

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“Nivel de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los
estudiantes de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de
Lurigancho, Lima 2020”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA: Pérez Armas, Florangel

ASESORA: Celis Victorio, Maximiliana

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Psicología Educativa
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias sociales

Sub área: Psicología

Disciplina: Psicología (incluye terapias de aprendizaje, habla, visual y otras discapacidades físicas mentales)

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de licenciada en psicología

Código del Programa: P34

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 09327573

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42176066

Grado/Título: Maestro en sistema de protección de los derechos del niño, niña y adolescente frente a la violencia

Código ORCID: 0009-0008-1495-109X

H

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Mendoza Morales, Carmen	Maestra en gestión pública	22515653	0000-0002-5360-1649
2	Diestro Caloretti, Karina Vanessa	Maestra en administración de la educación	25769441	0000-0002-0497-1889
3	Malpartida Repetto, José Luis	Magister en administración de la educación	22486072	0000-0001-5160-6887



Facultad de Ciencias de la Salud
Programa Académico Profesional de Psicología



"Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia"

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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:30 P.M horas del día 18 de junio del mes de junio del año dos mil veinticinco, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ciudad universitaria La Esperanza en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

- MG. CARMEN MENDOZA MORALES **PRESIDENTE**
- MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI **SECRETARIA**
- DR. JOSE LUIS MALPARTIDA REPETTO **VOCAL**
- MG. CYNDI MELISSA CORNEJO CERVANTES VDA. DE HURTADO **(JURADO ACCESITARIO)**
- **ASESOR DE TESIS MG. MAXIMILIANA CELIS VICTORIO.**

Nombrados mediante Resolución N° 1950-2025-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis titulada. **"NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2020"**; Presentado por la Bachiller en Psicología, **SRA. PEREZ ARMAS, FLORANGEL**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobada por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Buena.

Siendo las, 4:38pm Horas del día 18 del mes de Junio del año 2025, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

MG. CARMEN MENDOZA MORALES

orcid.org/0000-0002-5360-1649 - DNI: 22515653

PRESIDENTE

MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI

orcid.org/0000-0002-0497-1889 - DNI: 2576941

SECRETARIA

DR. JOSE LUIS MALPARTIDA REPETTO

orcid.org/0000-0001-5160-6887 - DNI: 22486072

VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: FLORANGEL PÉREZ ARMAS, de la investigación titulada "Nivel de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho, Lima 2020", con asesor(a) MAXIMILIANA CELIS VICTORIO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1052-2023-D-FCS-UDH del P. A. de PSICOLOGÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 22 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 17 de febrero de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

86. Pérez Armas, Florangel.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%	20%	10%	12%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	2%
3	Submitted to Universidad Rafael Landívar Trabajo del estudiante	2%
4	docplayer.es Fuente de Internet	1%
5	www.grafiati.com Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis queridos hijitos Ángel de Jesús y Benjamín, por ser mi fuente de inspiración y por enseñarme a trajar por el mundo del autismo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios, por ser mi guía y mi soporte espiritual siempre.

A Antonia, mi madre, mujer de nobles sentimientos y de grandes esperanzas, por impulsar desde siempre todos mis proyectos.

A mis docentes de la universidad, quienes con su gran capacidad de enseñanza me han preparado para enfrentar los retos de mi profesión.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	14
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.4.1. TEÓRICA.....	15
1.4.2. PRÁCTICA.....	16
1.4.3. METODOLÓGICA.....	16
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL.....	18
2.1.2. A NIVEL NACIONAL	21
2.1.3. A NIVEL LOCAL.....	23
2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.2.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	26

2.3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES	42
2.4.	HIPÓTESIS	43
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL	43
2.4.2.	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	43
2.5.	VARIABLES.....	44
2.5.1.	VARIABLE 1.....	44
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
CAPÍTULO III.....		47
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		47
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	47
3.1.1.	ENFOQUE	47
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL	47
3.1.3.	DISEÑO	48
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	48
3.2.1.	POBLACIÓN	48
3.2.2.	MUESTRA.....	49
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.3.1.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.3.2.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
3.4.1.	PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS	53
3.4.2.	PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	53
CAPÍTULO IV		54
RESULTADOS		54
4.1.	PRESENTACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS	54
4.2.	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	66
CAPÍTULO V		70
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		70
5.1.	CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	70
CONCLUSIONES		74

RECOMENDACIONES.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	45
Tabla 2 Población censal de los alumnos del 2° grado de Primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima- 2020	49
Tabla 3 Confiabilidad del Instrumento.....	52
Tabla 4 Validez del instrumento por criterio de jueces expertos	52
Tabla 5 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra	54
Tabla 6 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sección de la muestra	56
Tabla 7 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sexo de la muestra	59
Tabla 8 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según edad de la muestra	62
Tabla 9 Prueba de normalidad.....	65
Tabla 10 Resultado de la prueba t del nivel de riesgo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad	66
Tabla 11 Resultado de la prueba t de Student del nivel de riesgo del trastorno de hiperactividad / impulsividad	67
Tabla 12 Resultado de la prueba t de Student del nivel de trastorno por déficit de atención.....	68
Tabla 13 Resultado de la prueba t de Student del nivel de riesgo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra	55
Figura 2 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sección de la muestra	57
Figura 3 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sexo de la muestra	60
Figura 4 Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según edad de la muestra	63

RESUMEN

La investigación que lleva como título Nivel de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, tuvo como objetivo establecer el nivel de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes del 2º grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, de metodología con enfoque cuantitativo, de alcance o nivel descriptivo y de diseño descriptivo básico, en una muestra de 167 estudiantes, a quienes se les evaluó con el instrumento Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH).

Siendo los resultados observados de acuerdo a la Prueba t de Student de ($M = 57.91$, $DE = 20,620$), ($t_{166} = -13,844$, $p < ,001$). Los porcentajes de estudiantes en los niveles de riesgo elevado y riesgo moderado variaron entre las diferentes secciones, con valores que fueron desde 0% hasta 19% para hiperactividad, 3% hasta 13% para déficit de atención, y 0% hasta 16% para trastorno de conducta. La mayoría de los evaluados de 8 años se encontraron en el nivel sin riesgo siendo varones y mujeres. Concluyendo que el nivel sin riesgo prevaleció en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes del 2º grado de primaria de la Institución Educativa N° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

Palabras clave: Trastorno, hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta, niños.

ABSTRACT

The research entitled Level of attention deficit hyperactivity disorder in students of educational institution N. ° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, aimed to establish the level of attention deficit hyperactivity disorder in the students of the 2nd of primary school of the Educational Institution N. ° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, of methodology with a quantitative approach, of descriptive scope or level and of basic descriptive design. A sample of 167 students was evaluated using the Scale for the Evaluation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (EDAH).

The results, according to the Student's t-test, show ($M = 57.91$, $SD = 20.620$), ($t(166) = -13.844$, $p < .001$). The percentages of students at high and moderate risk levels vary across different sections, with values ranging from 0% to 19% for hyperactivity, 3% to 13% for attention deficit disorder, and 0% to 16% for conduct disorder. The majority of year old participants are at the risk-free level, regardless of gender. In conclusion, the risk-free level predominates in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among 2nd grade primary school students at Educational Institution N. ° 146, San Juan de Lurigancho, Lima 2020.

Keywords: Disorder, hyperactivity, attention deficit, conduct disorder, children.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH, es un trastorno neuropsiquiátrico que comúnmente se presenta en la infancia y que puede tener una duración hasta la etapa adulta; este trastorno se caracteriza por presentar síntomas que afectan la atención, presencia de hiperactividad e impulsividad, que influyen de manera negativa en el desarrollo y funcionamiento de las capacidades académicas, sociales y emocionales.

Se realizó esta investigación descriptiva con el objetivo de analizar y describir los niveles de TDAH en una muestra de niños del 2° grado de primaria. Se hizo una recopilación de datos a través de un cuestionario. Los resultados de esta investigación constituyen una información valiosa, ya que nos permite conocer la prevalencia de este trastorno en los niños, que permitirá, además, el diseño de intervenciones efectivas y personalizadas.

La investigación se encuentra dividida en 5 capítulos:

En el primer capítulo se abordan el planteamiento de, descripción y formulación del problema, la justificación e importancia del estudio, los objetivos, la viabilidad y limitaciones.

En el segundo capítulo está enfocado en el marco teórico, el estado del arte, las bases teóricas, definiciones conceptuales, las hipótesis, variables y operacionalización de las mismas.

El tercer capítulo se centra en todos los aspectos metodológicos de la investigación, en el enfoque, nivel y diseño del estudio, la población y muestra y el instrumento de recolección de información.

El cuarto capítulo abarca los resultados, el procesamiento de los datos y la presentación e interpretación de tablas y figuras.

Finalmente, el quinto capítulo se enfoca en la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) es un grupo de trastornos que se manifiestan en la infancia, que han sido descritos desde la antigüedad y se reflejan en la sociedad a través de documentos literarios y artísticos. Algunos autores, por ejemplo, Hoffman (1845), describió a un estudiante con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y más tarde Bourneville (1987) describió niños desequilibrados caracterizados por ansiedad excesiva, física y mental, actitudes destructivas y retraso mental leve. Demoor (1901) llamó la atención sobre la presencia de niños cuyo comportamiento era muy inestable, requería movimiento constante y tenía evidentes dificultades de atención. Un año después, Still (1902) agrupó esta patología en niños violentos, inquietos e irritables, incontrollables, destructivos y distraídos. Actualmente, todavía no existe un consenso sobre la terminología y los estándares utilizados en el diagnóstico y la investigación, y todavía se utilizan nombres duplicados para referirse a síntomas o características similares. Pero todos coinciden en que todos estos nombres se refieren a personas con dificultades de conducta, caracterizadas por falta de atención, actividad motora constante e impulsividad; los rasgos a menudo se asocian con dificultades de aprendizaje y problemas emocionales y sociales.

En la actualidad se estima que en el mundo entre el 5% y el 19% de la población tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), un problema de salud que afecta más al sexo masculino que femenino, siendo la relación entre ambos de tres a cinco hombres por cada mujer. Estudios en Estados Unidos revelan que la mitad de los niños con TDAH necesitan apoyo académico adicional, mientras que un 30% repite de grado y enfrenta dificultades para completar la educación secundaria. A pesar de estas evidencias, existen barreras para abordar el problema. Una creencia errónea persiste: que los síntomas desaparecerán con el tiempo, esto lleva a que los

desajustes personales se prolonguen en la adolescencia y adultez, aumentando la vulnerabilidad a diversas dificultades.

Un estudio realizado en Perú en 2007 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, encontró que el TDAH afecta al 9.5% de la población en Lima Metropolitana y Callao. Este estudio considera al TDAH un problema de salud pública debido a las graves consecuencias que puede tener si no se trata adecuadamente. La falta de atención integral y oportuna puede llevar a la exclusión social, educativa o laboral, bajo rendimiento académico, desempleo, abandono de estudios antes de los 16 años, e incluso hospitalizaciones, incluyendo lesiones.

Motivado por la investigación que reveló la alta prevalencia del TDAH en Perú, el Ministerio de Salud, en colaboración con otros sectores y gobiernos regionales y locales, promulgó la Ley N.º 30956 el 13 de junio de 2019. Esta ley busca proteger a las personas con TDAH, sensibilizando a la sociedad y garantizando su atención. El artículo 2 de la ley establece que el Ministerio de Salud (MINSA), junto con otros sectores y gobiernos, debe promover la detección temprana, el diagnóstico, la atención y el tratamiento del TDAH. También se busca brindar orientación a los familiares de las personas con TDAH y promover su inclusión social y educativa a través de la cultura, el deporte y la recreación, todo esto dentro del marco del Plan Nacional para las Personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

En ese contexto, el Ministerio de Salud pone a disposición de la población 103 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en los cuales se realizan actividades para la atención ambulatoria especializada de personas con problemas psicosociales y/o trastornos mentales.

En el centro educativo en el cual se realizará la investigación se observa alumnos con características similares con el TDAH, estudiantes que abandonan sus aulas de clase o que son retirados del aula porque son percibidos como problemáticos, niños que perciben el rechazo escolar de parte de casi todos sus compañeros; por lo que se considera realizar la

investigación y determinar la atención inmediata de estos menores con la finalidad de realizar labor preventiva, para evitar que el problema persista durante la etapa adolescente y la vida adulta.

En vista de esta problemática que aqueja a muchos alumnos y que son excluidos del aula o del plantel, considerando que son un problema para el profesor, aduciendo que son malcriados o que presentan mala conducta, es que nos planteamos el siguiente problema:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de riesgo que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho-Lima 2020?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a) ¿Cuál es el nivel de riesgo del trastorno de hiperactividad/impulsividad, de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?
- b) ¿Cuál es el nivel de riesgo del trastorno de déficit de atención de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?
- c) ¿Cuál es el nivel de riesgo del trastorno de conducta de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de riesgo que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho-Lima 2020.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer el nivel de riesgo del trastorno de hiperactividad/impulsividad, de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.
- b) Identificar el nivel de riesgo del trastorno de déficit de atención de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.
- c) Establecer el nivel de riesgo del trastorno de conducta de los alumnos del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente informe se justifica porque:

Fue conveniente para la institución educativa, ya que permitió recoger información, que servirá para la aplicación de estrategias en la mejora de los trastornos de déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes de la institución educativa, lo que permite que se logre una escolaridad y un funcionamiento social exitoso en el niño con TDAH.

1.4.1. TEÓRICA

La investigación se justifica teóricamente porque propone reflexiones y análisis en torno al trastorno de déficit de atención con

hiperactividad en los estudiantes que conforman la población de estudio.

Romero (2013) señala al respecto, es crucial diferenciar entre menores que presentan dificultades para controlar su atención, impulsos y actividad motora, a pesar de sus esfuerzos por regularlos, y aquellos que, aunque exhiben comportamientos similares, son capaces de mostrar un comportamiento y rendimiento adecuados cuando se enfrentan a tareas que les motivan y en entornos normales.

La estructura teórica de la presente investigación servirá de fuente a futuras investigaciones a realizarse sobre el constructo teórico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

1.4.2. PRÁCTICA

Esta investigación permitirá la mejora del desempeño de la competencia de indagación científica en los docentes, con el uso de estrategias que permitan el manejo de alumnos con trastornos con déficit de atención con hiperactividad.

Así mismo los resultados obtenidos servirán de referencia para futuras investigaciones y fuentes de información para profesionales futuros e interesados en la investigación.

1.4.3. METODOLÓGICA

Se validó diversas estrategias metodológicas para la evaluación del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes; así mismo esto ayudó a la validación del instrumento de recolección de datos para el estudio de la variable, a través de jueces expertos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No se encontraron muchas investigaciones en el ámbito nacional y regional, sin embargo, se profundizó la búsqueda en páginas de

investigación con acceso pagado y con la compra de libros en físico sobre los temas a investigar.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue viable por contar con el apoyo del director de la Institución educativa, además, se llevó a cabo sin causar ningún daño a individuos, comunidades o al medio ambiente. El único objetivo fue comprender el déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de segundo grado de primaria.

