



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

## Facultad de Ciencias Médicas

### Carrera de Estimulación Temprana en Salud

#### **“EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021”**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Estimulación Temprana en Salud.

Modalidad: Proyecto de Investigación.

#### **Autora:**

Libia Alexandra León León

C.I. 0104837034

Correo electrónico: alexandra2304198@hotmail.com

#### **Directora:**

Mgst. María Isabel Clavijo

C.I. 0301853206

Cuenca – Ecuador

14/febrero/2022



## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** La detección temprana de Trastornos del Neurodesarrollo como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los niños/as facilita una pronta intervención, previniendo a futuro problemas relacionados a lo conductual, académico y actividades de la vida diaria. El instrumento de Evaluación Vanderbilt permite detectar la presencia de TDAH en los niños/as de acuerdo a la información proporcionada por los padres de familia, en base a preguntas relacionadas con inatención, hiperactividad e impulsividad y comorbilidades.

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sus comorbilidades en niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, a través de la escala de valoración Vanderbilt para padres de familia.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca; donde se utilizó la escala de evaluación Vanderbilt para padres de familia.

Para el análisis y tabulación de datos se empleó el software SPSS Statistics, Excel 2013 y Word 2013.

**RESULTADOS:** El presente estudio estuvo conformado por 50 niños y niñas, con edades comprendidas de 6 años, a 6 años 11 meses. El 62% corresponde al sexo masculino; y en cuanto a la prevalencia de TDAH tenemos: el 32% pertenece al TDAH subtipo inatento; 20% para el TDAH subtipo combinado y 18% para el TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo, y ningún niño/a presentó comorbilidades asociadas al TDAH.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Escala de Vanderbilt. Conducta.



## ABSTRACT

**BACKGROUND:** The early detection of Neurodevelopmental Disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children facilitates prompt intervention, preventing future problems related to behavior, academic and activities of daily life. The Vanderbilt Assessment instrument allows to detect the presence of ADHD in children according to the information provided by the parents, based on questions related to inattention, hyperactivity and impulsivity and comorbidities.

**GENERAL OBJECTIVE:** To determine the prevalence of attention deficit and hyperactivity disorder and its comorbidities in boys and girls in the second year of basic education at the Ciudad de Cuenca Educational Unit, through the Vanderbilt assessment scale for parents.

**METHODOLOGY:** Descriptive quantitative cross-sectional study. The study population was made up of boys and girls in the second year of basic education of the Ciudad de Cuenca Educational Unit, where the Vanderbilt evaluation scale for parents was used.

For the analysis and tabulation of data, the software SPSS Statistics software was used Excel 2013 and Word 2013 were used.

**RESULTS:** The present study consisted of 50 boys and girls, aged 6 years, to 6 years 11 months. 62% corresponds to the male sex, and in terms of the prevalence of ADHD we have: 32% belongs to the ADHD inattentive subtype, 20% for ADHD combined subtype and 18% for ADHD hyperactive-impulsive subtype, and no child presented comorbidities associated with ADHD.

**KEY WORDS:** Attention deficit disorder and hyperactivity (ADHD). Vanderbilt. Scale. Behavior.



**ÍNDICE:**

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b><i>CAPÍTULO I.....</i></b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>12</b>
1.1 Planteamiento del Problema.....	13
1.2 Justificación.....	14
<b><i>CAPÍTULO II.....</i></b>	<b>16</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.....	16
2.2 Criterios diagnósticos del DSM-5.....	17
2.3 Características diagnósticas.....	20
2.4 Características, asociadas que apoyan al diagnóstico.....	21
2.5 Prevalencia.....	21
2.6 Etiología.....	22
2.7 TDAH y edad.....	22
2.8 TDAH y sexo.....	23
2.9 TDAH y la familia.....	23
2.10 TDAH y tipos de familia.....	24
2.11 TDAH y nivel socioeconómico.....	24
2.12 TDAH y comorbilidad.....	24
a) Trastorno oposicional desafiante.....	25
b) Trastorno de conducta.....	25
c) Trastorno de ansiedad.....	25



