de etiopatogenia heterogénea, multifactorial y compleja, en el que una serie de vulnerabilidades biológicas interactúan entre sí y con factores ambientales.

Dentro de los factores relacionados con la etiología del TDAH existen los siguientes:

5.1.2.1. Factores neuroquímicos. Existe una disregulación en los neurotransmisores, principalmente dopamina y noradrenalina, que explicarían los síntomas nucleares del TDAH. Los déficits cognitivos del trastorno podrían estar relacionados con una disfunción del circuito

frontoestriatal, y las dificultades de pensamiento complejo y memoria con disfunción del córtex prefrontal, vías principalmente dopaminérgicas. Mientras que las dificultades de atención, motivación, interés y aprendizaje de nuevas habilidades estarían más relacionadas con alteración de la actividad regulada por la noradrenalina (Ramos, et al 2013).

5.1.2.2. Factores neuroanatómicos. Seidman, Valera y Makris (2005) mencionan que los estudios de neuroimagen clásicos (neuroimagen estructural) en población pediátrica han encontrado volúmenes significativamente inferiores de la corteza prefrontal dorsolateral y de regiones conectadas con esta (núcleo del caudado, núcleo pálido, giro cingular anterior y cerebelo).

Los estudios con SPECT (tomografía por emisión de fotón simple) muestran la existencia de una distribución anormal del flujo sanguíneo cerebral en niños con TDAH, con una relación inversa entre este flujo sanguíneo cerebral en áreas frontales del hemisferio derecho y la gravedad de los síntomas conductuales (Quintero, Navas, Fernández, Ortiz, 2009).

5.1.2.3. Factor genético y neurobiológico. Diferentes estudios de familias han establecido una base genética del TDAH, con una heredabilidad en torno al 75%, con genes pertenecientes a vías de señalización de los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina (Faraone, Perlis, Doyle, Smoller, Goralnick y Holmfren, 2005)

5.1.2.4. Factores ambientales

5.1.3. Definición. Es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la triada sintomática: dificultades de atención, hiperactividad e impulsividad (Quintero y García, 2019, p30).

Cabases, Soutullo, y Figueroa (2010) mencionan que el TDAH es una alteración de la función ejecutiva, lo mismo que se refiere a las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada. Las tareas cognitivas necesarias para la función ejecutiva son: la memoria de trabajo, la inhibición (motora, cognitiva o emociomal), la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias.

La propuesta del DSM-5 (2013), plantea que el TDAH se caracteriza por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo, que presentándose en diferentes escenarios

de la vida del paciente, provocaría dificultades en su funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral.

5.1.4. Clínica. La clínica de un niño de TDAH es heterogénea por lo que hay que tener en cuenta que esta también puede atribuirse a otras dificultades y a otros trastornos psiquiátricos, neurológicos y médicos.

Para identificar a un niño con TDAH, es necesario observar la hiperactividad, al no poder sentarse quietos, al manifestar una conducta desafiante en clase, al demandar atención, lo cual significa constantes llamados de atención, puesto que pueden actuar como bufón de la clase, o molestarse y estallar emocional y temperamentalmente (Hudson, 2017).

Los niños pueden mostrarse irritables, agresivos, desafiantes, a tal punto que sus padres los describen como excesivamente inquietos, con dificultad para permanecer tranquilos, y con dificultades para seguir instrucciones complejas (Duran y Gásperi, 2018).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, consiste en un "patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo" (p. 33)

Moore y Jefferson (2005) de la misma manera, mencionan que esta psicopatología puede cursar con hiperactividad e impulsividad, o bien falta de atención. Tambien menciona que en los casos en los que el cuadro clínico está dominado por la hiperactividad y la impulsividad, se puede hablar de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, predominantemente de tipo hiperactivo – impulsivo, mientras que en los casos en los que es mayor la falta de atención se habla de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, predominantemente con falta de atención. Finalmente añade que en los pacientes en los que aparecen todos los síntomas en grado mayor o menor, el diagnóstico es el de trastorno de déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado.