Se contó con los recursos económicos y presupuesto necesario para la ejecución del proyecto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Macías et al. (2020), en su trabajo Análisis del déficit de atención e hiperactividad en la población escolar de colegios públicos de Badajoz, su objetivo era investigar la presencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en 536 estudiantes de primaria de 8 a 9 años. El método utilizado fue un estudio observacional transversal utilizando dos instrumentos de evaluación: el test de Conners y el test de Goodenough. Los resultados del estudio mostraron una diferencia significativa en los resultados de la prueba de Goodenough entre niños sanos y niños con TDAH. Los niños con TDAH tienden a dibujar con menos detalles debido a características del trastorno como la impulsividad, la tendencia a actuar espontáneamente sin un plan, la baja tolerancia a la frustración y el escaso control interno, y buscan la gratificación instantánea. Además, se encontró una relación inversa entre la pubertad y las puntuaciones totales en el test de Conners. Esto significa que cuanto menor sea el puntaje de la prueba que indique el nivel de TDAH, mayor será la inmadurez en el cuadro. Sin embargo, se observó una excepción en un pequeño grupo de niños con TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) que tenían una edad de pubertad más avanzada que los niños sanos. Estos resultados son consistentes con la literatura científica que muestra que los cerebros de las personas con TDAH maduran a un ritmo más lento que los de las personas sin TDAH. Uno de los objetivos del estudio era determinar si existía una correlación entre el dibujo y el TDAH. Aunque en la figura se pueden identificar algunos parámetros típicos de inmadurez asociados con el TDAH, no se puede establecer una correlación clara entre DFF (prueba de Goodenough) y TDAH. Sin embargo, los resultados del estudio allanan el camino para futuras

investigaciones. Se recomienda seguir investigando la relación entre el TDAH y el dibujo porque hay muchos indicadores interesantes que se pueden analizar con más profundidad.

Llanos et al. (2019), en su trabajo Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años, se centra en determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en escolares de 6 a 17 años, con el objetivo de caracterizar la epidemiología de este trastorno en la región Caribe de Colombia. 383 niños de instituciones educativas fueron evaluados mediante pruebas de detección como el Checklist y BASC-3 (Sistema de Evaluación del Comportamiento de Niños y Adolescentes). Los niños cuyos resultados muestren algún cambio serán evaluados más a fondo mediante una entrevista estructurada (SSI). Los resultados mostraron que de las 383 personas examinadas inicialmente, 178 tuvieron algunos cambios, de ellos, 59 (15%) fueron diagnosticados con TDAH, con una proporción de 38 hombres: 21 mujeres, una proporción de 2:1. La distribución del subgrupo fue 7,3% en general, 5% desatentos y 3,1% hiperactivos. En general, el 23% de los encuestados padecía algún tipo de enfermedad neuropsiquiátrica. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el subtipo de déficit de atención, la agorafobia y los episodios depresivos, entre el subtipo de hiperactividad y el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de pánico, así como entre la depresión y el riesgo de suicidio en el subtipo combinado. Los resultados del estudio muestran que la prevalencia del TDAH en Barranquilla es similar a la prevalencia del TDAH en otras zonas del país, tanto en términos de prevalencia como de distribución general por subgrupo, asociación por sexo y tipo de comorbilidades. Estos resultados sugieren que la etiología del TDAH es multifactorial e independiente de factores psicosociales.

Piñón et al. (2019) tuvo como objetivo evaluar las capacidades cognitivo-ejecutivas de niñas y niños con TDAH entre 8 y 15 años comparándolas con los resultados de un grupo control sin TDAH. Se

analizaron los resultados de 47 participantes que completaron una batería de pruebas neuropsicológicas. Los resultados mostraron que el rendimiento ejecutivo cognitivo en el grupo clínico con TDAH estaba en promedio dentro del rango normal. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre el grupo de control y el grupo clínico en los dominios psicomotores y velocidad lectora, atención selectiva, inhibición cognitiva, capacidad de concentración y capacidad para tolerar interrupciones. Las investigaciones muestran que los enfoques neuropsicológicos del TDAH son una herramienta valiosa para identificar cambios en los procesos ejecutivos cognitivos. Además, este enfoque puede proporcionar a los niños con TDAH estrategias metacognitivas de orden superior que pueden mejorar su capacidad para autorregular el comportamiento y el aprendizaje.

Vallejo (2019) estudió “los efectos de la falta de atención en el proceso de aprendizaje de estudiantes de primaria del Colegio Enrique Ibáñez Mora de Guayaquil, 2018”. En el 2018, un estudio realizado en el Colegio Enrique Ibañas Mora de Guayaquil, tuvo como objetivo determinar los efectos de la falta de atención en el proceso de aprendizaje de estudiantes de primaria. El enfoque fue cuantitativo, utilizó un diseño no experimental, explicativo y correlacional. La muestra de la investigación estuvo compuesta por 20 docentes de secundaria seleccionados entre 40 docentes. Utilizó métodos de encuesta para recopilar información. Los resultados mostrados en gráficos y análisis muestran que el 25% de los docentes observaron un nivel alto o muy alto de concentración de los alumnos, éstos déficits se relacionan principalmente con problemas de atención, trastorno de hiperactividad y trastorno de conducta, de los cuales los dos primeros son los más importantes. En lo que respecta al aprendizaje, los estudios muestran que alrededor del 40% de los alumnos, incluidos aquellos con educación secundaria, padecen trastorno por déficit de atención. Las dificultades de aprendizaje están relacionadas principalmente con dificultades para adquirir y organizar conocimientos y con la falta de habilidades para procesar la información. El análisis de

correlación, que incluye coeficientes de correlación y coeficientes de determinación, así como la prueba T de Student, mostró que la falta de atención y sus factores (problemas de atención, hiperactividad, impulsividad y trastornos del comportamiento) afectan significativamente el proceso de aprendizaje. En resumen, las investigaciones confirman que la falta de atención puede afectar negativamente el aprendizaje de los alumnos.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Bazay (2020), examinó la relación entre el funcionamiento familiar y el estrés parental entre padres de niños con TDAH que reciben atención psiquiátrica y asociaciones de apoyo para familias de niños con TDAH. El propósito del estudio fue examinar la relación entre el estrés de los padres y el funcionamiento familiar de estos padres. Se utilizó un diagrama descriptivo simple para analizar los datos de 87 padres que completaron dos cuestionarios: la versión corta de la Escala de Estrés Parental (PSI-SF) y el APGAR Familiar. Los resultados mostraron que los padres de niños con TDAH experimentan altos niveles de estrés, principalmente debido a las percepciones de los comportamientos desafiantes de sus hijos y las exigencias de su papel como cuidadores. Al final resultó que, los padres con más hijos, los desempleados que no recibieron información sobre el diagnóstico y las personas que acompañaban a sus hijos a los exámenes médicos reportaron niveles más altos de estrés. Además, se encontró que los padres tienen poca conciencia del funcionamiento familiar. Los padres de niños que tomaron medicamentos y buscaron atención médica informaron un funcionamiento familiar deteriorado. Finalmente, se encontró una relación negativa y significativa entre el nivel de estrés parental y el nivel de funcionamiento familiar. Esto significa que cuanto mayor es el estrés, menor es la percepción del funcionamiento familiar.

Cruz y Santiago (2020). En su estudio, realizado en la Clínica Hogar en San Juan de Dios, Perú, se centró en identificar las características sensoriales de niños con TDAH. Se realizó un estudio

descriptivo, longitudinal y observacional sobre una muestra de 107 pacientes de ambos sexos, con edades entre 4 y 8 años, diagnosticados con TDAH., para evaluar las características sensoriales se utilizó el Test de Perfil Sensorial-2, adaptado al contexto peruano, con una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,885. Los resultados mostraron que la configuración de búsqueda sensorial fue la más común y que en el 79,4% de los casos ocurrió en niveles significativamente más altos que las otras configuraciones. El perfil de sensación de evitación se observó en un nivel más alto que otros niveles en el 41,1% de los casos y en un nivel más alto que otros niveles en el 50,5% de los casos. El perfil sensorial sensible se observó en niveles más altos que otros perfiles en el 49,5% de los casos. Además, el perfil sensorial del espectador se observó en un nivel significativamente más alto que el de otros en el 47,7% de los casos. En general, el estudio enfatiza la importancia del análisis sensorial en la evaluación y tratamiento de pacientes con TDAH, comprender las características sensoriales puede ayudar a prevenir problemas en el aprendizaje y las experiencias escolares de estos niños.

Díaz (2020). Su investigación tuvo como principal objetivo determinar la diferencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur, la investigación fue no experimental de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 2518 alumnos de escuelas, tanto de gestión privada, como de gestión pública, de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador. Se utilizó la Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención: EDDA, cuyo resultado fue que se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje general del TDAH, según el tipo de gestión educativa, con superioridad en los colegios públicos.

2.1.3. A NIVEL LOCAL

Poma, (2020) un estudio realizado en el Centro de Educación Primaria N 640 de Yauli, San Agustín de Cajas, en el año 2019 investigó la relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno de coordinación del desarrollo (TDC) en niños de 4 años hasta 5 años. El estudio utilizó un diseño no experimental, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo compuesta por 37 niños de una institución educativa. Se utilizaron métodos psicométricos y observacionales: tablas de observación para identificar y evaluar el TDAH y tablas de observación del Manual de Evaluación Motora Francisco Rosa Neto para evaluar el TDC. Los resultados mostraron que el 43,24% de los niños tenían tanto TDAH como TDC. El 37,84% no tenía TDAH pero se encontraba dentro del rango de desarrollo normal para su edad. El 18,92% estaban fuera del rango de desarrollo normal y no tenían TDAH. Mediante la prueba de Spearman se encontró una relación significativa entre TDAH y TDC: coeficiente de correlación de Spearman $\rho = 0,422$ y valor $p = (0,009)$. Esto sugiere que cuanto mayor es la presencia de TDAH, mayor es la presencia de TDC en niños de 4 a 5 años que asisten a instituciones educativas. En general, las investigaciones respaldan el vínculo entre el TDAH y la TDC en niños de esta edad, lo que sugiere que tener TDAH puede aumentar la probabilidad de desarrollar TDC.

López, (2019) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Estudiantes de la Escuela Primaria de Huancayo, Tesis de para optar el grado de Maestro, la investigación es de tipo aplicado y un nivel descriptivo, este estudio se centró en determinar si existen diferencias en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en estudiantes de primaria de zonas urbanas y rurales de Huancayo. Se utilizó un diseño descriptivo comparativo sobre una muestra de 373 estudiantes. Se utilizaron los cuadros diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR (1994) para evaluar los síntomas centrales del TDAH (falta de atención, hiperactividad e impulsividad). Los datos se

analizaron utilizando medidas de tendencia central (media), tablas de frecuencias absolutas y porcentuales e histogramas. La prueba X^2 (chi-cuadrado) se utiliza para probar la hipótesis. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en el TDAH entre estudiantes urbanos y rurales. Esto sugiere que, independientemente del entorno, los niños tienden a tener dificultades para mantener la atención, se distraen fácilmente, tienen problemas de control de los impulsos y son inquietos que afectan la capacidad de los niños para aprender y les dificultan el aprendizaje. En resumen, las investigaciones muestran que el TDAH no está vinculado a entornos urbanos o rurales, y que los niños de ambas áreas luchan con problemas similares de atención, hiperactividad e impulsividad.

Se llegó a las siguientes conclusiones:

Este estudio encontró que no hay diferencias significativas en el déficit de atención e hiperactividad (TDAH) entre los estudiantes de primaria de la zona urbana y la zona rural de Huancayo, a nivel estadístico. Esto significa que los niños, independientemente de su entorno, tienden a tener problemas al mantener su atención, se distraen fácilmente y les cuesta controlar sus impulsos e inquietud motora.

Aunque no se encontraron diferencias significativas, el estudio observó algunas tendencias a nivel porcentual. En la dimensión de desatención, el 45% de los alumnos de zonas urbanas presentaron problemas, en comparación con el 40% de los alumnos de zonas rurales. Esto indica que los estudiantes de zonas urbanas tienen una mayor tendencia a tener dificultades para concentrarse y mantener la atención en una tarea.

En la dimensión de hiperactividad-impulsividad, el 31% de los alumnos de las zonas urbanas presentaron problemas, en comparación con el 23% de los alumnos de zonas rurales. Esto sugiere que los estudiantes de zonas urbanas tienen una mayor tendencia a mostrar un

comportamiento hiperactivo e impulsivo, lo que dificulta su capacidad de autorregular su conducta. En general, el estudio sugiere que el TDAH es un desafío común tanto en zonas urbanas como rurales, y que los estudiantes de ambos entornos pueden experimentar dificultades en la atención, la hiperactividad y la impulsividad.

Villanueva (2020), tuvo como objetivo determinar el impacto de las faltas disciplinarias en el rendimiento escolar entre estudiantes de primaria con problemas de aprendizaje de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles, Huánuco, 2018. El estudio utilizó un enfoque hipotético-deductivo y fue un estudio descriptivo transversal. La población total fue de 350 estudiantes y la muestra seleccionada incluyó a 47 estudiantes con dificultades de aprendizaje en comunicación. Utilizó cuestionarios disciplinarios y boletas de calificaciones como herramientas de medición.

Y encontró que:

Entre 350 estudiantes, la tasa de indisciplina observada fue baja (50,9%) y muy alta (2,7%). En cuanto al nivel de aprendizaje, el 8% de los alumnos se encuentra en el nivel básico y de proceso, el 70.1% tiene calificaciones esperadas y el 21.9% tiene calificaciones excelentes. En una muestra de 47 estudiantes con dificultades de comunicación, se observó que el 4.3% de los alumnos fueron clasificados como infractores disciplinarios de nivel bajo, el 46.8% fueron clasificados como infractores disciplinarios de nivel medio y el 48.9% fueron clasificados como infractores disciplinarios de nivel alto. En cuanto al grado de déficit de atención en la comunicación de los alumnos con dificultades de aprendizaje, se encontró que el 6.4% de los alumnos se encontraba en un nivel bajo, el 68.1% se encontraba en un nivel medio y el 25.5% se encontraba en un nivel alto. Dado que el valor F de Fisher calculado (14.711) es mayor que el valor F en la tabla (1.69), se determinó además que el déficit de atención tiene un efecto significativo en el rendimiento escolar, rechazando así la hipótesis nula

y aceptando la hipótesis de investigación. Esto sugiere que el déficit de atención afecta el rendimiento académico de estos estudiantes.

En resumen, los resultados muestran que tanto la indisciplina como el déficit de atención afectan el rendimiento académico de los alumnos de primaria con dificultades de aprendizaje en comunicación de la institución educativa. Por lo tanto, para mejorar la calidad de la educación escolar y el desarrollo de los alumnos, es muy importante abordar estos temas de manera integral.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Definición

Soutullo (2008) define el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como un trastorno mental de origen biológico que afecta la capacidad de niños, adolescentes o adultos para prestar atención a sus actividades (ausencia de atención), regulando los niveles de actividad (hiperactividad) e inhibiendo o paralizando su comportamiento o pensamientos (impulsividad).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con bases neurobiológicas, según Isorna (2015), se define por la continua presencia de sintomatología de déficit de atención y/o hiperactividad durante más de seis meses, de acuerdo con los criterios del DSM5.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones psicopatológicas más comunes en la infancia y la adolescencia, según Amador, Forns y González (2010), citados por López (2015). Se caracteriza por un patrón persistente de comportamientos de hiperactividad, desatención, e impulsividad.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una patología del neurodesarrollo que afecta a alrededor del 5% de la población infantil, según el psicólogo y profesor Rafael Guerrero Tomás (2016). Las características principales del trastorno, como la dificultad para mantener la atención, el movimiento excesivo y la impulsividad, afectan a los niños y adolescentes en todos los ámbitos de su vida, generando un efecto dominó en sus experiencias. Además, el TDAH conlleva un alto nivel de sufrimiento tanto para el niño como para su familia.

Según Isorna (2015), el TDAH tiene una fuerte dimensión social. Esto significa que la frontera entre lo que se considera un comportamiento normal y lo que se considera patológico, que requiere tratamiento, está influenciada por los valores sociales y culturales. El mismo comportamiento puede ser interpretado de forma diferente dependiendo de quién lo diagnostique y del contexto social o educativo. Algunos factores culturales que influyen en la percepción del TDAH son el grado de tolerancia a los síntomas, las expectativas de los educadores y padres, y la cultura de los medicamentos.

El TDAH en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales.