d) Trastorno de depresión.....	26
<b>2.13 Tratamiento del TDAH.....</b>	<b>26</b>
<b>2.14 Comportamiento y conducta.....</b>	<b>27</b>
<b>2.15 Características del desarrollo infantil de niños y niñas.....</b>	<b>27</b>
<b>2.15.1 Definición de desarrollo.....</b>	<b>27</b>
<b>2.15.2 Desarrollo normal en la segunda infancia.....</b>	<b>28</b>
<b>2.15.3 Hitos cognitivos y lingüísticos.....</b>	<b>28</b>
<b>2.15.4 Hitos socioemocionales y conductuales.....</b>	<b>29</b>
<b>2.16 Evaluación.....</b>	<b>29</b>
<b>2.16.1 Principios de la evaluación.....</b>	<b>29</b>
<b>2.16.2 Tipos de evaluación.....</b>	<b>29</b>
<b>2.17 Evaluación del TDAH.....</b>	<b>30</b>
<b>2.18 Escala de evaluación Vanderbilt.....</b>	<b>31</b>
<b>2.18.1 Cuestionario de evaluación Vanderbilt para padres.....</b>	<b>32</b>
<b>2.18.2 Puntuación Nichq Vanderbilt escala de evaluación para padres.....</b>	<b>34</b>
<b>2.19 Reseña histórica de la Unidad Educativa.....</b>	<b>35</b>
<b>2.19.1 Visión.....</b>	<b>35</b>
<b>2.19.2 Misión.....</b>	<b>35</b>
<b><i>CAPÍTULO III.....</i></b>	<b>36</b>
<b>3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Objetivo General.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>36</b>
<b><i>CAPÍTULO IV.....</i></b>	<b>37</b>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>37</b>



4.1	Diseño de estudio.....	37
4.2	Área de estudio.....	37
4.3	Universo y muestra.....	37
4.4	Criterios de inclusión-exclusión.....	38
4.5	Variables.....	38
4.5.1	Variable dependiente.....	38
4.5.2	Variables independientes.....	38
4.6	Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	38
4.6.1	Método.....	38
4.6.2	Técnica.....	38
4.6.3	Instrumento.....	39
4.7	Procedimiento.....	39
4.8	Plan de tabulación y análisis.....	39
4.9	Consideraciones bioéticas.....	40
4.9.1	Aspectos éticos.....	40
4.10	Recursos humanos y materiales.....	41
4.11	Presupuesto.....	41
	<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>42</b>
5.	RESULTADOS DE LAS TABLAS.....	42
	<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>55</b>
6.	DISCUSIÓN.....	55
	<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>58</b>
7.1	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
	<b>CAPÍTULO VIII.....</b>	<b>61</b>



<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
<b><i>CAPÍTULO IX.....</i></b>	<b>68</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
<b>9.1 Consentimiento Informado.....</b>	<b>68</b>
<b>9.2 Ficha de recolección de datos.....</b>	<b>72</b>
<b>9.3 Ficha escala de evaluación Vanderbilt.....</b>	<b>74</b>
<b>9.4 Ficha de recolección de datos del Nivel Socioeconómico.....</b>	<b>78</b>
<b>9.5 Operacionalización de variables.....</b>	<b>82</b>
<b>9.6 Cronograma de actividades.....</b>	<b>84</b>
<b>9.7Oficio de aprobación de la Unidad Educativa “Ciudad de Cuenca” .....</b>	<b>85</b>



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Libia Alexandra León León, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de febrero del 2022.

Libia Alexandra León León

0104837034





### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Libia Alexandra León León, autora del trabajo de titulación “EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de febrero del 2022.

Libia Alexandra León León

0104837034



## **AGRADECIMIENTO**

***“El agradecimiento es la memoria del corazón”.***

**Lao Tsé**

*Mi agradecimiento va dirigido especialmente a Dios y a la Virgen, por ser mi luz y por guiarme durante todo el trayecto de mi carrera y por no dejar que me rindiera.*

*A mi familia, principalmente a mis padres Libia y Alejo (+) por ser mi apoyo y motivación, por brindarme su amor y cariño incondicionalmente, por la confianza que siempre han depositado en mí y por enseñarme que la constancia y perseverancia tienen sus recompensas.*

*Agradecida también con todas aquellas personas que de una u otra manera han formado parte de este proceso, como son padres de familia, tutores de aula y primordialmente a los niños y niñas con los que he compartido grandes experiencias y me han ayudado gratamente en mi formación académica.*

*Agradezco a mi tutora Lic. Isabel Clavijo por ser un gran ser humano, por su profesionalismo y por el apoyo brindado en el desarrollo de mi proyecto.*

**Alexandra León.**



## DEDICATORIA

***“Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar”.***

**Eugene Ware**

*Por ser mi luz en mis momentos de obscuridad, dedico mi tesis principalmente a Dios y a la Virgen quienes son el pilar fundamental en mi vida.*