Quintero y García (2019) afirman que la sintomatología se encuentra siempre en un grado inapropiado para la edad de quien lo padece y con interferencia en el normal funcionamiento del sujeto en al menos dos entornos de su vida cotidiana, es decir, en su entorno escolar, familiar o social, además de en el desarrollo personal. Este último entorno es importante, ya que afecta de manera frecuente a la construcción del autoconcepto y autoestima de quien padece un TDAH.

Soutullo y Suárez (2007) por su parte afirma que la clínica depende de las características sociodemográficas (sexo y edad, fundamentalmente), de la presencia de comorbilidad psiquiátrica y del contexto en el que se encuentre el niño. Además menciona que con la edad

disminuyen todos los síntomas, sobre todo de hiperactividad e impulsividad, pero la inatención es la característica que más perdura en el tiempo.

5.1.5. Diagnóstico. El diagnóstico clínico sobre cualquier psicopatología se establece a partir de la anamnesis o historia clínica detallada de la información aportada tanto por el propio paciente como por las personas cercanas, siendo esta última de vital importancia cuando se trata de psicopatologías de inicio en la infancia.

Siguiendo con el Manual de la APA los criterios diagnósticos propuestos y especificados para la apreciación del Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad son los siguientes:

A) Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiera en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2):

1. Inatención (desatención): 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 y que presenta un impacto directo en las actividades sociales y académico- laborales:

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación de comportamiento oposicionista, desafiante, hostilidad, o fallo en la comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 años o más), al menos se requieren cinco síntomas.

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.ej. pérdida de detalles, trabajo sin precisión).

b.- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (p.ej. tiene dificultades para permanecer centrado durante conferencias, conversaciones, o lecturas largas).

c.- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej. la mente parece estar en otro sitio, incluso ausente in distracciones aparentes).

d.- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (p.ej. empieza las tareas pero rápidamente pierde el interés y fácilmente se distrae).

e.- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej. dificultades en la realización de tareas secuenciales, para guardar su material y sus pertenencias siguiendo un orden, desordenado/confuso, trabajo desorganizado, pobre administración del tiempo, falla en seguir los plazos).

f.- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej. trabajos escolares o domésticos, para adolescentes y adultos, preparar informes, completar formularios, revisar documentos largos/extensos).

g.- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, relojes, llaves, gafas, teléfonos móviles).

h.- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en el caso de adolescentes en edad avanzada y adultos podría incluir pensamientos no relacionados).

i.- A menudo es descuidado en las actividades diarias (p.ej. hacer las tareas, hacer recados, para adolescentes en edad avanzada y adultos devolver llamadas, pago de facturas, mantener citas.

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad o impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que presenta un impacto directo en las actividades sociales y académico-laborales:

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación de comportamiento oposicionista, desafiante, hostilidad, o fallo en la comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 años o más), al menos se requieren cinco síntomas.

a.- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

b.- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej. abandona su lugar en la clase, en la oficina o lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren la permanencia en el lugar).

c.- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (Nota: en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

d.- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

e.- A menudo «está en marcha» o suele actuar como si estuviera «conducido por un motor» (p.ej. incomodidad para estar o permanecer tiempos prolongados, como en restaurantes, encuentros; puede ser percibido por otros como inquieto o con dificultad para tratar con él).

f.- A menudo habla en exceso.

g.- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

h.- A menudo tiene dificultades para guardar turno (p.ej. guardar la cola).

i.- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede empezar usando las cosas de otras personas sin preguntar o recibir permiso; para adolescentes y adultos, intromisión o asunción de lo que otros están haciendo).

B) Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.

C) Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (p. ej. en el hogar, escuela, o trabajo; con los amigos o pareja; en otras actividades).

D) Deben existir evidencias claras de que los síntomas interfieren con, o reducen la calidad de, el funcionamiento social, académico, u ocupacional.

E) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una 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, Trastorno de la Personalidad, Intoxicación por Sustancias o retirada de las mismas –Abstinencia–). (APA, 2013, p.59-61)

5.1.6. Especificaciones. Señalados los requisitos que debieran concurrir para el diagnóstico de la patología, se procede a señalar la especificación que se deberá realizar de acuerdo con la prevalencia de uno u otros síntomas. Siguiendo las especificaciones la APA (2013) en el DSM-5 diferencia tres grandes grupos de especificadores:

Según el predominio sintomatológico; es decir, según el subtipo (o tipo) en que pudiera presentarse el Trastorno, podrían distinguirse:

- Tipo con presentación predominantemente inatenta (Código en el DSM 314.00), donde se presenta el criterio A1, en ausencia del A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses (F90. 0 de la CIE-10).
- Tipo con presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva (Código en el DSM 314.01), el cual estaría basado en la cumplimentación del criterio A2, en ausencia del A1 (inatención), durante los últimos seis meses (F90.1 de la CIE-10).
- Tipo combinado (Código en el DSM 314.01), el cual requeriría de la cumplimentación tanto del criterio A1 como del A 2 durante los últimos seis meses (F90. 2 de la CIE-10). (p. 60-61)

Como puede observarse, no existe distinción alguna respecto al tiempo mínimo en que debieran de estar presentes los síntomas para el diagnóstico de un tipo u otro, estableciéndose en cualquier caso en las veinticuatro semanas.

A diferencia de lo que sucede con gran parte de los síntomas definidores de otras patologías, los descriptores típicos del TDAH pudieran aparecer con mayor frecuencia en la población general. De este modo, del análisis topográfico y funcional de la conducta dependerá su consideración como patológica o no. (Bravo, Arias, Piñones, Jimenez, y C., 2017)

5.1.6.1. Inatento. La cuestión inicial sería responder a la pregunta de qué se entiende por atención, pues solo de esta forma podrá entonces justificarse su alteración. En esta línea, Carrasco Gómez y Maza Martín (2010) la definen como "un aspecto de la conciencia, una focalización de la misma o como una capacidad para procesar la información" (p.99). Dentro de esta línea Soutullo y Suárez (2007) mencionan que se caracteriza por: No prestar atención a los detalles, cometer errores por descuido o por despiste, presentar dificultades para mantener la atención, presentar dificultades para completar actividades, presentar dificultades para organizarse y planificarse, evitar tareas que requieren esfuerzo mental, perder cosas, distraerse con facilidad por estímulos externos, olvidarse de encargos o actividades, parecer que no escucha cuando se le habla directamente.

5.1.6.2. Hiperactivo/Impulsivo. Según Soutullo y Suárez (2007) consiste en: Moverse continuamente en su asiento, levantarse en situaciones en las que debería permanecer sentado, correr o subirse a alturas de forma excesiva e inapropiada, hacer ruido excesivo, hablar excesivamente, con frecuencia los padres advierten que el niño actúa como si estuviera "activado por un motor" o como "si nunca se le acabaran las pilas", responder y actuar sin pensar, presentar dificultades para esperar su turno, interrumpir las conversaciones o los juegos de otros.

5.1.6.3. Combinado. Justamente este tipo según Pascual (2009) puede ser el más frecuente, llegando a constituir el 69% de los casos de TDAH.

Según el DSM-5 (2013), el TDAH combinado, engloba un mínimo de 6 síntomas de déficit de atención y un mínimo de 6 síntomas de hiperactividad e impulsividad; el TDAH predominante inatento, se conforma de un mínimo de 6 síntomas de déficit de atención;

TDAH predominante hiperactivo/impulsivo, se configura con un mínimo de 6 síntomas de hiperactividad e impulsividad.

6. Metodología

6.1. Enfoque. Cuantitativo.

6.2. Tipo de estudio. El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal.

6.3. Unidad de estudio. Estudiante de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero.

6.4. Universo. 78 Estudiantes de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero.

6.5. Criterios de inclusión.

- Estudiantes sanos de la institución mencionada que se encuentren asistiendo regularmente a clases durante el período de estudio.
- Niños cuyos representantes legales firmen el consentimiento informado.

6.6. Criterios de exclusión.

- Estudiantes con psicopatología diagnosticada con o sin tratamiento.

6.7. Técnicas: Para la recolección de la información se utilizará: Test EDAH

6.8. Procedimientos específicos. Posterior a la respectiva aprobación del proyecto de investigación se procederá a obtener los permisos respectivos en el establecimiento educativo y el consentimiento informado tanto de profesores y padres de familia de los niños a ser evaluados. Luego se procederá a realizar la aplicación de los instrumentos, posteriormente la tabulación de los datos obtenidos y finalmente la presentación de la información.