A partir de la década de 1950, el término TDAH empezó a utilizarse para describir una variedad de síntomas asociados con el trastorno. En aquella época prevalecía una perspectiva conductista, que hacía que el sufrimiento y las dificultades fueran vistos sólo como problemas de conducta, ignorando los aspectos cognitivos del niño, como la distracción, el nerviosismo, la falta de atención, los problemas de memoria, etc. El primer DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), publicado en 1952, no incluía este trastorno. Sin embargo, el TDAH se incluyó por primera vez en el DSM-II en 1968 como trastorno hiperactivo-impulsivo. El psiquiatra Leon Eisenberg jugó un papel decisivo a la hora de incluir el TDAH en el DSM-II y popularizar el uso de metilfenidato para tratar los síntomas. Desde la

década de 1970, la comprensión del TDAH comenzó a incluir aspectos cognitivos que no pueden observarse directamente. A diferencia del enfoque conductual que dominó la primera mitad del siglo XX, el enfoque cognitivo se centra en los procesos básicos y de orden superior afectados por el TDAH, como la dificultad para mantener la atención, la pérdida de memoria, el bajo rendimiento, la baja motivación y la falta de impulso y control.

Virginia Douglas (1972) descubrió que el trastorno por déficit de atención puede ocurrir con o sin hiperactividad. Sus investigaciones influyeron en el DSM-III (1980), que distinguía dos subtipos y consideraba los problemas de atención como factor primario del trastorno y los problemas de conducta como factor secundario. La categoría diagnóstica del DSM-III es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA), y el TDAH se considera una subcategoría. Sin embargo, con la publicación del DSM-III-R en 1987, esta distinción fue eliminada y el TDAH fue reconocido como un trastorno separado.

Los padres estuvieron expuestos por primera vez al síndrome en la década de 1980, cuando creció la conciencia pública sobre el TDAH. En España, el metilfenidato se comercializó en 1981 con el nombre comercial de Rubife, la ventaja de estos medicamentos es que actúan inmediatamente, por lo que los pacientes sentían los efectos del medicamento rápidamente. En 1992, la OMS (Organización Mundial de la Salud) incluyó el TDAH como concepto diagnóstico en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y lo denominó TDAH.

En 1994, la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) publicó el DSM-IV, que incluía el TDAH como una categoría diagnóstica que incluía trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia, además de los trastornos de conducta y actitud. El DSM-IV también indica la necesidad de aclarar cuál de los tres tipos de pacientes pertenecen predominantemente: abiertamente desatentos, hiperactivos e

impulsivos o mixtos. Russell Barkley, reconocido experto en TDAH, señala que la patología del TDAH no se limita a síntomas como falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Buckley cree que un niño con TDAH tiene serias dificultades con las funciones ejecutivas del lóbulo frontal, las habilidades cognitivas que nos permiten alcanzar nuestros objetivos, por ello, sugirió otro nombre para el TDAH: déficit de autorregulación.

El DSM-5, publicado en mayo de 2013 en inglés y traducido al castellano un año después, no presenta diferencias significativas en cuanto al TDAH respecto al DSM-IV.

Artigas (2006), citado por Isorna (2015); reconoce que los criterios de diagnóstico del DSM-5 son vagos y subjetivos y que no se pueden extraer conclusiones diagnósticas firmes basándose únicamente en estos criterios. Pero es posible adoptar una postura clara e informada contra el escepticismo y partir de ahí. Artigas (2006), citado en Isorna (2015), afirma que se deben tener en cuenta algunas recomendaciones para evaluar los criterios:

Los criterios son positivos si una conducta particular se califica como un problema y/o la conducta ocurre con más frecuencia o más intensidad que en la mayoría de los niños. No hay que olvidar que determinadas condiciones pueden aumentar o disminuir la percepción de una conducta conflictiva, algunas familias pueden tener un nivel de tolerancia que no considera que el comportamiento hiperactivo manifiesto sea un problema. También puede ocurrir lo contrario. Algunas familias con niños con TDAH no ven el comportamiento del hermano (que es típico del TDAH) como problemático simplemente porque no es tan perturbador, como el comportamiento del hermano con TDAH, diagnosticado como tal. Una condición que debe operar en dos o más entornos no significa que cada entorno deba cumplir con todos los criterios para el TDAH, sino que sólo están presentes algunos efectos o manifestaciones del problema, en este caso, conviene pensar nuevamente en la disponibilidad de los padres.

Mitos sobre el TDAH

El TDAH se ha convertido en un tema de conversación común en los últimos años, con educadores, médicos, psicólogos, psiquiatras, periodistas e incluso políticos hablando del trastorno, según Guerrero (2016). La falta de un marcador biológico visible para el TDAH ha dado lugar a una serie de mitos sobre la patología.

Guerrero (2016) señala cree que un niño con TDAH a menudo es etiquetado como inmaduro y vago debido a sus síntomas. Si bien es cierto creer que un niño con TDAH puede mostrar características de inmadurez, esto se debe a que el trastorno afecta el proceso de maduración de su cerebro. De hecho, el DSM-5 clasifica el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo.

Además, en la adolescencia, los comportamientos relacionados con el esfuerzo de los niños con TDAH a menudo son castigados por experiencias repetidas de fracaso, lo que dificulta aún más su capacidad de estudiar.

Es un error pensar que un niño no tiene TDAH solo porque puede pasar horas jugando videojuegos. Los niños con TDAH, al igual que cualquier persona, pueden concentrarse por largos períodos en actividades que les motivan, especialmente si hay un refuerzo inmediato. La dificultad surge cuando la actividad es monótona y aburrida, momento en el que pierden la atención, la diferencia es que las personas sin TDAH tienen una mayor capacidad de perseverancia.

Alberto Fernández Jaén, responsable de la Unidad de Neurología Infantil del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, ha demostrado que el tiempo que cree que un niño con TDAH dedica a las actividades de ocio, incluyendo los videojuegos, es similar al de otros niños de su edad, por lo tanto, no es cierto creer que un niño con TDAH juegue más tiempo a los videojuegos que otros niños.

Aunque se cree comúnmente que el TDAH con presentación combinada es el más frecuente, Vélez-Álvarez y José A. Vidarte Claros (2012) señalan que, en realidad, el tipo de TDAH más prevalente es el inatento. La percepción errónea de que el TDAH combinado es el más común se debe a que los casos de este subtipo suelen buscar atención médica con más frecuencia debido a los síntomas conductuales que generan mayores problemas de comportamiento. Por otro lado, el TDAH inatento es más difícil de detectar, ya que a menudo se presenta en niñas que se distraen fácilmente pero que son trabajadoras y dedicadas a sus estudios.

De hecho, la proporción de casos de TDAH con presentación inatenta es casi el doble que la de la presentación combinada.

Existe una controversia significativa sobre la posible invención del TDAH. Algunos autores, como el catedrático Marino Pérez Álvarez de la Universidad de Oviedo y el psicólogo Fernando García de Vinuesa, argumentan que esta patología no existe como entidad diagnóstica.

El TDAH es un trastorno crónico que persiste en la edad adulta y a lo largo de la vida, según Robín (1998). Si bien los síntomas del TDAH pueden cambiar con la edad, el trastorno en sí mismo no desaparece. Los estudios longitudinales muestran que, a partir de la adolescencia, los síntomas se vuelven más cognitivos y menos externalizantes o hiperactivos, en comparación con la infancia y la etapa de primaria.

Características del déficit de atención

Guerrero (2016), los niños con trastorno por déficit de atención tienen dificultades para realizar la misma actividad durante largos periodos de tiempo. Después de unos minutos de hacer los deberes, los niños rápidamente se aburren y empiezan a pensar en otras cosas sin centrarse en lo que están haciendo, su incapacidad para prestar atención les hace cometer errores académicos en materias que de otro modo podrían dominar. Tienen que hacer un esfuerzo adicional para

completar las tareas diarias y mantenerse organizados, si no hacen un esfuerzo, se distraerán mucho más fácilmente con cualquier estímulo que se les presente. En varios casos, es dudoso que estos niños tengan buen oído o no, porque parecen no poder oír. En ocasiones pueden olvidar los documentos necesarios para completar cada tarea y pueden perder objetos personales.

Según Orjales (2002), para realizar una precisión más clara se pueden establecer los siguientes indicadores:

Conducta desatenta en los niños hiperactivos

- No termina lo que empieza.
- Comete muchos errores.
- No centrarse en el juego.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- Dificultad para organizarse.
- Evita tareas que requieran esfuerzo.
- A menudo pierde cosas que necesita.
- Algo lo está distrayendo.
- Muy descuidado en las acciones.

Caracterización de la hiperactividad

Mayo Clinic (2019), un niño está en constante movimiento y tiene dificultades para sentarse durante largos períodos de tiempo en situaciones que requiera estar sentado, como en la escuela, en la iglesia, frente al televisor o mientras comen. Los estudiantes se levantaron, miraron a su alrededor y caminaron sin pensar, les era imposible quedarse quietos y permanecer en toda la clase. Durante las clases, los niños suelen molestar a sus compañeros porque al estar sentados se mueven mucho en sus sillas, mueven brazos y piernas, cambian de posición, tocan todo y caen constantemente al suelo. Hablan continuamente, hacen ruido y cuando se sientan golpean la mesa; con los niños pequeños, los padres deben estar atentos para

garantizar que los niños no entren en lugares peligrosos y no tengan más accidentes que niños de su misma edad; a medida que crecen, su hiperactividad disminuye, pero aunque no se mueven con tanta frecuencia, todavía se sienten internamente inquietos y ansiosos.

Orjales (2002), refiere que para realizar una precisión más clara se pueden establecer los siguientes indicadores:

Conducta hiperactiva

- Movimiento constante de brazos y piernas.
- Se levanta con frecuencia.
- Corretea mucho.
- Dificultad para participar en actividades tranquilas.
- Arranca como un motor.
- Habla demasiado.

Características de la impulsividad

Mayo Clinic (2019), Los niños impulsivos tienen dificultad para suprimir o regular reacciones o respuestas inmediatas en la escuela, en casa u otras situaciones que encuentran. Les cuesta no hacer lo que quieren o lo primero que les viene a la cabeza. No piensan en las consecuencias de sus actos y hacen o dicen lo primero que le viene a la mente. En clase responden sin pensar realmente en lo que preguntan, hacen comentarios inapropiados sin importarles las reacciones de los demás.

Barkley, R. A. (2006) señala que Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) experimentan grandes retrasos a la hora de hablar consigo mismos antes de la intervención. En lugar de evaluar la probabilidad o las consecuencias de cada respuesta, actúan impulsivamente y luego sufren las consecuencias de sus acciones. Cuando estos niños han dicho o hecho algo inapropiado, a menudo piensan que han actuado con decisión, pero ya es demasiado tarde, a pesar de las consecuencias ligeramente más

negativas, no logran aprender y la siguiente vez, igual se dejan llevar por lo primero que les viene a la mente, reaccionan impulsivamente, lo que les dificulta esperar su turno para hacer algo.

Orjales (2002), señala que para realizar una precisión más clara se pueden establecer los siguientes indicadores:

Conducta impulsiva

- Apresurarse a responder antes de que se haya formulado la pregunta.
- Dificultad para mantener un turno.
- A menudo interrumpe o interfiere con las actividades de otras personas (por ejemplo, interrumpe conversaciones y juegos).

Otros signos del TDAH

Dificultades en las relaciones interpersonales:

Cardoze, D. (2007), Tienden a estancarse en problemas y otras cuestiones y tienen dificultades para ponerse de acuerdo sobre cómo responder a las situaciones, como resultado, a veces no son populares entre sus compañeros, no se llevan bien con sus progenitores, hermanos y maestros, y tienen pocas amistades de larga duración.

Rendimiento académico bajo:

Soutullo (2014) afirmó que los problemas de aprendizaje suelen estar asociados con una mala organización, una mala memoria secuencial, déficits en las actividades psicomotoras gruesas y finas y habilidades cognitivas ineficientes.

Autoestima baja:

Soutullo (2007) precisa que a causa de la no popularidad tiene pocos amigos, también suelen tener conflictos frecuentes con padres, maestros, hermanos y bajo rendimiento académico, tienen un

sentimiento crónico de fracaso en todo y no pueden hacer nada bien, a pesar de sus esfuerzos por hacer las cosas bien, todavía lo harán.

Historia

Según Quintero (2009), las primeras descripciones de trastorno de conducta en la infancia se remontan a mediados del siglo XIX, y el trastorno era similar al actual trastorno de TDAH. El médico alemán Hoffman observó a su hijo, a quien llamó "Fidgety Phil" o "Restless Phil", pero fue ignorado por la comunidad científica en ese momento. La primera descripción científica la dio el médico británico Sir George Frederick Steele, quien en 1902 presentó al Royal College of Physicians, 20 casos de niños con síntomas similares a los síntomas modernos del TDAH y los llamó "Restless Phil". Las preguntas planteadas por niños con inteligencia normal pero con déficits temporales o permanentes de control moral adquirieron relevancia. Agregó que es necesario monitorear de cerca la condición porque algunas personas todavía tienen el problema hasta la edad adulta, pero esa edad es el mejor momento para realizar intervenciones y hacer los cambios que se necesitan. El concepto de control moral fue desarrollado por Steele, quien durante muchos años estudió el desarrollo de los déficits de control moral como patologías en los niños. Explicó que este defecto puede estar relacionado con un defecto intelectual tradicionalmente llamado idiotez o descaro. El defecto llamó la atención porque, aunque no indicaba un estado mental anormal en los niños, se creía que tenían una inteligencia normal. Está claro que los conceptos de moralidad no tienen nada que ver con la moral o la inmoralidad, ni con cambios o desviaciones en la conducta sexual, sino con la capacidad cognitiva para distinguir entre el bien y el mal. La asociación entre la hipercinesia clínica y los déficits del sistema nervioso central fue generalizada en la primera mitad del siglo XX, entre los años, 1917-1918 El año 2000 es importante debido a la epidemia de encefalitis que condujo a manifestaciones clínicas modernas similares al TDAH, en la primera mitad del siglo XX, para

explicar estos trastornos de hiperactividad en los niños existía una teoría de que estaba relacionada con trastornos cerebrales; como resultado, el término "lesión cerebral leve" se introdujo a finales de la década de 1950 para reemplazar el término "lesión cerebral leve". Stella Chess introdujo el concepto de TDAH a los niños alrededor de 1960 como un diagnóstico progresivo con buen pronóstico, y la mayoría de los síntomas se resolvían al terminar la adolescencia, los síntomas comenzaban alrededor de los tres o cuatro años, y un detalle interesante en esta descripción clínica es que las convulsiones eran frecuentes, los síntomas empeoraban a los seis años y progresaban gradualmente a partir de ahí.

Estas teorías, que tienen una base neurobiológica, son adyacentes a otras hipótesis de *origen* psicoanalítico, que vinculan el cuadro clínico de la enfermedad con un cuidado paterno deficiente y una atención plena inadecuada al niño.

En la segunda mitad del siglo XX, las diferencias en las opiniones sobre los síntomas del TDAH y las diferencias en los criterios de clasificación entre Europa y América *del* Norte crecieron cada año; en la década de 1970, comenzaron a circular un gran número de estudios sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la siguiente tríada clasificó este síndrome definido como hiperactividad excesiva, falta de atención e impulsividad que se convierten en complicaciones del TDAH, las tríadas definen el TDAH, el síntoma principal del trastorno era el déficit de atención, no la hiperactividad. Este cambio en la percepción del TDAH se debe, por un lado, a que a medida que los niños llegan a la adolescencia mejoran sus síntomas motores o de TDAH, pero también sus problemas de control de impulsos y de atención. Si los niños diagnosticados con TDAH no reciben apoyo y retroalimentación constante para mejorar sus habilidades de lectura hasta que alcancen un nivel normal, sus habilidades de lectura serán deficientes.