*A mis padres por ser mi apoyo incondicional, con sus palabras de aliento, su motivación, su ejemplo, por su lucha y perseverancia, han hecho de mí una mejor persona. ¡Gracias papitos! A mi mami Libia y a mi papi Alejo (+), aunque ya no está físicamente conmigo me cuida, me bendice y junto con mi mami son mi motor principal. Cuánto quisiera papito haberle podido dedicar personalmente mi tesis, pero sé que el mensaje va a llegar al cielo y estará tan feliz y orgulloso porque estoy cumpliendo una meta más, así como lo habíamos soñado.*

*A mi hermana Mariela y a mi sobrino David, que han sido parte fundamental en mi vida universitaria, su apoyo y palabras de aliento me impulsaron para seguir adelante con mis estudios.*

*Y a mí ahijada Romina que forma parte importante en mi vida.*

**Alexandra León.**



## **CAPÍTULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es considerado como un trastorno frecuente del Neurodesarrollo, caracterizado por hiperactividad, impulsividad y falta de atención; y con mayor diagnóstico en niños y adolescentes (1).

La presente investigación corresponde a la aplicación de la Escala de Vanderbilt para padres de familia, la misma que permitió determinar la presencia o no de trastorno por déficit de atención/hiperactividad en los niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca; ya que la detección temprana de este trastorno ayudará a educadores y padres de familia a una intervención oportuna que permitirá mejorar la calidad de vida del niño/a y familia.

Cabe mencionar que el trastorno por déficit de atención, está relacionado con alteraciones que se ven marcados con cambios ocasionados en el normal desarrollo de las personas que lo padecen; por lo tanto resulta ser de gran importancia la intervención de manera temprana en niños, con el propósito de reducir efectos negativos que pudieran presentarse en las etapas de adolescencia y adultez (1).

Esta investigación estuvo estructurada en cuatro secciones: fundamentación teórica, metodología, análisis de resultados y conclusiones. En la primera sección, se define los conceptos teóricos que será específica al problema de investigación, la bibliografía utilizada corresponderá a los últimos 10 años.

La segunda sección metodológica hace referencia al tipo de estudio, la misma que es descriptiva transversal, el área de estudio, universo y muestra, criterios de inclusión y exclusión y operacionalización de variables.

La tercera sección expone los resultados obtenidos en este, a través del respectivo análisis y tabulación de información, la misma que será representada en tablas y gráficos. Finalmente la cuarta sección presenta as conclusiones obtenidas en esta investigación.



## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerado como un trastorno del Neurodesarrollo, es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), donde cuyo sustento está basado en la herencia y genética; en el cual varios factores neuropsicológicos se encuentran involucrados, provocando cambios en el niño en lo que respecta a impulsividad, exagerada actividad motriz y atención (2).

En la primera infancia ya se pone de manifiesto la sintomatología, resultando ser de naturaleza crónica y no logra explicarse por ningún déficit neurológico trascendental y mucho menos por alteraciones de orden motor o del habla, discapacidad intelectual, trastornos emocionales de gravedad o de carácter sensorial (2).

De acuerdo a datos estadísticos a nivel mundial con respecto a la prevalencia del TDAH, ponen de manifiesto que un 5,29% de los niños presentan dicho trastorno. Cabe mencionar que de acuerdo al punto geográfico de estudio, esta alteración posee cambios significativos; por ejemplo tenemos: la prevalencia en África se centra en un 5,4 a un 8,7%; Asia bordea cifras de un 1,6 a un 12,3%; Europa muestra cifras entre el 3 al 8%; y se estima que en América Latina la prevalencia se encuentra entre un 5,7 y 26,8% que según estudios muestran variaciones; y en donde estos resultados serán conforme al país (3).

Un estudio realizado en Albuñol (Granada) en el año 2016 para determinar la prevalencia de TDAH en los niños de un centro de acogida; en donde la muestra poblacional estuvo conformada por 106 niños cuyas edades estaban percibidas entre los 5 y 17 años del Centro Hogar “Cristo Rey”. La Escala de Vanderbilt de TDAH, fue la herramienta que se utilizó para la valoración psicométrica; con la cual se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de TDAH fue del 17,9% en dicho estudio, denotando el subtipo inatento como el de mayor frecuencia (4).

La prevalencia en los Estados Unidos es del 15,66% con respecto a estadísticas de la última década; mientras que en Chile la tasa de prevalencia en niños de 4 a 18 años es del 10%; y en Colombia se considera que la afectación de este trastorno a menores de 18 años está entre el 12,3% y el 22,6%, cabe mencionar que la totalidad de los casos se presentan en la



infancia, pudiendo perdurar hasta la adolescencia e inclusive hasta la adultez (3).