6.9. Instrumentos.

6.9.1. Escala para la evaluación del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)

Descripción: Tiene una aplicación individual (para el profesor del sujeto a evaluar). Su duración es de aproximadamente 5 a 10 minutos y su ámbito de aplicación es en niños de 6 a 12 años.

Significación: medida de los principales rasgos del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y de los Trastornos de Conducta que puedan coexistir con el síndrome

Baremación: Baremos en centiles para las cuatro subescalas por cursos de 1º de primaria a 6º de primaria. Mediante puntos de corte se establecen niveles de riesgo de padecer el trastorno.

Material: Hoja de anotación autocopiativa que contiene el cuestionario para el profesor.

Aplicación: El cuestionario deberá ser contestado por el profesor del niño. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia con que percibe la conducta descrita siendo:

Nada	=	0
Poco	=	1
Bastante	=	2
Mucho	=	3

Para calcular las puntuaciones directas de cada subescala se suman las puntuaciones correspondientes a los ítems de cada una de ellas (H, DA y TC), destacadas con diferentes instensidades de gris. Luego se anota el resultado en el cuadro de la parte inferior de la hoja de anotación. Se halla también la suma de H y DA y la suma de las tres subescalas y se anota igualmente en el cuadro. Cada puntuación se contrasta con los baremos de la tabla VII, se obtiene el centil correspondiente y se contrasta con el punto de corte, comprobando si lo supera en alguna de las subescalas o en la combinación de ellas.

Si las puntuaciones superan solo el punto de corte en la subescala Hiperactividad, siguiendo la nomenclatua del DSM-IV, cabe suponer un posible diagnóstico de TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo. Si las puntuaciones superan sólo el punto de corte en la subescala Déficit de atención, el diagnóstico apuntaría hacia el TDAH con predominio del déficit de atención. Si las puntuaciones superan el punto de corte en las dos subescalas Hiperactividad y Déficit de Atención, el diagnóstico será de TDAH tipo combinado. La presencia o ausencia de Trastornos de Conducta ayuda a definir si éstos son concomitantes al TDAH o si se trata de otro tipo de trastorno sin TDAH de base.

6.9.2. Test de Percepción de Diferencias CARAS-R

Aplicación: Individual y colectiva

Ámbito de aplicación: De 1° de Educación Primaria (6 A 7 años) a 2° de Bachillerato (17 a 18 años)

Duración: 3 minutos.

Finalidad: Evaluación de la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados.

Material: Manual y ejemplar autocorregible.

Consta de 60 elementos gráficos; cada uno de ellos está formado por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, cejas y pelo representados con trazos elementales. Dos de las caras son iguales y la tarea consiste en determinar cuál es la diferente y tacharla. Se consideran el número de aciertos y de errores cometidos por el sujeto. Con estas dos puntuaciones es posible obtener el número de aciertos neto y un índice de control de la impulsividad, de forma que es posible relacionar el rendimiento con el estilo de respuesta.

Para facilitar la corrección, el ejemplar en el que se responde es autocorregible. Una vez se haya completado el test, el examinador debe separar la hoja del ejemplar donde el sujeto ha marcado las caras y seguir las instrucciones que aparecen en la hoja de copia. En ella aparecerá un recuadro en el que se anotarán cada una de las puntuaciones directas, así como sus transformadas correspondientes. No se contabilizará el número de omisiones cometidas por el sujeto. Las puntuaciones a calcular son las siguientes:

- Aciertos (A). Número total de aciertos del sujeto. Se concederá un punto por cada una de las caras que aparecen tachadas en la hoja de la copia (respuestas correctas). El número total de marcas correctas será el número de aciertos.
- Errores (E). el número total de errores del sujeto. Se contará cada una de las cruces que haya marcado el sujeto y que no tachen ninguna cara (cruces en los espacios en blanco). El número total de marcas en espacios en blanco será el número de errores.
- Aciertos netos (A-E). se calcula restando al número total de errores del sujeto. De esta forma se obtiene una medida más precisa de la eficacia en sus respuestas a la prueba.
- Índice de control de impulsividad (ICI). Se calcula dividiendo el número de aciertos netos (A-E) entre el número de respuestas dadas por el sujeto (A+E). Para facilitar la interpretación de los baremos se optó por multiplicar el índice por 100 para eliminar cifras decimales.