Este cambio se produjo durante el desarrollo del trastorno DSM-III en 1980, cuando se le denominó trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Además, a los adultos se les diagnostica de una forma permanente llamada forma residual. Los cambios continuaron hasta la década de 1980, cuando surgieron nuevas estrategias de tratamiento que enfatizaban el tratamiento farmacológico y psicológico de la epilepsia y la terapia cognitivo-conductual, la enfermedad se ha vuelto más prevalente. Actualmente, la investigación se centra en los componentes genéticos asociados a la fuerte herencia de la enfermedad, también se eliminan las barreras en la infancia y la adolescencia al tratar de comprender qué consecuencias puede tener el trastorno en la edad adulta y la adolescencia temprana, como consecuencias o riesgo de fracaso escolar y la coexistencia con otros trastornos, incluidos los trastornos del estado de ánimo y el consumo de sustancias. A mediados de la década de 1970, un grupo de investigadores de Utah consideró específicamente la posibilidad de que al menos algunos síntomas persistieran hasta la edad adulta y seleccionaron una muestra de pacientes adultos con falta de atención, hiperactividad, impulsividad e inestabilidad emocional cuyos padres reportaban síntomas de hiperactividad, en edad temprana. Usaron metilfenidato y obtuvieron una tasa de respuesta positiva del 60%, que en algunos casos, fue tan impresionante como la de los menores. A principios del siglo XX y principios del XXI surgió el concepto de diferentes tipos de trastorno por déficit de atención, pero persistió la idea de la falta de atención como síntoma principal del trastorno. La barrera temporal para el diagnóstico se ha superado con creces y se está realizando una gran cantidad de estudios a cerca de la presentación clínica y el diagnóstico del TDAH en adultos.

Etiología

Según Silver (2010), la mayoría de las personas con TDAH han experimentado algún tipo de *afectación* o influencia en su cerebro

durante su desarrollo, posiblemente durante las primeras semanas de gestación.

Posibles factores del patrón familiar:

Patrón de herencia:

Las investigaciones muestran que hasta el 50 % de los niños y adolescentes con TDAH heredan este patrón de actividad cerebral. El código genético puede provocar *conexiones* neuronales inapropiadas en determinadas áreas del cerebro. Orjales (2000) cita a Barclay (1997) quien afirma que los padres de niños con TDAH tienen un 50% de posibilidades de experimentar las mismas dificultades. Esto sugiere que en algunas familias el problema puede continuar de generación en generación, donde la carga genética se convierte en un factor de riesgo. Las investigaciones sobre esta enfermedad sugieren que es causada por un defecto neuroquímico en ciertas áreas del cerebro que carecen de neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina. Varios estudios han demostrado que la mayoría de los genes asociados con el TDAH están directamente involucrados en el transporte y la absorción de dopamina y serotonina, pero algunos han sugerido que esto puede ser poligénico, ya que la dopamina es un neurotransmisor importante para el movimiento voluntario. González (2006), citado por López (2015), dice que muchos médicos describen el TDAH como una disfunción neurológica en las áreas del cerebro que controlan los impulsos, ayudan a filtrar la información sensorial y enfocan la atención. Estos médicos sugieren que puede haber un desequilibrio o falta de dopamina, una sustancia encargada de transmitir señales a los nervios sensoriales.

Posibles factores no familiares:

Toxinas ambientales:

Hallazgos recientes sugieren un posible vínculo entre las toxinas ambientales y mayores tasas de problemas de aprendizaje, desarrollo y

comportamiento. Se entiende que más de la mitad de las emisiones de sustancias químicas tóxicas reportadas al Registro de Emisiones Tóxicas, las cuales son relacionadas con el desarrollo o el neurodesarrollo. Varios estudios recientes muestran que estas toxinas ambientales bloquean los componentes neuroendocrinos y provocan cambios en el desarrollo del cerebro. A medida que aprendemos más sobre las acciones químicas involucradas en el desarrollo del cerebro, se cree que estas sustancias químicas controlan las interacciones y el comportamiento del cerebro.

Otros posibles factores:

Desarrollo Fetal:

Los acontecimientos o experiencias en el útero, durante o después del nacimiento pueden afectar el desarrollo del cerebro. Los factores socioecológicos también pueden provocar efectos nocivos, estos factores pueden incluir desnutrición, falta de atención prenatal, componentes metabólicos o tóxicos, infección o estrés, cualquiera de estos factores puede provocar partos prematuros, problemas durante el embarazo y bajos pesos al nacer.

Metabolitos y toxinas:

Durante el desarrollo fetal, los primeros meses de vida y la infancia, las toxinas en la sangre y el cerebro pueden causar disfunción o daño cerebral, el veneno más *estudiado* es el plomo, dependiendo de la cantidad; va a depender de la etapa de desarrollo del feto, en la que se produce toxicidad y la duración del mismo, lo cual puede ocasionar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, retrasos mentales o problemas en el aprendizaje.

Consumo de drogas y alcoholismo:

Hasta el 50 por ciento de los niños nacidos de madres que consumieron cocaína durante el embarazo desarrollan trastorno por déficit de atención con *hiperactividad*, dificultades de aprendizaje y

problemas de control de los impulsos. Es importante tener en cuenta que si el padre es adicto a las drogas o al alcohol en el momento de la concepción, esto puede afectar la composición genética de los espermatozoides y causar problemas al feto y al niño después del nacimiento.

Problemas durante el parto:

Los efectos a largo plazo de factores como el trabajo de parto prolongado, los fórceps, la posición del bebé y el sufrimiento fetal no están claros. La debilidad fetal *observada* durante el parto que dura varios minutos, así como los niveles de bilirrubina que permanecen por encima del nivel seguro generalmente aceptado durante períodos de tiempo más largos, son posibles factores que indican una mayor probabilidad de TDAH.

Otros posibles factores:

Las infecciones, como la encefalitis, pueden provocar cambios cerebrales y provocar lesiones por ansiedad que pueden provocar cambios estructurales y problemas con el rendimiento académico. Orjales (2000) y Soutullo (2008) coinciden en que la dinámica familiar, como el ejemplo y la motivación de los padres, pueden moldear, estructurar o regular el futuro del trastorno, haciéndolo más o menos severo, y en consecuencia una vida más llevadera; también coinciden en que el TDAH y su buen pronóstico están conectados con la dinámica familiar, sus raíces están conectadas con el entorno familiar, indican que las relaciones familiares juegan un papel importante en el mantenimiento o control del desafío, la provocación y el comportamiento agresivo. Los factores culturales y bilingües pueden afectar la calidad de la educación recibida o el nivel de desempeño alcanzado. No existe ningún trastorno neurológico subyacente que cause problemas con el procesamiento y uso de mensajes.

Enfoques teóricos para explicar el TDAH y sus dimensiones:

Enfoque neurobiológico:

Este enfoque se centra en las alteraciones neurobiológicas que se observan en personas con TDAH y se refiere a que se han encontrado diferencias en la estructura y función cerebral, así como en la actividad de neurotransmisores, como la dopamina y la noradrenalina (Barkley, 2016).

Para Barkley (2016) este enfoque neurobiológico se relaciona con las dimensiones de nuestro estudio, de la siguiente forma:

Hiperactividad/impulsividad: Se asocia con la disfunción del núcleo accumbens y el cuerpo estriado, áreas cerebrales involucradas en la recompensa, la motivación y la planificación motora.

Déficit de atención: Se relaciona con la disfunción del lóbulo frontal, área del cerebro involucrada en la atención, la concentración y la memoria de trabajo.

Trastornos de conducta: Se relaciona con la disfunción del sistema límbico, área del cerebro involucrada en las emociones, la impulsividad y la agresividad.

Cabe mencionar que, este enfoque neurobiológico no explica por sí solo el TDAH, ya que también influyen factores ambientales y psicológicos (Barkley, 2016)

Enfoque psicosocial:

Willcutt (2000) refiere que este enfoque se centra en los factores ambientales y sociales que pueden contribuir al TDAH.

Estos factores incluyen:

- **Genética:** El TDAH tiene un fuerte componente genético.

- **Factores prenatales y perinatales:** Exposición a ciertas sustancias durante el embarazo o complicaciones durante el parto pueden aumentar el riesgo de TDAH.
- **Factores ambientales:** La exposición a toxinas ambientales, como el plomo, puede aumentar el riesgo de TDAH.
- **Factores familiares:** La disfunción familiar, el abuso o la negligencia pueden aumentar el riesgo de TDAH.

Asimismo, según Willcutt (2000), nuestras dimensiones podrían relacionarse con esta teoría de la siguiente forma:

- **Hiperactividad/impulsividad:** Puede verse exacerbada por un entorno caótico o desorganizado.
- **Déficit de atención:** Puede verse afectado por la falta de estimulación o por un entorno con demasiadas distracciones.
- **Trastornos de conducta:** Pueden ser una respuesta a la frustración o a la falta de atención por parte de los adultos. También cabe mencionar que el enfoque psicosocial no explica por sí solo el TDAH, ya que también influyen factores neurobiológicos.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Déficit de atención: Luria (1984). Definió la atención como el proceso de seleccionar la información adecuada, consolidar programas de acción apropiados y mantener un control continuo sobre su progreso. Esta definición nos lleva a considerar tres aspectos importantes:

Hiperactividad: Taylor (1991) distingue entre hiperactividad, sobreactividad e hipercinesia. En un continuo, la sobreactividad representaría un alto nivel de actividad, pero sin implicación excesiva en el comportamiento general del niño, y se referiría a acciones aisladas, más severas que el movimiento más amplio, pero que nunca entrará en el campo de la psicología.

Hiperactividad/Impulsividad: La hiperactividad/impulsividad se caracteriza por un patrón persistente de inquietud motora excesiva, dificultad para permanecer sentado, impulsividad y falta de control inhibitorio. Estos síntomas pueden interferir significativamente con el funcionamiento académico, social y personal del individuo (Barkley, 2016).

Déficit de Atención: se caracteriza por dificultades para mantener la atención, la concentración y la organización. Los individuos con este trastorno tienen problemas para seguir instrucciones, prestar atención a los detalles y completar tareas (Willcutt, 2020).

Trastornos de Conducta: Los trastornos de conducta se caracterizan por un patrón persistente de comportamiento disruptivo, desafiante o agresivo. Los individuos con este problema pueden mentir, engañar, pelear, ser crueles con los demás y desobedecer las normas (Frick, 2020).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H_a : El nivel que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho-Lima 2020.

H_o : El nivel que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho-Lima 2020

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H_{a1} : El nivel que prevalece del trastorno de hiperactividad/impulsividad es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

H₀: El nivel que prevalece en el trastorno de hiperactividad/impulsividad no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

H_{a2}: El nivel que prevalece del trastorno de déficit de atención es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

H₀: El nivel que prevalece del trastorno de déficit de atención no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

H_{a3}: El nivel que prevalece del trastorno de conducta es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

H₀: El nivel que prevalece del trastorno de conducta no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE 1

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Dimensiones

Hiperactividad / impulsividad

Trastorno por déficit de atención

Trastorno de conducta

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	Indicadores/ítems	Escala de medición	Rangos	Instrumento
V1 Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad	Soutullo (2008) define el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como un trastorno mental de origen biológico que afecta la capacidad de niños, adolescentes o adultos para prestar atención a las actividades (no atención), la regulación del nivel de actividad (hiperactividad) y la inhibición o	El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en los estudiantes se define por indicadores como excesiva inquietud motora, molestar a otros, exigir satisfacción inmediata, moverse constantemente, ser impulsivo e irritable, distraerse fácilmente, dejar tareas incompletas, frustrarse con facilidad, dificultades de aprendizaje,	D1. Hiperactividad/impulsividad	1. Inquietud excesiva. 3. A menudo molesta a otros niños. 5. Solicitar respuesta inmediata a sus solicitudes. 13. Siempre en movimiento, sin parar 17. Es impulsivo e irritable.	Nominal	Los rangos para el puntaje global son considerados desde: El percentil 1 al percentil 30 = bajo riesgo Percentil 31 al percentil 60 como riesgo moderado Superiores al percentil 60, con riesgo alto.	Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de atención con hiperactividad – EDAAH)
			D2. Déficit de atención	4. Se distrae fácilmente y tiene poca atención. 7. Está en las nubes, perdido en sus pensamientos. 8. Deja de terminar lo que empiezas. 19. Sus esfuerzos pueden verse frustrados fácilmente y es voluble.			
			D3. Trastornos de conducta	2. Tienen dificultades para aprender en la escuela. 11. A menudo grita en situaciones inapropiadas. 12. Respuesta fácil. Es desdeñoso y arrogante. 15. Hay arrebatos de ira impredecibles. 14. Debatir y discutir sobre			

control de sus
pensamientos
y
comportamien
to
(impulsividad).

gritar
inapropiadam
e, contestar
irrespetuosamen
te, explosiones
de mal genio y
conflictos con
compañeros y
profesores.

cualquier cosa.
9. Esto no fue bien recibido por
el grupo.
16. Carece de conocimiento de
las reglas y del juego limpio.
10. Niega tus errores o culpa a
los demás.
18. No se lleva bien con la
mayoría de sus compañeros.
6. Tener dificultades para
trabajar juntos.
20. No seguir bien las
instrucciones del profesor.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, según su nivel de profundidad, se considera descriptiva. Ander-Egg (1992) señala que el objetivo de este tipo de investigación es establecer una descripción lo más completa posible de un fenómeno, situación o elemento concreto, sin buscar causas ni consecuencias. Este enfoque mide las características, observa la configuración y los procesos que componen los fenómenos, sin detenerse a valorarlos

3.1.1. ENFOQUE

El trabajo se realizó de acuerdo al enfoque cuantitativo, donde los resultados obtenidos fueron en categorías numéricas que permitió el análisis estadístico, según el diseño de investigación (Hernández, 2014).

La investigación cuantitativa tiene que ver con la cantidad y, por tanto, su medio principal es la medición y el cálculo, en general, busca medir variables con referencia a magnitudes (Niño, 2011).

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

El tipo de investigación desarrollada en el presente trabajo fue no experimental, según Hernández (2010, p. 140), este tipo de investigación se caracteriza por realizarse sin manipular deliberadamente las variables. Además, se consideró de nivel descriptivo, ya que, de acuerdo con Carrasco Díaz (2006), este enfoque se limita a describir fenómenos sin complementarlos con explicaciones o predicciones.

Al respecto precisamos que la presente investigación puso énfasis en puntualizar las características de la población que se está

estudiando, es decir, los estudiantes del 2° grado de la Institución Educativa N.° 146 de San Juan de Lurigancho en Lima.

3.1.3. DISEÑO

La presente investigación es un diseño descriptivo simple, ya que describe las características de la variable sin alterar el comportamiento de las mismas (Hernández, 2014).

Su propósito es describir la realidad objeto de estudio, un aspecto de ella, sus partes, sus clases, sus categorías, con el fin de esclarecer una verdad, corroborar un enunciado o comprobar una hipótesis (Niño, 2011).

Asimismo, este estudio adoptó un diseño no experimental, ya que, según Hernández Sampieri y Mendoza (2018), en este tipo de diseño las variables se observan en su estado natural, sin ser manipuladas ni provocadas intencionalmente.

Esquema:

M ————— O₁

Donde:

M = Muestra

O₁ = Variable 1: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Viene a ser la totalidad de sujetos o elementos que tienen características comunes (Mejía, 2008).

En la presente investigación se consideró como población objetivo todos los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución

Educativa N.º 146 de San Juan de Lurigancho, tal como se señala en el cuadro siguiente:

Tabla 2

Población censal de los alumnos del 2º grado de Primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima- 2020

Estudiantes		
Del 2do grado	sección	Total
2do	A	32
2do	B	35
2do	C	34
2do	D	33
2do	E	33
Total		167
		Sexo
2do	Varones	82
2do	Mujeres	85
Total		167
		Edad
2do	7 años	67
2do	8 años	100
Total		167

Nota. Matrícula, I.E. N.º 146 San Juan de Lurigancho 2020

3.2.2. MUESTRA

Para elegir el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo de tipo general no probabilístico, de selección intencional por conveniencia a criterio del investigador (Carrasco, 2006, p. 254). La muestra estará integrada por el total de la misma población, la cual está conformada por un total de 167 estudiantes de las cinco secciones del 2º grado de Primaria de la I.E. N.º 146 de San Juan de Lurigancho.