6.10. Análisis estadístico. Los datos serán procesados y analizados por medio de una base de datos creada en Excel 2013 versión 16.0.6769.201

7. Cronograma

	2019																																				2020															
	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tutorías y correcciones del proyecto																																																				
Pertinencia del proyecto y designación de director de tesis																																																				
Entrega de acta de compromisos y oficios para autorización en la Unidad educativa Lauro Guerrero																																																				
Entrega de consentimiento informado para participar en el proyecto																																																				
Aplicación de test caras a los niños de segundo año de Educación Básica																																																				
Aplicación de la escala EDAH a docentes de segundo año de Educación Básica																																																				
Creación de base de datos según información Colectada																																																				
Tabulacióny análisisdela información																																																				
Elaboración de discusión, conclusiones y recomendaciones																																																				
Elaboración del informe final																																																				
Elaboración de artículo científico																																																				

Presentación de tesis y solicitud de tribunal para sustentación privada																																																				

8. Presupuesto

PRESUPUESTO	
Materiales de oficina	$50
Transporte	$40
Total	$90

9. Bibliografía

(APA)., A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition (DSM-5) ed.). Washington D.C.: Panamericana.

Amador Campos, J. I. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema, 14*(2), 350-356.

Amador Campos, J. I. (2003). Estructura factorial de la escala de Conners para profesores en muestras comunitarias y clínica. *Revista De Psicoligía General y Aplicada, 56*, 173-184.

Bianchi, E. (2015). El futuro llegó hace rato". Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. *Revista de Estudios Sociales, 52*(35), 185-199.

Bravo, S. S., Arias, M. G., Piñones, A. A., Jimenez, M. V., & C., S. O. (2017). Using the Conners Continous Performance Test for differentiation of normal and ADHD Chilean children. *Terapia psicológica, 35*(3), 283-291. Obtenido de https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000300283

Cabases, S. S., Soutullo, C. E., & Figueroa, A. Q. (2010). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH. En Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ.* Madrid: Panamericana.

Campos, J. A., Santacana, M. F., & Calderon, M. G. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).* Madrid: EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.

Campos, J., Forns, M., Guardia, J., & Peró, M. (2005). Utilidad diagnóstica del cuestionario TDAH y del perfil de atención para discriminar entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del aprendizaje y controles. *Anuario de Psicología, 36*(2), 211-224.

Carrasco, G., & Maza, M. (2010). *Tratado de Psiquiatría Legal y Forense* (cuarta ed.). Madrid.

Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD et al. (2002). Developmental trajectories of Brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA, 288* (14), 1740-8.

Castillo, O. R. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.* DF, México: El Manual Moderno.

Cerván, R. L., & Pérez, J. F. (2010). Modelo Teórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad I: Definición Operativa. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8*(3), 1303-1338.

Cornejo, J. O. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 717-722.

Duran Bejarano, T. y. (2018). Autorregulación en niños con trastornos con déficit de atención e hiperactividad un problema en el desarrollo infantil. *Revista Venezolana de Salud Pública, 6*(1), 23-29.

Eduardo Barragán-Pérez, F. d.-O.-L.-G.-A.-C.-R. (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficitde atención e hiperactividad. *Medigraph, 64*, 326-343.

Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmfren MA. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry, 57*(11), 1313-23.

Farré, A., & Narbona, J. (s.f.). *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH)* (Quinta ed.). TEA ediciones.

García de Vinuesa Fernández, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo, 38*(2), 107-115.

González Collantes R, Rodríguez Sacristán A, Sánchez García J. (2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría, 71*(2), 58-61.

Herreros O, Rubio B, Sánchez F, García R. (2002). Etiology of ADAH. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv, 19*(1), 8-82.

Hudson, D. ,. (2017). *Dificultades Específicas de Aprendizaje y otros trastornos, Guia básica para docentes.* (S. A. Zayas, Trad.) Madrid, España: NARCEA, S.A. DE EDICIONES.