Criterios de inclusión

- Estudiantes que estén matriculados y asistiendo regularmente a la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho durante el año 2020

- Estudiantes que se encuentren de forma específica en los rangos de edad entre 7 y 8 años.
- Participación voluntaria de los alumnos y consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales

Criterios de exclusión

- Estudiantes de nacionalidad extranjera que cursen el 2° grado de primaria
- Estudiantes con diagnósticos de otras condiciones psiquiátricas severas o discapacidades intelectuales que podrían complicar la evaluación específica del TDAH.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Según Arias (2006), las técnicas de investigación son las distintas maneras, formas o procedimientos utilizados por el investigador para recopilar u obtener los datos o la información. (p.25). Fuente: Tamayo y Tamayo, (1999).

En la presente investigación se empleó la técnica de la encuesta.

Orosco y Pomasunco (2014), señalaron que las encuestas son un método de investigación, comprensión y recolección de datos a través de preguntas formuladas directa o indirectamente a las unidades que participan en la investigación, y también señalaron que cuando se realizan por escrito, la versión (indirecta) se denomina cuestionario y se utiliza para encuestar a un gran número de personas.

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos son medios materiales que se emplean para recoger y almacenar datos. (Arias, 2006 p.146).

El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad que se encuentra debidamente validado, tal como se presenta en el anexo.

Ficha Técnica

Nombre: TDAH, Evaluación de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Autores: Anna Ferré y Juan Narbona

Aplicación: Individual (completado por el profesor del estudiante).

Ámbito de aplicación: 6 a 12 años (1° a 5° de primaria)

Duración: 5 a 10 minutos

Finalidad: Medir los principales rasgos del TDAH y los trastornos de conducta que pueden coexistir con el síndrome.

Baremación: Utiliza percentiles para las cuatro subescalas por curso (1° a 6° de primaria). Se establece un punto de corte para determinar el riesgo de padecer el trastorno.

Validez y confiabilidad del instrumento:

La fiabilidad del instrumento global hallado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach encontrándose un valor de 0.9523, que indica una fiabilidad alta del instrumento, en cuanto a las dimensiones, se halló, para la dimensión hiperactividad/impulsividad un valor de 0.9049, para déficit de atención un coeficiente de 0.9073, para la dimensión combinada de Hiperactividad y déficit de atención un coeficiente de 0.9097 y para trastorno de conducta 0.9378 (Ferré y Narbona, 1997).

En cuanto a la validez del instrumento, esta se evaluó mediante una comparación de los resultados obtenidos por los menores que habían superado el punto de corte en la evaluación inicial, con los resultados de una segunda evaluación realizada dos años después. Para la validez convergente del instrumento, se calcularon los

coeficientes de correlación entre los criterios del DSM-IV y las puntuaciones del Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH). Para ello, se cuantificaron los ítems del DSM-IV y se asignaron puntuaciones de 0 o 1, según se cumpliera o no con los criterios establecidos. Los valores obtenidos fueron los siguientes: para la dimensión de hiperactividad, un coeficiente de 0.768; para el déficit de atención, 0.745; y para la dimensión combinada de hiperactividad y déficit de atención, un coeficiente de 0.769. (Ferré y Narbona, 1997).

Confiabilidad Local del instrumento

La confiabilidad fue establecida a través de la aplicación del estadístico Alfa de Cronbach. Para este análisis se consideró los datos obtenidos de la aplicación del instrumento a la muestra. Encontrándose un valor del 0.947, el cual indica un valor alto de consistencia interna en la variable de estudio. Por tanto, existe solidez de los resultados y la interpretación de los datos de nuestro estudio (ver anexos 6).

Tabla 3

Confiabilidad del Instrumento

Alfa de Cronbach	Ítems
,947	20

Validación local del Instrumento

La validación del instrumento se dio a través de la opinión del Juicio de Expertos, cuya evaluación fue del 93.25% (Anexo 4).

Tabla 4

Validez del instrumento por criterio de jueces expertos

Indicadores	Jueces expertos			Promedio
	Jurado 1	Jurado 2	Jurado 3	
1 Relevancia	97	99	90	95.3
2 Coherencia	96	98	89	94.3
3 Suficiencia	91	96	84	90.3
4 Claridad	97	91	91	93
Total, promedio	95.25	96	89	93.25

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos en la Institución Educativa en referencia se realizó mediante la aplicación de la Escala EDAH, la misma que fue aplicada a los estudiantes del 2° grado (en sus 5 secciones) del nivel primario por intermedio de la docente de aula.

3.4.1. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó mediante el programa Microsoft Excel y la presentación de los resultados se realizó mediante tablas y gráficos con sus respectivas interpretaciones, para facilitar su lectura y análisis. Cabe mencionar que debido a que nuestra investigación es de tipo descriptivo y se centra en una sola variable, no implica necesariamente el uso de pruebas de hipótesis ni de normalidad, no obstante aplicamos la prueba de normalidad porque consideramos que era pertinente. Las investigaciones descriptivas, según Hernández Sampieri et al. (2014), tienen como objetivo describir características de una población o fenómeno en lugar de probar relaciones entre variables o hipótesis. Además, este tipo de estudios no requiere pruebas paramétricas o no paramétricas, ya que el enfoque se limita a describir tendencias o distribuciones de los datos recolectados.

3.4.2. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

La Escala fue aplicada a los estudiantes por intermedio de la docente de aula; una vez obtenida la información se procedió a calificar y clasificar según el nivel obtenido de forma individual, se determinará el promedio general. La información recabada por medio de la recopilación, fue transferida, ordenada y procesada en el Excel, finalmente, se realizó el análisis respectivo para emitir resultados y conclusiones.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 5

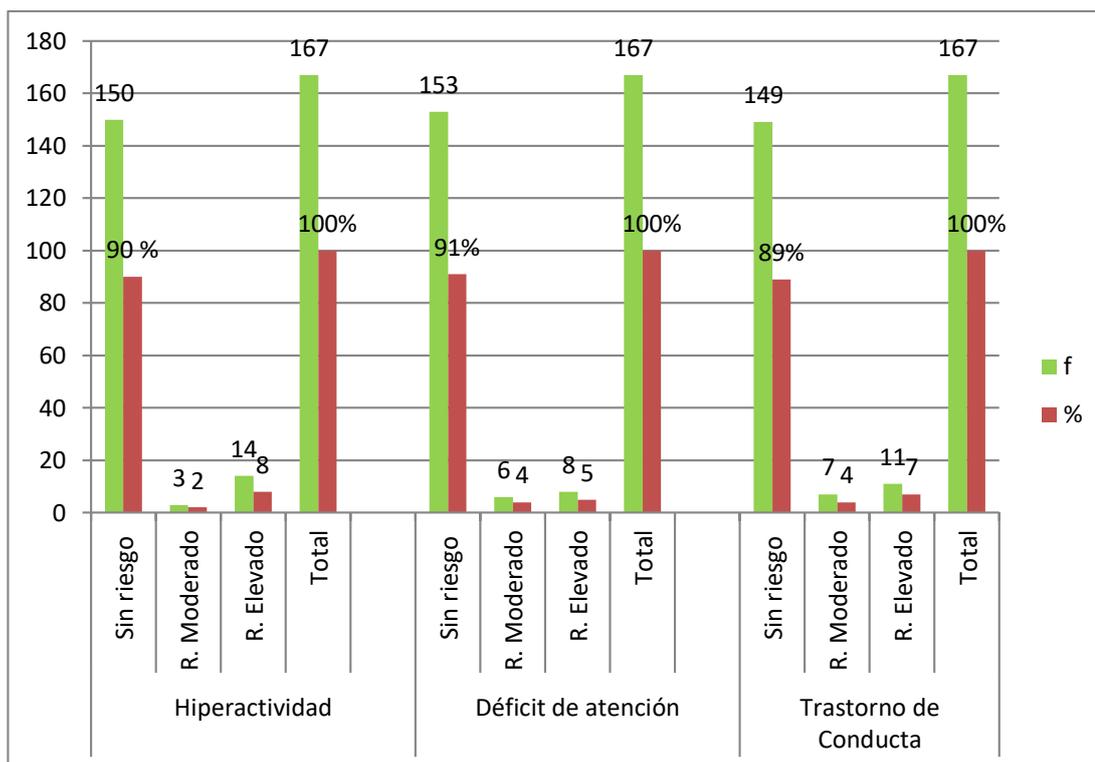
Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra

		Hiperactividad	
		f	%
Hiperactividad	Sin riesgo	150	90
	R. Moderado	3	2
	R. Elevado	14	8
	Total	167	100
Déficit de atención	Sin riesgo	153	91
	R. Moderado	6	4
	R. Elevado	8	5
	Total	167	100
Trastorno de Conducta	Sin riesgo	149	89
	R. Moderado	7	4
	R. Elevado	11	7
	Total	167	100

Nota. Resultados de la aplicación del instrumento a la muestra.

Figura 1

Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra



Interpretación

La tabla 5 muestra el análisis general de las dimensiones, en cuanto a la dimensión de la hiperactividad-Impulsividad, se encontró que el 90% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 8% y solamente el 2% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo moderado. Es significa que el gran porcentaje de los alumnos evaluados no presenta impulsividad, irritabilidad, excesiva inquietud motora, ni tampoco intranquilidad y no espera que sus demandas sean satisfechas de manera inmediata causando molestia en sus compañeros.

Por otra parte, en cuanto al análisis general de la dimensión déficit de atención, se encontró que el 91% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 5% y solamente el 4% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo moderado. Que nos podría indicar que la mayoría de los alumnos logra mantener la concentración, no se pierde

en sí mismo, siempre termina las tareas sin frustrarse y que es contaste con sus metas hasta lograrlo.

Finalmente, en cuanto al análisis general del trastorno de conducta, se encontró que el 89% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 7% y solamente el 4% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo moderado. Esto podría indicar que la mayoría de los alumnos no presentan conductas que sobrepasan los límites de la normalidad del desarrollo del niño, como fuertes peleas, excesivos gritos, ausencia de culpa y respeto o problemas al relacionarse con sus compañeros.

Tabla 6

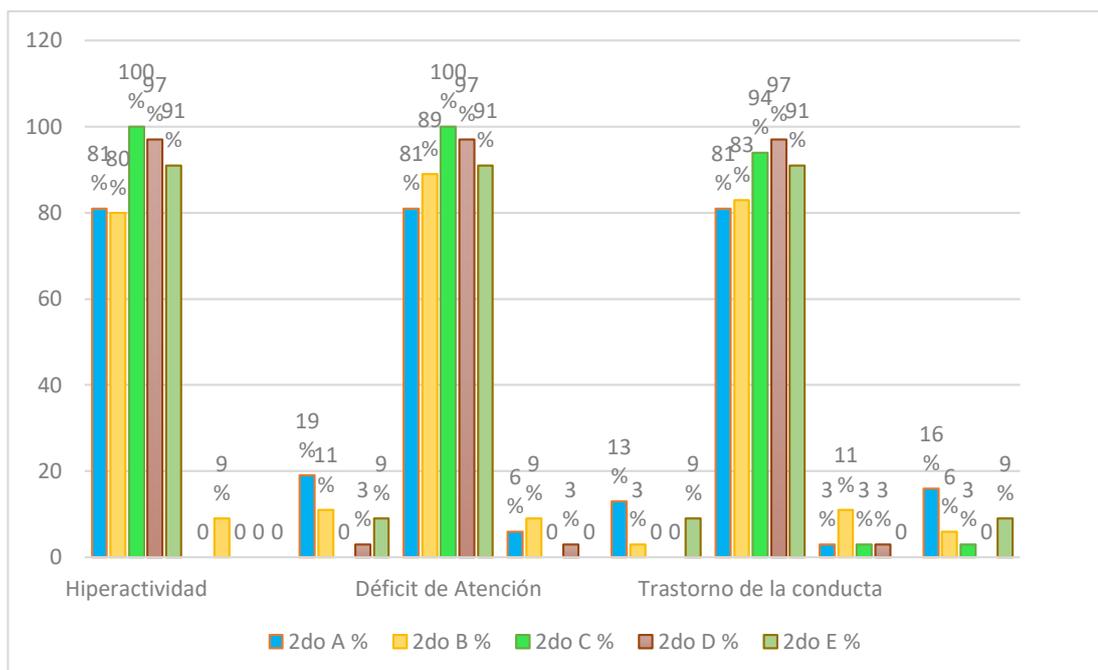
Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sección de la muestra

	Nivel	2do A		2do B		2do C		2do D		2do E	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hiperactividad	Sin riesgo	26	81	28	80	34	100	32	97	30	91
	R. Moderado	0	0	3	9	0	0	0	0	0	0
	R. Elevado	6	19	4	11	0	0	1	3	3	9
	Total	32	100	35	100	34	100	33	100	33	100
Déficit de Atención	Sin riesgo	26	81	31	89	34	100	32	97	30	91
	R. Moderado	2	6	3	9	0	0	1	3	0	0
	R. Elevado	4	13	1	3	0	0	0	0	3	9
	Total	32	100	35	100	34	100	33	100	33	100
Trastorno de la conducta	Sin riesgo	26	81	29	83	32	94	32	97	30	91
	R. Moderado	1	3	4	11	1	3	1	3	0	0
	R. Elevado	5	16	2	6	1	3	0	0	3	9
	Total	32	100	35	100	34	100	33	100	33	100

Nota. Resultados de la aplicación del instrumento a la muestra.

Figura 2

Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sección de la muestra



Interpretación

La tabla 6 nos muestra el análisis estadístico de los resultados obtenidos de la evaluación de 167 participantes de 5 secciones del 2° grado, se halló que en la sección 2° A la dimensión Hiperactividad, se observó que el 81% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, también que el 19% se encuentra en el nivel riesgo elevado y ningún estudiante se encuentra en el nivel riesgo moderado. En cuanto a la sección B encontró que el 80% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 11% y el nivel con menor porcentaje fue el riesgo moderado con un 9%. Por otra parte, en cuanto a la sección C, se halló que el 100% de los alumnos se encuentran un nivel sin riesgo. De manera similar en la sección D se encontró a la mayor parte de los alumnos en el nivel sin riesgo con 97%, en nivel riesgo levado se halló un 3% y ningún estudiante se encontró en el nivel riesgo moderado. Finalmente, en cuanto a sección E se encontró que 91% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 9% y sin ningún participante en el nivel riesgo moderado. Lo que indicaría que la gran mayoría de alumnos no

presenta impulsividad ni irritabilidad, tampoco excesiva inquietud motora, ni tampoco intranquilidad y no espera que sus demandas sean satisfechas de manera inmediata causando molestia en sus compañeros.

En cuanto a la dimensión déficit de atención se encontró que en la sección 2° A, se observó que el 81% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, también que solo el 13% se encuentra en el nivel riesgo elevado y un 6% se encuentra en el nivel riesgo moderado. En cuanto a la sección B encontró que el 89% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo moderado con 9% y el nivel con menor porcentaje fue el riesgo elevado con un 3%. Por otra parte, en cuanto a la sección C, se halló que el 100% de los alumnos se encuentran un nivel sin riesgo. De manera similar en la sección D se encontró a la mayor parte de los alumnos en el nivel sin riesgo con 97%, en nivel riesgo moderado se halló un 3% y ningún estudiante se encontró en el nivel riesgo elevado. Finalmente, en cuanto a sección E se encontró que 91% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 9% y sin ningún participante en el nivel riesgo moderado. Es podría significar que la mayoría de los alumnos logra mantener la concentración, no se pierde en sí mismo, siempre termina las tareas sin frustrarse y que es contaste con sus metas hasta lograrlo.

Finalmente, con respecto a la dimensión trastornos de conducta en la sección 2° A, se observó que el 81% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, también que solo el 16% se encuentra en el nivel riesgo elevado y solamente el 3% de los alumnos se encuentra en el nivel riesgo moderado. En cuanto a la sección B encontró que el 83% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo moderado con 11% y el nivel con menor porcentaje fue el riesgo elevado el 6% de los participantes. Por otra parte, en cuanto a la sección C, se halló que el 94% de los alumnos se encuentran un nivel sin riesgo, seguido de los niveles riesgo moderado y riesgo elevado cada uno con 3%. De manera similar en la sección D se encontró a la mayor parte de los alumnos en el nivel sin riesgo con 97%, en nivel riesgo moderado se halló un 3% y en el nivel riesgo elevado no se

encontró ningún participante. Finalmente, en cuanto a sección E se encontró que 91% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 9% y sin ningún participante en el nivel riesgo moderado. Esto podría indicar que la mayoría de los alumnos no presentan conductas que sobrepasan los límites de la normalidad del desarrollo del niño, como peleas, gritos, ausencia de culpa o problemas al relacionarse con sus compañeros.

Tabla 7

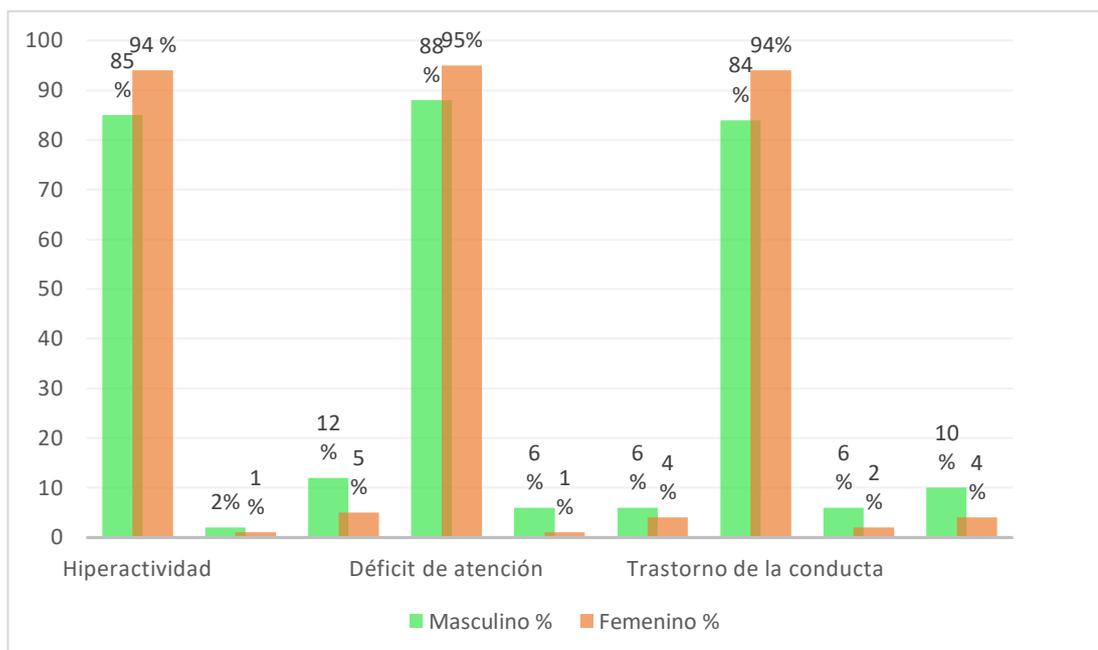
Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sexo de la muestra

		Nivel	Masculino		Femenino	
			F	%	F	%
Hiperactividad	Sin riesgo		70	85	80	94
	R. Moderado		2	2	1	1
	R. Elevado		10	12	4	5
	Total		82	100	85	100
Déficit de atención	Sin riesgo		72	88	81	95
	R. Moderado		5	6	1	1
	R. Elevado		5	6	3	4
	Total		82	100	85	100
Trastorno de la conducta	Sin riesgo		69	84	80	94
	R. Moderado		5	6	2	2
	R. Elevado		8	10	3	4
	Total		82	100	85	100

Nota. Resultados de la aplicación del instrumento a la muestra.

Figura 3

Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según sexo de la muestra



Interpretación

En la tabla 7 se describe el análisis de los niveles de las dimensiones con respecto al sexo de los participantes, en cuanto a la dimensión hiperactividad de los evaluados masculinos, se encontró que el 85% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 12% y solamente el 2% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo moderado. De la misma manera, en los evaluados femeninos, se encontró que el 94% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 5% y solamente el 1% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo moderado. Estos resultados muestran que la mayoría de los evaluados tanto masculinos como femeninos no presenta impulsividad, irritabilidad, excesiva inquietud motora, ni tampoco intranquilidad y no espera que sus demandas sean satisfechas de manera inmediata causando molestia en sus compañeros, aunque, se puede observar en cuanto a los niveles riesgo elevado y riesgo moderado en los evaluados masculinos la frecuencia es el doble que en los evaluados femeninos, lo que indica que los varones tienen el doble de posibilidad de presentar un nivel moderado o alto de TDAH.

En cuanto al análisis de la dimensión déficit de atención de los evaluados masculinos, se encontró que el 88% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado y riesgo moderado ambos con 6% cada uno. Además, en los evaluados femeninos se encontró que el 95% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 4% y finalmente el riesgo moderado con 1%. Lo que nos indica que la mayoría de los evaluados tanto masculinos como femeninos logran mantener la concentración, no se pierde en sí mismo, siempre termina las tareas sin frustrarse y que es constante con sus metas hasta lograrlo.

Finalmente, con respecto al análisis de la dimensión trastorno de conducta de los evaluados masculinos, se encontró que el 84% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 10% y el riesgo moderado con 6% de todos los participantes. En cuanto a los evaluados femeninos, se encontró que el 94% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 4% y el riesgo moderado con 2% de todos los participantes. Esto significa que la mayoría de los alumnos no presentan conductas que sobrepasan los límites de la normalidad del desarrollo del niño, como fuertes peleas, excesivos gritos, ausencia de culpa y respeto o problemas al relacionarse con sus compañeros, aunque de manera similar que las dimensiones anteriores, se observó que el porcentaje de evaluados masculinos es más del doble que el porcentaje de las evaluadas femeninas en cuanto a los niveles riesgo elevado y riesgo moderado, que nos indica que existe el doble de probabilidad de que los varones presenten trastornos de conducta.

Tabla 8

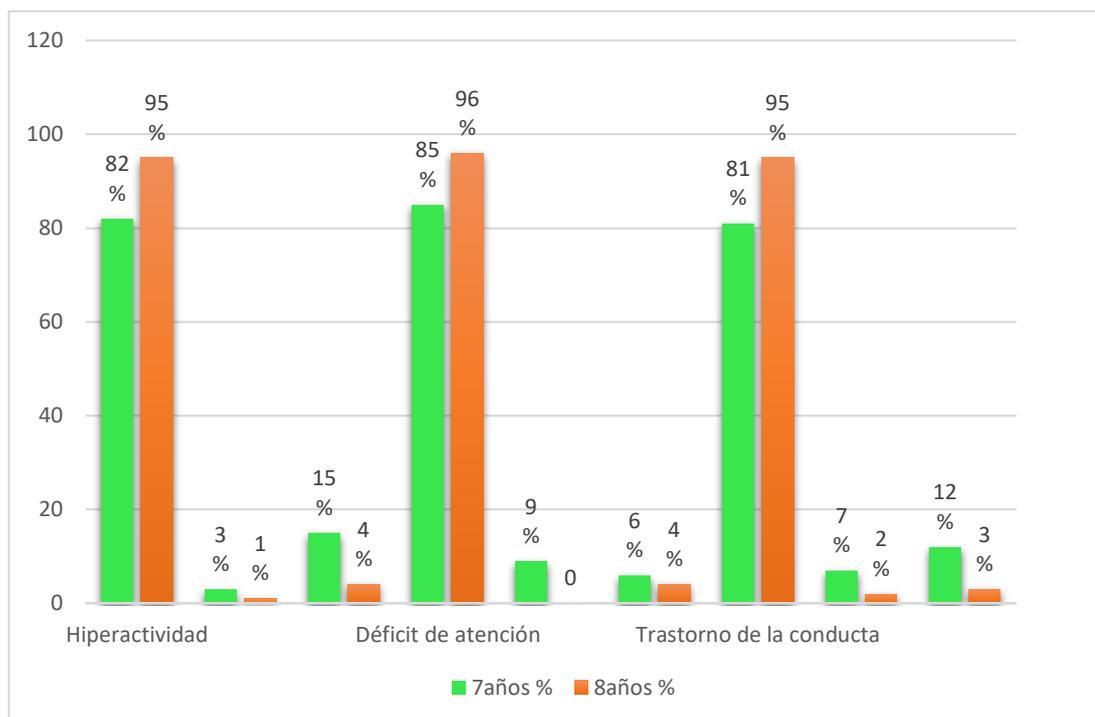
Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según edad de la muestra

		Nivel	7 años		8 años		Total	
			F	%	F	%	F	%
Hiperactividad	Sin riesgo		55	82	95	95		
	R. Moderado		2	3	1	1		
	R. Elevado		10	15	4	4		
	Total		67	100	100	100	167	100
Déficit de atención	Sin riesgo		57	85	96	96		
	R. Moderado		6	9	0	0		
	R. Elevado		4	6	4	4		
	Total		67	100	100	100		
Trastorno de la conducta	Sin riesgo		54	81	95	95		
	R. Moderado		5	7	2	2		
	R. Elevado		8	12	3	3		
	Total		67	100	100	100		

Nota. Resultados de la aplicación del instrumento a la muestra.

Figura 4

Prevalencia del Nivel de riesgo de las dimensiones del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la muestra según edad de la muestra



Interpretación

En la tabla 8 se observa el análisis de las dimensiones con respecto a la edad de los evaluados, la dimensión Hiperactividad de los evaluados de 8 años, se encontró que el 95% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 4% y el riesgo moderado con 1% de todos los participantes. En cuanto a los evaluados de 7 años, se encontró que el 82% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 15% y el riesgo moderado con 3% de todos los participantes. Lo que significa que la mayoría de los evaluados tanto de 8 y 7 años, no presenta impulsividad, irritabilidad, excesiva inquietud motora, ni tampoco intranquilidad y no espera que sus demandas sean satisfechas de manera inmediata causando molestia en sus compañeros, aunque, se puede observar en cuanto al nivel riesgo elevado en los evaluados de 7 años, la frecuencia es casi tres veces con respecto a los evaluados de 8 años, lo que indica que los varones tienen el doble de posibilidad de presentar un nivel moderado o alto de TDAH.

En cuanto al análisis de la dimensión déficit de atención de los evaluados de 8 años, se encontró que el 96% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 4% y en el riesgo moderado no se encontró ningún participante. En cuanto a los evaluados de 7 años, se encontró que el 85% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo moderado con un 9% y el riesgo elevado con 6% de todos los participantes. Lo que nos indica que la mayoría de los evaluados de 8 y 7 años logran mantener la concentración, no se pierde en sí mismo, siempre termina las tareas sin frustrarse y que es constante con sus metas hasta lograrlo, aunque se puede observar una diferencia en los niveles riesgo moderado y riesgo elevado, encontrándose mayor porcentaje en los evaluados de 7 años, pese a ser el de menor cantidad de participantes, lo que nos podría indicar que dicha edad presenta mayor riesgo a tener un nivel moderado o alto de trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Finalmente, con respecto al análisis de la dimensión trastorno de conducta de los evaluados de 8 años, se encontró que el 95% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 3% y el riesgo moderado con un 2%. En cuanto a los evaluados de 7 años, se encontró que el 81% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con un 12% y el riesgo moderado con 7% de los participantes. Esto significa que la mayoría de los alumnos no presentan conductas que sobrepasan los límites de la normalidad del desarrollo del niño, como fuertes peleas, excesivos gritos, ausencia de culpa y respeto o problemas al relacionarse con sus compañeros, aunque de manera similar que las dimensiones anteriores, se observó que el porcentaje de evaluados de 7 años es más del doble que el porcentaje de las evaluadas de 8 años en cuanto a los niveles riesgo elevado y riesgo moderado, que nos indica que existe el doble de probabilidad de que los niños de 7 años presenten trastornos de conducta.

Tabla 9

Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Hiperactividad	,213	167	,060	,814	167	,000
Déficit de atención	,227	167	,068	,796	167	,000
Hiperactividad con déficit de atención	,131	167	,054	,900	167	,000
Trastorno de conducta	,200	167	,052	,846	167	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tras la observación de los 167 datos evaluados se procedió a desarrollar la prueba de Kolmogorov Smirnov, obteniendo un Sig. de 0,060 > 0.05, mayor que alfa, siendo entonces la prueba paramétrica de la t de Student de una sola muestra a emplear.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

H_a : El nivel que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

H_0 : El nivel que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

Tabla 10

Resultado de la prueba t del nivel de riesgo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Estadísticas para una muestra						
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio		
Hiperactividad con déficit de atención	167	57,91	20,620	1,596		
Prueba para una muestra						
Valor de prueba = 80						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Hiperactividad con déficit de atención	-13,844	166	,000	-22,090	-25,24	-18,94

La muestra evaluada reportó menores puntuaciones medias del nivel de hiperactividad con déficit de atención ($M = 57.91$, $DE = 20,620$) que la muestra normativa con sus mismas características ($t_{166} = -13,844$, $p < ,001$), demostrando que el nivel que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

➤ **Hipótesis específicas 1**

H_{a1} : El nivel que prevalece del trastorno de hiperactividad/impulsividad es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

H_0 : El nivel que prevalece en el trastorno de hiperactividad/impulsividad no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

Tabla 11

Resultado de la prueba t de Student del nivel de riesgo del trastorno de hiperactividad / impulsividad

Estadísticas para una muestra						
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio		
Hiperactividad / Impulsividad	167	49,59	22,175	1,716		
Prueba para una muestra						
Valor de prueba = 80						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Hiperactividad / Impulsividad	-17,720	166	,000	-30,407	-33,80	-27,02

La muestra evaluada reportó menores puntuaciones medias del nivel de hiperactividad / impulsividad ($M = 49,59$, $DE = 22,175$) que la muestra normativa con sus mismas características ($t_{166} = -17,720$, $p < ,001$), demostrando que el nivel que prevalece del trastorno de hiperactividad/impulsividad es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

➤ **Hipótesis específicas 2**

H_{a2} : El nivel que prevalece del trastorno de déficit de atención es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

H_0 : El nivel que prevalece del trastorno de déficit de atención no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

Tabla 12

Resultado de la prueba t de Student del nivel de trastorno por déficit de atención

Estadísticas para una muestra						
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio		
Déficit de atención	167	43,49	22,123	1,712		
Prueba para una muestra						
Valor de prueba = 80						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Déficit de atención	-21,329	166	,000	-36,515	-39,89	-33,13

La muestra evaluada reportó menores puntuaciones medias del nivel de déficit de atención ($M = 43,49$, $DE = 22,123$) que la muestra normativa con sus mismas características ($t_{166} = -21,329$, $p < ,001$), demostrando que el nivel que prevalece del trastorno de déficit de atención es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

➤ **Hipótesis específicas 3**

H_{a2}: El nivel que prevalece del trastorno de conducta es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

H₀: El nivel que prevalece del trastorno de conducta no es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020

Tabla 13

Resultado de la prueba t de Student del nivel de riesgo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Estadísticas para una muestra						
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio		
Trastorno de conducta	167	40,72	26,011	2,013		
Prueba para una muestra						
Valor de prueba = 80						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Trastorno de conducta	-19,513	166	,000	-39,275	-43,25	-35,30

La muestra evaluada reportó menores puntuaciones medias del nivel de trastorno de conducta (M = 40,72, DE = 26,011) que la muestra normativa con sus mismas características ($t_{166} = -19,513$, $p < ,001$), demostrando que el nivel que prevalece del trastorno de conducta es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un tema de interés creciente en la investigación psicológica y educativa, y su detección y comprensión son fundamentales para abordar los desafíos que enfrentan los estudiantes. Dos investigaciones internacionales, llevadas a cabo por Macías et al. (2020) y Llanos et al. (2019), han arrojado luz sobre la prevalencia y las características del TDAH en poblaciones escolares.