Juan E.Jiménez, Cristina Rodríguez, Juan Camacho, Miguel Afonso y Ceferino Artiles. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology, 5*(1), 13-26. doi:10.1989/ejep.v5i1.87

Kliegman, R. M. (2016). *Nelson. Tratado de pediatría* (Veinteava edición ed.). Elsevier.

Kliegman, R. M. (2016). *Nelson. Tratado de pediatría* (Veinteava ed.). España: Elsevier.

Kolar, D. K., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., & Syer, C. &. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment, 4*(2), 389-403.

Mateo, V. F. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 4*(3), 623-642.

Moore, D. P., & Jefferson, J. W. (2005). *Manual de Psiquiatría Médica* (segunda ed.). Madrid, España: Elsevier.

Pascual, I. (2009). *Síndrome de Déficit de atención- Hiperactividad* (cuarta ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Polanczyk G, d. L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948.

Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, G. C. (2019). Actualización en el manejo. *Congreso de Actualización Pediatría 2019* (págs. 29-36). Madrid: Lúa Ediciones 3.0.

Quintero J, Castaño de la Mota C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral, XVIII*(9), 600-608.

Quintero J, Navas M, Fernández A, Ortiz T. (2009). Avances en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. ¿Qué nos aporta la neuroimagen? *37* (6), 352-8.

Ramos Galarza, C. (2016). The hidden face of ADHD. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 6*(1), 226-253.

Ramos Quiroga JA, Picado M, Mallorquí-Bagué N, Cilarroya O, Palomar G,Richarte V. (2013). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen estructural y funcional. *Rev Neurol, 56*(1), 93-106.

Ramos, C., Bolaños, M., & Ramos, D. (2015). PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES ECUATORIANOS. *Revista Científica y Tecnológica UPSE, 3*(1), 13-19.

Rodríguez Santos, F. (2010). TDAH: Causas e Implicaciones para el tratamiento. *Psicología Educativa, 16*(1), 31-40. doi:10.5093/ed2010v16n1a3

Rodríguez, C., Núñez, J., Rodríguez, F., Parrales, A., Bringas, C., & García., T. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Características Sociodemográficas en Población Reclusa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*(4), 698-707 .

San Nicolás, S., & Iraurgi, I. (2016). Development of a self reported scale for ADHD in childhood (EA-ADHD): Delphi study and preliminary psychometric data. *Terapia psicológica, 34*(1), 41-52.

Sánchez Fernández, l. (2018). Diseño de una propuesta de intervención para mejorar las habilidades sociales en alumnos con TDAH. *Revista Reflexión e Investigación Educacional, 1*(1), 83-91.

Sánchez-Pérez, N., & González-Salinas, C. (2013). Ajuste Escolar del Alumnado con TDAH: Factores de Riesgo Cognitivos, Emocionales y Temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 11*(2), 527-550. doi:http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.30.12189

Seidman LJ, Valera EM, Makris N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry, 57* (11), 1263-72.

Soutullo, E. C., & Suárez, A. D. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH.* Madrid, España: Editorial médica Panamericana.

Urzúa Alfonso M., D. M. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Revista chilena de pediatría, 80*(4), 332-338.

Vicario, M. H., & Santos, L. S. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral, 18*(9), 609-623.

Wilens TE, Isenberg BM, Kaminski TA, Lyons RM, Quintero J. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder and transitional aged youth. *Curr Psychiatry Rep, 20*(11), 100.

Willcutt, E. G. (Julio de 2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Willcutt EG (2012). La prevalencia del trastorno por déficit de aNeurotherapeutics: la revista de la American Society for Experimental NeuroTherapeutics , 9*(3), 490-499.

Zans Cervera, P., Rojo Amato, G., & Tárraga Mínguez, R. (2016). La intervención en competencia social en estudiantes con TDAH: un esturio de revisión. *ReiDoCrea, 5*, 329-240.

10. Anexos

10.1. Anexo 1: texto para el consentimiento informado

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a Docentes de segundo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero y se les invita a participar en la investigación con el tema: "RIESGO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL LAURO GUERRERO".

Introducción

Yo, Dámaris Abigail Zula Hidalgo soy estudiante de noveno ciclo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, estoy investigando sobre el riesgo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de la Unidad Educativa Fiscal Lauro Guerrero. Le voy a dar información y si tiene preguntas más tarde puede preguntarme.