En la investigación de Llanos et al. (2019), se encontró una prevalencia del TDAH del 15% en niños escolarizados en Barranquilla. Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos por Macías et al. (2020), quienes identificaron que una proporción significativa de niños mostraba diferencias en la madurez del dibujo, posiblemente relacionadas con el TDAH. Sin embargo, en nuestra investigación, los resultados sugieren que la mayoría de los alumnos se encuentran en niveles de riesgo bajo en las dimensiones de hiperactividad (10%), déficit de atención (8%), y trastorno de conducta (11%), esta discrepancia en la prevalencia podría indicar diferencias en los contextos y las poblaciones estudiadas.

Un punto de convergencia entre las investigaciones internacionales y nuestra investigación local radica en la distribución de género en el TDAH, lo cual es considerado por Llanos et al. (2019), nuestros resultados locales señalan una mayor proporción de varones con TDAH en comparación con mujeres, debido a que, nosotros también identificamos que el 2% de varones se encuentra en el nivel riesgo moderado, y las evaluadas femeninas cuentan con un 1% en el nivel riesgo moderado, esta tendencia es consistente con la literatura científica y podría sugerir la necesidad de enfoques de detección y apoyo diferenciados según el género.

Además, es importante destacar que Macías et al. (2020) exploran la relación entre la madurez en el dibujo y el TDAH en niños de edades similares. Aunque este estudio sugiere que la inmadurez en el dibujo podría estar vinculada con la impulsividad y la falta de control en niños con TDAH, nuestros resultados no ofrecen evidencia concluyente de un patrón predecible entre el dibujo y el TDAH, lo cual podría indicar que otros factores, además de la madurez en el dibujo, influyen en la expresión y detección del TDAH; por lo tanto, se puede inferir que las diferencias en la prevalencia encontradas en nuestra investigación reflejan particularidades del contexto estudiado. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar las diferencias contextuales al interpretar los resultados y al diseñar intervenciones específicas para abordar el TDAH en entornos escolares diversos

De otro lado, en nuestra investigación, se observó que el 92% de los alumnos se encuentra en el nivel sin riesgo en la dimensión de déficit de atención, éste resultado contrasta con el estudio de Cruz y Santiago (2020), donde encontraron que el perfil sensorial de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) mostraba niveles significativamente diferentes. En su estudio, el perfil sensorial buscador se observó en niveles “mucho más que los demás” el 79.4% de los casos, el perfil sensorial evitativo en niveles “más que los demás” en el 41.1% y “como los demás” en el 50.5% de los casos, y el perfil sensorial sensitivo en niveles “más que los demás” en el 49.5% de los casos. Además, el perfil sensorial espectador se observó en niveles “mucho más que los demás” en un 47.7% de los casos. Estos resultados resaltan la importancia del perfil sensorial en la evaluación y tratamiento del TDAH, así como en la prevención de dificultades en el aprendizaje y la adaptación escolar. Es importante considerar que los contextos y las poblaciones pueden variar, aunque ambos estudios coinciden en que existen diferencias en la prevalencia del déficit de atención y su relación con la comprensión lectora. Nuestra investigación se centra en una población más amplia de estudiantes, mientras que la investigación de Cruz y Santiago (2020) se enfoca en pacientes de ambos sexos, con edades entre 4 y 8 años, diagnosticados con trastorno por déficit

de atención e hiperactividad y atendidos en el Hogar Clínica San Juan de Dios-Lima. Esto podría indicar que factores contextuales y de edad pueden influir en la prevalencia del déficit de atención.

También contamos con las investigaciones de Bazay (2020) y Vallejo (2019) para obtener una visión más completa sobre la relación entre el déficit de atención y otros factores, como el estrés parental y el proceso de aprendizaje. Y al respecto en nuestra investigación se encuentra un alto porcentaje de estudiantes en el nivel sin riesgo en la dimensión de déficit de atención, esto sugiere que, en nuestra población estudiada, la prevalencia del TDAH es relativamente baja. En contraste, Vallejo (2019) señala que aproximadamente el 40% de los alumnos de la Escuela Enrique Ibáñez Mora en Guayaquil presentan algún nivel de déficit de atención. Esto podría indicar que la prevalencia del TDAH en esa población es significativamente más alta que en nuestra muestra. Además, Vallejo (2019) encontró que el déficit de atención en los estudiantes se atribuye principalmente a problemas de atención, hiperactividad e impulsividad. Esto concuerda con la dimensión de hiperactividad que se menciona en nuestros resultados. Ambos estudios sugieren que la hiperactividad es un factor importante relacionado con el déficit de atención. En cuanto al estrés parental, Bazay (2020) identificó un alto nivel de estrés en padres que tienen hijos con TDAH. Esto puede ser relevante en relación con nuestro estudio, en la medida que los padres pueden desempeñar un papel crucial en el apoyo a sus hijos con déficit de atención. La relación negativa entre el estrés parental y el funcionamiento familiar observada por Bazay (2020) también podría tener implicaciones en la vida de los alumnos con TDAH de nuestra muestra. Por último, los hallazgos de Vallejo (2019), concluyeron que el déficit de atención tiene un impacto negativo en el proceso de aprendizaje de los alumnos. Estos resultados podrían sugerir que el déficit de atención no solo afecta la comprensión lectora, sino también el proceso de aprendizaje en general.

De otro lado, nos referiremos a Poma (2020), él precisa que el 43,24% de los niños entre 4-5 años presentaron tanto el TDAH como el trastorno de desarrollo de la coordinación (TDC). Estos hallazgos sugieren que el TDAH y

el TDC pueden coexistir en un porcentaje considerable de niños en la institución educativa estudiada. Por otro lado, López (2019) llevó a cabo un estudio en estudiantes de primaria en Huancayo y no encontró diferencias significativas en el déficit de atención e hiperactividad entre estudiantes de zonas urbanas y rurales. Esto podría indicar que la prevalencia y la presentación del TDAH pueden ser similares en ambas áreas geográficas, sin embargo, es importante tener en cuenta que los grupos de edad y las áreas geográficas son diferentes en el estudio en comparación. Una posible inferencia basada en estas comparaciones es que el TDAH puede manifestarse de manera similar en diferentes grupos de edad y entornos geográficos, esto podría sugerir que el TDAH es un trastorno que afecta a niños en diversas situaciones y contextos educativos en esa región.

Finalmente, Díaz (2020) en sus resultados de la investigación sostiene que, los análisis de comparación muestran, que existen diferencias estadísticamente significativas solo en el componente de Hiperactividad, esto según lo expuesto por los padres, también se precisa que los niños con intervalos de edades entre los 6 a 9 años son más hiperactivos que los niños de mayor edad (10 - 12); siendo para nosotros que el nivel que prevalece es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es "sin riesgo", en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho y que además la mayoría de los evaluados de 8 años se encuentran en el nivel "sin riesgo" siendo varones y mujeres; por su parte, Llanos et al. (2019), señala que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, según el rango de edad (Primaria-Secundaria). Respecto al objetivo general Díaz (2020) precisó que existen diferencias estadísticamente significativas en función al tipo de gestión educativa pública (19,5%) y privada (13,3%), con predominio en los colegios públicos, por cuanto, generalmente, los estudiantes son reportados por los padres y los docentes.

CONCLUSIONES

1. El nivel que prevalece en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es sin riesgo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, con puntuaciones de ($M = 57.91$, $DE = 20,620$), ($t_{166} = -13,844$, $p < ,001$). Los porcentajes de estudiantes en los niveles de riesgo elevado y riesgo moderado varían entre las diferentes secciones, con valores que van desde 0% hasta 19% para hiperactividad, 3% hasta 13% para déficit de atención, y 0% hasta 16% para trastorno de conducta. La mayoría de los evaluados de 8 años se encuentran en el nivel sin riesgo siendo varones y mujeres.
2. El nivel sin riesgo prevalece en el trastorno de hiperactividad/impulsividad en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, con puntuaciones de ($M = 49,59$, $DE = 22,175$) ($t_{166} = -17,720$, $p < ,001$). Se concluye que 90% se encuentra en el nivel sin riesgo, en el nivel elevado 8% y solamente el 2% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo moderado. En el caso de la hiperactividad, el 85% de los evaluados masculinos y el 94% de las evaluadas femeninas se encuentran en este nivel sin riesgo. El 95% de los evaluados de 8 años y el 82% de 7 años se encuentra en el nivel sin riesgo.
3. El nivel sin riesgo prevalece en el trastorno de déficit de atención en los estudiantes del 2do grado de primaria de la Institución Educativa N° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, con puntuaciones de ($M = 43,49$, $DE = 22,123$) ($t_{166} = -21,329$, $p < ,001$) El 92% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 5% y solamente el 4% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo elevado. El 88% de los evaluados masculinos y el 95% de las evaluadas femeninas se encuentran en el nivel sin riesgo. El 85% de 7 años se encuentra en el nivel sin riesgo y el 96% de 8 años se encuentra en el nivel sin riesgo.

4. El nivel sin riesgo prevalece en el trastorno de conducta en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N ° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020, con puntuaciones de ($M = 40,72$, $DE = 26,011$) ($t_{166} = -19,513$, $p < ,001$). El 89% de los alumnos se encuentra en nivel sin riesgo, seguido del nivel riesgo elevado con 7% y solamente el 4% de los alumnos se encontraba en el nivel riesgo moderado. El 84% de los evaluados son masculinos y el 94% femeninas encontrándose en el nivel sin riesgo. El 95% de los evaluados de 8 años y el 81% de 7 años se encuentran en el nivel sin riesgo, demostrando que los estudiantes de 8 años tienden a presentar un menor riesgo en estas dimensiones en comparación con los evaluados de 7 años.

RECOMENDACIONES

➤ **Al director de la institución educativa**

- Gestionar e implementar materiales informativos que sean precisos y sencillos de entender las explicaciones de las causas, síntomas y opciones de tratamiento de los niños con TDAH.
- Promocionar capacitaciones y talleres para que los maestros aprendan a identificar y comprender mejor los rasgos del TDAH.
- Fomentar una comunicación abierta y regular entre los docentes y los padres de familia de los niños identificados con TDAH, con el objetivo de intercambiar información y diseñar estrategias de apoyo efectivas.
- Implementar estrategias de enseñanza diferenciada que se adapte a las necesidades individuales de los diagnosticados con TDAH, como el uso de apoyos visuales, tiempos de atención más cortos y actividades interactivas.

➤ **A los docentes y tutores de la institución educativa**

- Capacitarse de manera periódica sobre estrategias pedagógicas efectivas para manejar y apoyar a los estudiantes con TDAH en el aula.
- Proponer que la planificación y organización del currículo sea más flexibles en cuanto a la acomodación de las necesidades de los alumnos con TDAH.
- Dotarse de estrategias y recursos específicos, como adaptarse al tiempo de atención de los niños, hacer uso de apoyos visuales y la manera de estructurar tareas, de manera que la participación y aprendizaje de los alumnos con TDAH sea más estimulante.
- Programar reuniones periódicas con los padres de familia y los profesionales de la salud para evaluar el progreso del estudiante y realizar ajustes a las estrategias ya implementadas.

➤ **A los padres de familia**

- Fomentar una cultura de integración y cooperación en el ámbito educativo mediante talleres, jornadas pedagógicas, retiros espirituales y encuentros familiares, beneficiando a todas las familias de la institución y abordando los problemas relacionados con este trastorno.
- Crear espacios de comunicación efectiva mediante el acompañamiento a las familias, para empoderarlas y realizar acciones conjuntas en busca del desarrollo integral de sus hijos con TDAH, promoviendo la intervención multimodal necesaria para los estudiantes con TDAH.

➤ **A la facultad**

- Promover la realización de investigaciones adicionales para comprender mejor los factores subyacentes del TDAH y su relación con otros trastornos.
- Difundir los nuevos hallazgos sobre investigaciones que tratan del TDAH, mediante publicaciones académicas y conferencias de modo que los interesados, ya sean padres de familia, docentes, investigadores, conozcan los nuevos descubrimientos sobre tratamientos o aspectos que son ignorados.
- Ofrecer programas de capacitación y actualización para los psicólogos y profesionales de la salud mental, especialmente enfocado en aquellos profesionales que trabajan con niños y adolescentes con TDAH.
- Promover alianzas interdisciplinarias entre los profesionales psicólogos, pedagogos y médicos, para lograr un enfoque integral de diagnóstico y tratamiento del TDAH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amador J., Forns M. y González M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. España: Editorial Síntesis.
https://www.academia.edu/36778014/Trastorno_por_d%C3%A9ficit_de_atenci%C3%B3n_con_hiperactividad_TDAH_Juan_Antonio_Amador_Campos
- American Psychiatric Association (2013). *DSM5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
<https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/asociacion-americana-de-psiquiatria-publica-el-man>
- Barkley, R. A. (2016). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (4th Ed.). Guilford Press.
- Bazán Sánchez, J. (2011). *Las estrategias de prevención educativa y el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad en niños del distrito de Paramonga - 2011 - Lima, Perú* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle.
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/612>
- Bazay, M. (2020). *Estrés parental y funcionamiento familiar en padres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, Lima, Perú [Tesis de licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/19570>
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobes, J. (2001). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cardoze, D. (2014). *Los problemas de disciplina en la escuela: Manual para docentes*.

https://www.academia.edu/36364156/Los_problemas_de_conducta_en_la_escuela_Manual_para_el_doce

Díaz, E. (2020). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones públicas y privadas de Lima Sur*. Lima, Perú [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1162>

Ferré, A., & Narbona, J. (1997). *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (7.ª ed.). TEA Ediciones.

Frick, P. J. & Morris, A. S. (2000). *Conduct disorder*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North América*, 9(1), 173–194.

Gamarra, J., Pujay, M., Berrospi, R., & Cuevas, L. (2008). *Estadística e investigación*. Editorial San Marcos E.I.R.L.

García, A. (2012). *Déficit de atención con o sin hiperactividad en alumnos del nivel primario de una institución educativa de Ventanilla, Lima, Perú*

<https://repositorio.usil.edu.pe/handle/20.500.14005/1085>

González, A. (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Facultad de Filosofía, Departamento de Psicología Básica II.

González (2006) *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*. Universidad Complutense de Madrid facultad de Filosofía. Departamento de Psicología Básica II.
<https://docta.ucm.es/entities/publication/259d28ce-26ab-4343-8b3c-e28ab36551c4>

Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: entre la patología y la normalidad*. Madrid, España

https://proassetspdlcom.cdnstatics2.com/usuaris/libros_contenido/arxus/33/32150_T_D_A_H.pdf

- Jesús Cruz Bermúdez, M. A., & Santiago Bazán, C. (2020). *Perfil sensorial en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. *Revista Científica Ciencia Médica*, 23(2), 192–200.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000200010
- León Urquijo, A. (2010). El trastorno por déficit de atención en el sector educativo oficial de Armenia, Colombia.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3629335>
- Llanos, M., Gracia, D. Gonzales, H. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 21(83), 177–184.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004
- López, H. (2019). *Déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de primaria* [Tesis de licenciatura, Universidad]. Huancayo, Perú.
<https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/4417>
- Mallqui, A. (2017). *Sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento en adolescentes del 5° de secundaria de la institución educativa Juana Moreno* [Tesis de licenciatura, Universidad de Huánuco]. Huánuco
<https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/1758>
- Maqueo, E. L. (2012). Las autolesiones, factor de riesgo para el suicidio. *Boletín*. México.
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_804.html
- Mérida de León, A. (2014). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños con epilepsia* [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. Guatemala
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/De-Leon-Evanidia.pdf>
- Niño Rojas, M. (2011). *Metodología de la investigación*. Ediciones de la U.