Propósito: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud y tiene un efecto muy negativo sobre el que lo padece, por tanto esta investigación tiene como objetivo detectar a los niños que tengan un alto riesgo de padecer este trastorno

Tipo de Intervención de Investigación: Esta investigación incluirá un test dirigido a los docentes y otro dirigido a estudiantes.

Selección de participantes: Se ha seleccionado a los niños de Segundo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero.

Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Procedimientos y Protocolo

Descripción del Proceso: En primer lugar se dará una explicación sobre el test a llenar, el significado de cada ítem y alguna explicación que requiera el docente.

Durante la investigación se le pedirá que conteste un test denominado “Escala para la evaluación del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad” (EDAH). Este test re realizará uno por cada estudiante.

Duración: La investigación tendrá la duración de un año, pero se estima que la recolección de datos se complete en 4 semanas.

Beneficios: A todo niño identificado con un alto riesgo se notificará al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) para de esa manera intervenir según sea pertinente

Confidencialidad: La información que recoja para este proyecto de investigación se mantendrá confidencial, y la identidad de cada estudiante será resguardada.

Compartiendo los Resultados: El conocimiento que se obtendrá al realizar esta investigación se compartirá con usted y con el DECE

Derecho a negarse o retirarse: El negarse a participar no le afectará en ninguna forma, es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar: Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, me puede contactar: Dámaris Abigail Zula Hidalgo/Tél.0981013562/correo:damaris.zula @unl.edu.ec]

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Universidad Nacional de Loja.

Yo……..Con número de cédula……. He sido invitado a participar en la investigación con el tema: "**Riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de segundo año de educación general básica de la Unidad Educativa Fiscal Teniente Coronel Lauro Guerrero".** Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando el número telefónico que se me ha entregado.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante

_____

Firma del Participante

_____

Fecha

_____

Día/mes/año

Firma de la Investigadora

_____

10.2. Anexo 2

Universidad Nacional de Loja

E D A H

NOMBRE: _____

INSTITUCIÓN: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO UN CIRCULO EL GRADO EN QUE EL ESTUDIANTE PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene 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	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 dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes , ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H

14	Discute y pelea por cualquier cosa	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	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA		H+DA+TC		
	PD								
	CENTIL								

Tabla 13. Baremos y estadísticos de 1º de primaria

	CENTIL	H	DA	H-DA	TC	CENTIL	
RIESGO ELEVADO	100	14-15	14-15	27-30	24-30	100	RIESGO ELEVADO
	99	13	13	24-26	22-23	99	
	98	-	-	23	20-21	98	
	97	12	12	22	18-19	97	
	96	-	-	21	17	96	
	95	11	11	20	16	95	
RIESGO MODERADO	94	-	-	19	15	94	RIESGO MODERADO
	93	10	-	18	14	93	
	92	-	10	-	13	92	
	91	-	-	17	12	91	
	90	9	9	16	11	90	
SIN RIESGO	85	7	7	12-13	6-7	85	SIN RIESGO
	80	6	6	11	5	80	
	75	5	5	9-10	4	75	
	70	4	4	8	3	70	
	65	3	3	7	-	65	
	60	-	-	6	2	60	
	55	2	2	5	1	55	
	50	-	-	4	-	50	
	45	1	1	3	-	45	
	40	-	-	-	0	40	
	35	0	0	2		35	
	30			1		30	
	25			-		25	
	20			0		20	

15					15
10					10
5					5
Media	3,55	3,67	3,96	7,22	Media
D.t.	3,77	3,88	5,44	6,65	D.t.
N	413	413	413	413	N

10.3. **Anexo 3**

Universidad Nacional de Loja

CARAS-R

Apellidos y nombre

Sexo V M Edad Fecha / /

Centro/Entidad

Curso/Puesto

INSTRUCCIONES

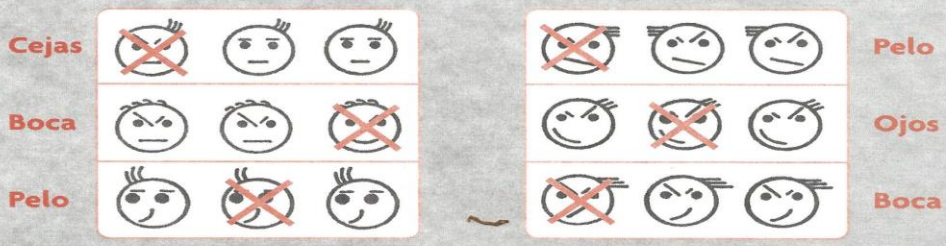
Observa la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.