- Orjales V. (2000) *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. España: Edit. Color 2002, S.L.
- Orosco, L., & Pomasunco, G. (2014). *Elaboración de proyecto e informe de investigación. Orientación cuantitativa*. Corporación Gráfica Palomino. Huancayo.
- Pineda S. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las escuelas de San Pedro Sula*. Honduras. <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS34/pdf/TMVS34.pdf>
- Pintado, A. (2022). *Déficit de atención y déficit en comprensión lectora en estudiantes de segundo grado de primaria de una institución educativa* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Lima, Perú. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/76991>
- Piñón, A., Carballido, E., Vázquez, E., Fernández, S., Gutiérrez, O., & Spuch, C. (2019). *Rendimiento neuropsicológico de niños y niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(1), 116–131. <https://www.redalyc.org/journal/4396/439667308011/html/>
- Romero Medina, A. (2012). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y en la adolescencia*. Pirámide.
- Soutullo, C., & Diez, F. (2007). *Manual del diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Editorial Médica Panamericana.
- Vallejo, M. (2019). *Influencia del déficit de atención en el proceso de aprendizaje de estudiantes de básica de la escuela Enrique Ibáñez Mora* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Guayaquil, Piura, Perú. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/38986>
- Villanueva, C. P. G. (2020). *Influencia de la indisciplina en el rendimiento escolar con dificultades de aprendizaje en el área de comunicación en la Institución Educativa Daniel Alomía Robles, Huánuco - 2018* [Tesis de maestría, Mención en Investigación y Docencia Superior]. Repositorio Institucional.

<https://repositorio.unheval.edu.pe/item/d2af0883-8c44-4e3f-ad03-9b5c55b2a2a1>

Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). *Comorbidity of reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. Journal of Learning Disabilities, 33*(5), 358–372.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Pérez Armas, F. (2025). *Nivel de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho, Lima 2020* [Tesis de pregrado, Universidad de Huánuco]. Repositorio Institucional UDH. <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N.º 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO- LIMA 2020

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>General:</p> <p>¿Cuál es el nivel de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes del 2º grado de primaria de la Institución Educativa N ° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?</p>	<p>General:</p> <p>Establecer el nivel de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los estudiantes del 2º grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.</p>	<p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</p> <p>D₁. Hiperactividad / impulsividad</p>	<p>Tipo</p> <p>No-Experimental</p>
<p>Específicos:</p> <p>¿Cuál es el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta en los estudiantes del 2º grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?</p>	<p>Específicos:</p> <p>Determinar el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta en los estudiantes del 2º grado de primaria de la Institución Educativa N.º 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.</p>	<p>D₂. Déficit de atención</p> <p>D₃. Hiperactividad / impulsividad y Déficit de atención</p>	<p>Diseño:</p> <p>descriptivo simple</p>
<p>¿Cuál es el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta según sección en los estudiantes</p>	<p>Conocer el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta según sección en los</p>	<p>D₄Trastornos de conducta</p>	<p>Esquema:</p> <p>M _____ O₁</p> <p>M = Muestra</p> <p>O₁ = Variable 1: Trastorno por déficit de atención con</p>

<p>del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?</p> <p>¿Cuál es el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta según sexo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?</p> <p>¿Cuál es el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta según edad en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020?</p>	<p>estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.</p> <p>Identificar el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta según sexo en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.</p> <p>Establecer es el nivel de hiperactividad/impulsividad, déficit de atención, Hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta según edad en los estudiantes del 2° grado de primaria de la Institución Educativa N.° 146 San Juan de Lurigancho- Lima 2020.</p>	<p>hiperactividad</p>
--	--	-----------------------

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAH

HOJA DE ANOTACIÓN

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

NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCIÓN

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

Corrección

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 intensidades 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 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.



ANEXO 3
CONSTANCIA DE VALIDACIÓN
INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	Criterio de evaluación
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante. Es decir, debe ser incluido	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente. Es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos
	3. Moderado nivel.	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada

- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA VARIABLE

Nombre del experto: Frank Muñoz Mayora
 Especialidad: Psicología
 Nombre del instrumento:

"Calificar con 1. 2. 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

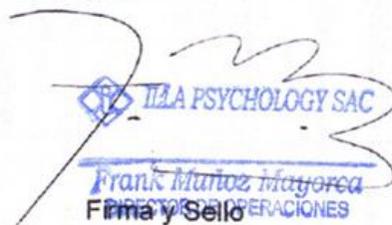
ITEMS	Relevancia	Coherencia	Suficiencia	Claridad
1. Tiene excesiva inquietud motora	4	3	3	4
2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar	4	3	3	3
3. Molesta frecuentemente a otros niños	4	3	2	4
4. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	4	4	3	4
5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas	3	4	2	3
6. Tiene dificultades para las actividades cooperativas	3	3	3	4
7. Está en las nubes, ensimismado	3	3	3	3
8. Deja por terminar las tareas que empieza	4	4	4	4
9. Es mal aceptado por el grupo	3	2	3	2
10. Niega sus errores o echa la culpa a otros	3	3	4	4
11. A menudo grita en situaciones inadecuadas	4	4	4	4
12. Es contestón	3	3	3	3
13. Se mueve constantemente, intranquilo	4	4	4	4
14. Discute y pelea por cualquier cosa	3	3	3	4

15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio	4	4	3	4
16. Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	4	4	3	4
17. Es impulsivo	4	4	4	4
18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	3	4	3	4
19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	3	3	3	2
20. Acepta mal las indicaciones del profesor	4	4	4	4

Observaciones: _____

Decisión del experto: El instrumento es aplicable (si) (no)

Fecha: _____



LLA PSYCHOLOGY SAC

 Frank Muñoz Mayorea

 DIRECTOR DE OPERACIONES

 Firma y Sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA VARIABLE

Nombre del experto: MARVIN AGUIRRE GONZALES

Especialidad: Psicólogo

Nombre del instrumento: E D A H

"Calificar con 1. 2. 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

ITEMS	Relevancia	Coherencia	Suficiencia	Claridad
1. Tiene excesiva inquietud motora	4	4	4	4
2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar	4	4	4	4
3. Molesta frecuentemente a otros niños	4	4	4	4
4. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	4	4	4	3
5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas	4	4	3	4
6. Tiene dificultades para las actividades cooperativas	4	4	4	4
7. Está en las nubes, ensimismado	3	4	4	4
8. Deja por terminar las tareas que empieza	4	3	4	3
9. Es mal aceptado por el grupo	4	4	4	4
10. Niega sus errores o echa la culpa a otros	4	4	4	4
11. A menudo grita en situaciones inadecuadas	4	3	4	4
12. Es contestón	4	4	4	4
13. Se mueve constantemente, intranquilo	4	4	3	4
14. Discute y pelea por cualquier cosa	4	4	4	4

15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio	4	4	4	4
16. Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	4	4	3	4
17. Es impulsivo	4	4	4	4
18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	4	4	4	4
19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	4	2	3	3
20. Acepta mal las indicaciones del profesor	4	4	4	4

Observaciones: NINGUNA

Decisión del experto: El instrumento es aplicable (S) (no)

Fecha: _____

Martin Aguirre Gonzalez
 PSICOLOGO
 C.Ps.P. 20077

Firma y Sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA VARIABLE

Nombre del experto: LARRY - FRANKLIN ALCANTARA NAIPANTUA

Especialidad: Psicología

Nombre del instrumento:

“Calificar con 1. 2. 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

ITEMS	Relevancia	Coherencia	Suficiencia	Claridad
1. Tiene excesiva inquietud motora	3	3	3	3
2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar	4	4	3	3
3. Molesta frecuentemente a otros niños	4	3	3	3
4. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	4	4	4	4
5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas	4	4	4	4
6. Tiene dificultades para las actividades cooperativas	4	4	4	3
7. Está en las nubes, ensimismado	4	4	3	3
8. Deja por terminar las tareas que empieza	4	4	4	4
9. Es mal aceptado por el grupo	4	4	3	3
10. Niega sus errores o echa la culpa a otros	4	4	4	4
11. A menudo grita en situaciones inadecuadas	4	4	4	4
12. Es contestón	4	4	4	4
13. Se mueve constantemente, intranquilo	4	4	4	4
14. Discute y pelea por cualquier cosa	4	4	4	4

15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio	4	4	4	4
16. Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	4	4	4	4
17. Es impulsivo	4	4	4	4
18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	4	4	4	4
19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	3	3	3	3
20. Acepta mal las indicaciones del profesor	3	3	3	2

Observaciones: _____

Decisión del experto: El instrumento es aplicable (sí) (no)

Fecha: 19 julio 2023


 LARRY F. AGENCIO MALPARTIDA
 COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ
 Firma y Sello
 6573175

ANEXO 4

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Para la confiabilidad del instrumento se utilizó el Alfa de Cronbach

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	167	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	167	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,947	20

ANEXO 5

AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN O PERSONAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SU SANTIDAD JUAN PABLO II
UGEL 05- SJL-EA



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

AUTORIZACIÓN

Yo, ROSARIO JOSÉ JARA GUARDIA Director de la Institución Educativa N° 146 “SU SANTIDAD JUAN PABLO II”.

AUTORIZO a Florangel Pérez Armas, estudiante de la Universidad de Huánuco Florangel Pérez Armas, identificada con DNI N° 09327573, estudiante de la Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico Profesional de Psicología, para que pueda aplicar un instrumento de evaluación Psicológica, del 7 al 18 de Diciembre del 2020, que corresponde a la tesis titulada “NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO- LIMA 2020”.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines pertinentes.

San Juan de Lurigancho, 4 de Diciembre del 2020.

ANEXO 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Flores Chempén Ingrid Suleyka, padre de familia del alumno(a); Ingrid Teresa Ramos Flores, acepto de manera voluntaria que incluya a mi menor hijo(a) como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: **NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA 2020**, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de la participación de mi menor hijo(a) en el estudio.



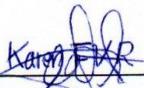
Flores Chempén Ingrid Suleyka

DNI: 47212964.....

Fecha: 12 de octubre del 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Karen Fiorella Vilcarromero Rojas, padre de familia del alumno(a); Patrick Roque Vilcarromero, acepto de manera voluntaria que incluya a mi menor hijo(a) como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: **NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA 2020**, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de la participación de mi menor hijo(a) en el estudio.



Karen Fiorella Vilcarromero Rojas

DNI: 47505474.....

Fecha: 14 de octubre del 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Flor Janneth Rivera Huamán, padre de familia del alumno(a); Rosa María Pérez Rivera, acepto de manera voluntaria que incluya a mi menor hijo(a) como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: **NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA 2020**, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de la participación de mi menor hijo(a) en el estudio.



Flor Janneth Rivera Huamán

DNI: 47036860.....

Fecha: 15 de octubre del 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Helen del Rocío Chávez Villa, padre de familia del alumno(a); Christophe Farpe Chávez, acepto de manera voluntaria que incluya a mi menor hijo(a) como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: **NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA 2020**, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de la participación de mi menor hijo(a) en el estudio.



Helen del Rocío Chávez Villa

DNI: 80549405

Fecha: 13 de octubre del 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Pierr Angero Olivares Mejia, padre de familia del alumno(a); Stefano Olivares Row, acepto de manera voluntaria que incluya a mi menor hijo(a) como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: **NIVEL DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 146 SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA 2020**, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de la participación de mi menor hijo(a) en el estudio.



Pierr Angero Olivares Mejia

DNI: 47606426.....

Fecha: 14 de octubre del 2020.

ANEXO 7

INSTRUMENTOS APLICADOS

30

4º 264



Nombre y apellidos *Quillo Umas, Dethy Masstel*
 Centro *IENº 146 SSSPII*
 Edad *7 años* Sexo: Varón Mujer
 Nivel escolar *2do A* Fecha *05/12/22*

RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	<input checked="" type="radio"/>	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	<input type="radio"/>	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	<input type="radio"/>	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	<input type="radio"/>	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	<input type="radio"/>	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	<input type="radio"/>	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	<input type="radio"/>	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	<input type="radio"/>	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	<input type="radio"/>	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	<input type="radio"/>	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	<input type="radio"/>	1	2	3
12	Es contestón	<input type="radio"/>	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	<input checked="" type="radio"/>	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	<input type="radio"/>	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	<input type="radio"/>	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	<input type="radio"/>	1	2	3
17	Es impulsivo	<input type="radio"/>	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	<input type="radio"/>	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	<input type="radio"/>	1	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	<input checked="" type="radio"/>	2	3

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

E D A H

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre y apellidos *Pozo Márquez, Amik Yamile'*

Número dentro *IENE 146 SSJPI*

Edad *7 años*

Sexo: Varón

Mujer

Fecha

Nivel escolar *2doA*

2doA

05/12/22

RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
12	Es contestón	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
17	Es impulsivo	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

E D A H

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre y apellidos *Blomino Alos, Marcos Fianz*

Centro *IE Nº 146 SSSJPII*

Nivel escolar *2do A*

Edad *7 años*

Sexo: Varón

Mujer

Fecha *05/12/22*

RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	<input checked="" type="radio"/>	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
12	Es contestón	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
17	Es impulsivo	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	<input checked="" type="radio"/>	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	<input checked="" type="radio"/>	2	3

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

5

4º 264

E D A H

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre y apellidos *Angeles Castro, Kahory*Centro *IENº 146 SSTPA*Edad *7 años*

Sexo: Varón

Mujer

Nivel escolar

2do A

Fecha

05/12/22

RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3
12	Es contestón	0	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	0	1	2	3
17	Es impulsivo	0	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

E D A H

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre y apellidos *Nizama Ramos, Diego Alonso*Centro *IENEJ46 SSJPT*Nivel escolar *2do A*Edad *8 años*Sexo: Varón Mujer Fecha *05/12/22*

RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN
CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA
CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3
12	Es contestón	0	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	0	1	2	3
17	Es impulsivo	0	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

ANEXO 7

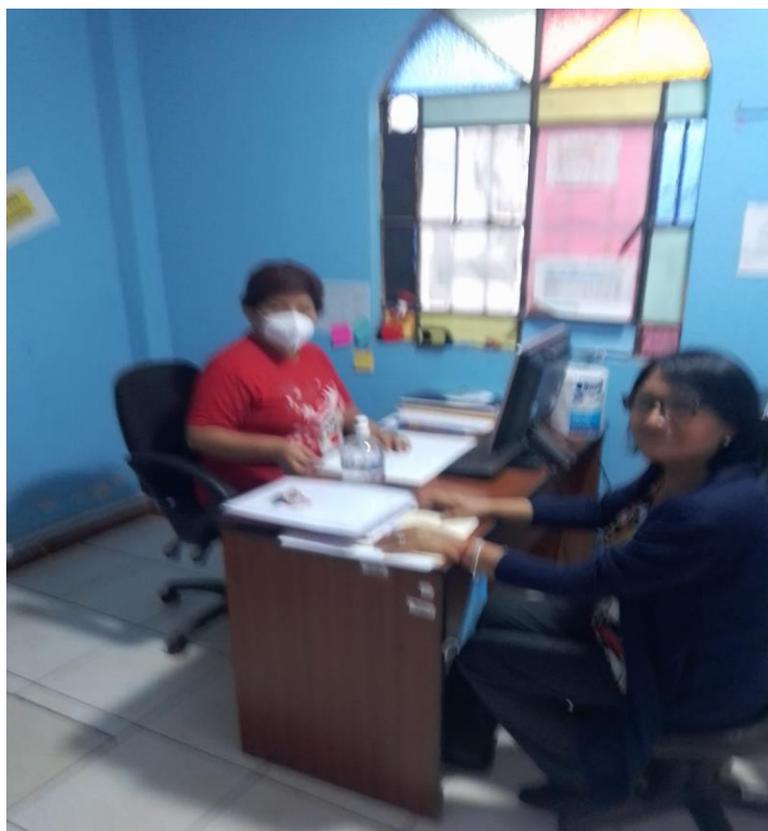
FOTOGRAFÍAS



Fachada de la I. E. N.º 146 SU SANTIDAD JUAN PABLO II - San Juan de Lurigancho



Parte del interior de la I. E. N.º 146 SU SANTIDAD JUAN PABLO II - San Juan de Lurigancho



Coordinando con la maestra de 2° grado



Realizando las coordinaciones previas a la aplicación del instrumento