¿Ves el motivo por el cual la cara del medio está marcada? La boca es la parte distinta.

A continuación hay otra fila de caras. Míralas e identifica cuál es distinta a las otras dos (sin realizar ninguna marca).

Efectivamente, es la cara que está a la derecha ya que la *dirección del pelo* es diferente a las otras dos.

A continuación encontrarás otros dibujos parecidos para que te acostumbres a la dinámica de la prueba.



Cuando se te indique, vuelve la hoja y comienza la prueba. En cada grupo de tres caras marca con una cruz (X) la que es diferente, tal y como se ha explicado. Puedes trabajar por filas o por columnas, según prefieras. Trabaja rápidamente, pero trata de no cometer errores. **Dispones de TRES MINUTOS.**

ESPERA LA SEÑAL DE COMIENZO.

tea ediciones

Copyright © 1973, 2009, 2012 by TEA Ediciones, S.A.U, Madrid, España.
Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - *Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

CARAS-R

RECUERDA QUE **DEBES MARCAR** CON UNA CRUZ (X) **LA CARA QUE ES DIFERENTE** A LAS OTRAS DOS EN CADA GRUPO DE TRES CARAS.

Copyright © 1973, 2009, 2012 by TEA Ediciones, S.A.U, Madrid, España.
Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - *Este ejemplar está impreso en* ***DOS TINTAS****. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal.*
En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Tabla A1. Baremos escolares de 1.º de Educación Primaria, varones y mujeres (6-7 años)

Percentil	Puntuación directa (PD)				Eneatipo
Pc	A	E	A-E	ICI	En
99	35 - 60	13 - 60	34 - 60	-	9
98	34	10 - 12	33	-	9
97	33	8 - 9	31 - 32	-	9
96	32	7	-	-	8
95	29 - 31	5 - 6	28 - 30	-	8
90	27 - 28	4	25 - 27	-	8
85	26	3	24	-	7
80	24 - 25	2	23	-	7
75	-	-	22	-	6
70	22 - 23	-	21	94 - 100	6
65	-	-	20	92 - 93	6
60	21	1	19	90 - 91	5
55	20	-	18	89	5
50	19	-	17	88	5
45	18	-	-	85 - 87	5
40	-	-	15 - 16	82 - 84	4
35	17	-	14	80 - 81	4
30	15 - 16	0	13	75 - 79	4
25	14	-	12	71 - 74	4
20	13	-	10 - 11	64 - 70	3
15	12	-	8 - 9	57 - 63	3
10	9 - 11	-	5 - 7	29 - 56	2
5	-	-	4	27 - 28	2
4	8	-	3	23 - 26	1
3	7	-	-	19 - 22	1
2	4 - 6	-	(-4) - 2	(-15) - 18	1
1	0 - 3	-	(-60) - (-5)	(-100) - (-16)	1
N	241	241	241	241	**N**
Media	19,93	2,02	17,90	80	**Media**
Dt	6,93	2,73	8,01	26	**Dt**

Cuadros en los que se contendrá la información

Resultados de escala EDAH

NIÑOS						
	HIPERACTIVIDAD		DÉFICIT DE ATENCIÓN		TRASTORNO COMBINADO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN RIESGO						
RIESGO MODERADO						
RIESGO ELEVADO						
TOTAL						

NIÑAS						
	HIPERACTIVIDAD		DÉFICIT DE ATENCIÓN		TRASTORNO COMBINADO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN RIESGO						
RIESGO MODERADO						
RIESGO ELEVADO						
TOTAL						

Resultados del Test de Percepción de Diferencias CARAS-R

	RENDIMIENTO NORMAL		IMPULSIVO		INATENTO		COMBINADO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIÑOS								
NIÑAS								
TOTAL								

Programa informático: Excel 2013 versión 16.0.6769.2017