Con respecto a Ecuador, un estudio llevado a cabo en el año 2020, en la “Unidad Educativa el Carmen”, de la provincia de Manabí y en la Escuela de Educación Básica Particular “BETEL”, de la provincia de Loja, con una población de 413 niños y niñas, con edades comprendidas de 4 a 14 años; en donde se utilizó para la evaluación la escala Vanderbilt y entre otros test; dieron como resultado una prevalencia del 70% de TDAH para el subtipo hiperactivo/impulsivo, 10% inatento y 20% para el subtipo combinado. (5)

En cuanto a nivel local, en la provincia del Azuay no se encontraron estudios actualizados que nos proporcione información acerca de la prevalencia de TDAH en niños/as, y que se haya aplicado la escala Vanderbilt; sin embargo se encontró un estudio que se llevó a cabo en la escuela “Arzobispo Serrano” de la ciudad de Cuenca, dirigida a niños de seis a once años de edad en el año 2014, con la escala Conners, mostrando los siguientes resultados: 52,6% para el TDAH de subtipo desatento impulsivo, TDAH de subtipo impulsivo 26,3% y 21,1% para el TDAH de subtipo desatento (6).

Por lo antes mencionado surgió la necesidad de dar respuesta a la pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia del trastorno por déficit de atención en niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca a través de la escala de valoración Vanderbilt para padres de familia?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El descubrimiento temprano de problemas concernientes al trastorno por déficit de atención e hiperactividad del niño/a permitirá a los padres de familia, así como a los tutores de aula la elaboración y aplicación de un plan de intervención individual según las necesidades del niño/a.

La falta de datos con respecto a pruebas relacionadas al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y debido a la ausencia de estudios sobre este tema en áreas de escolarización de la ciudad de Cuenca, se ha visto la favorable realización de mencionada investigación que proporcionó



información acerca de la prevalencia de alteraciones de este trastorno en los niños y niñas de esta población de estudio.

El propósito de este estudio fue realizar una evaluación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus comorbilidades, a los niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca a través de la escala de valoración Vanderbilt para padres de familia, en virtud de la escasez de este tipo de evaluaciones; por lo tanto se considera de importancia la valoración con la Escala de Vanderbilt.

Los resultados que se obtuvieron a través de la utilización de la Escala de Vanderbilt sirvieron para determinar si los niños/as presentan (TDAH); para que de esta manera y en caso de ser necesario se elabore un plan de intervención en las áreas concernientes, y así prevenir a futuro problemas en su aprendizaje.

Los datos de esta investigación fueron socializados y dados a conocer a los padres de familia, docentes de aula y directora de la Institución Educativa; con el propósito de que se diseñe un programa de intervención de acorde a las necesidades de cada uno de los niños/as.

La presente investigación aporta como fuente de consulta para futuras investigaciones para quienes estén interesados en este tema, el mismo que reposa en la Biblioteca de la Universidad.

A través de la aplicación de la escala de evaluación Vanderbilt a los padres de familia se determinó si los niños o niñas presentan TDAH.

Dicha investigación se enmarca en las Prioridades de Investigación en Salud MSP 2013-2017, en el Área 11: Salud Mental y Trastornos Del Comportamiento, Línea: Trastornos de atención, Sublínea: perfil epidemiológico.

Y en las Líneas de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas 2020-2025 Salud Mental y Trastornos del Comportamiento, Línea: Neurodesarrollo.



## **CAPÍTULO II**

*“Si un niño no puede aprender de la manera que enseñamos, quizás debemos enseñarles de la manera que ellos aprenden”*  
*Ignacio Estrada.*

En el contexto de la pandemia que atravesamos por estos dos últimos años, tuvo grandes cambios en la vida del ser humano y de manera especial en el comportamiento a nivel general. Este confinamiento tuvo más repercusiones en los niños y niñas que se vieron obligados a cambiar hábitos de estudio, pasando de ser una educación presencial a una formación virtual; además se vió limitada su experiencia con el mundo exterior y la interacción con sus pares, es así como, ante lo mencionado influye en la conducta y en el comportamiento de los niños y niñas.

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD**

Dentro de las alteraciones del Neurodesarrollo y con base biológica tenemos al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que se inicia en la infancia y que puede llegar a perdurar en la adolescencia, juventud e inclusive hasta en un 50-60% en la edad adulta. Es un trastorno que se lo puede identificar por presentar los siguientes síntomas: hiperactividad, impulsividad y desatención (7).

A más de los síntomas ya mencionados, los niños con TDAH tienen déficits cognitivos relacionados con problemas en la planificación, inhibición, memoria de trabajo y atención; y están más expuestos a presentar dificultades en lograr mantener la atención en un determinado objetivo o alteraciones de la capacidad de atención sostenida y en alcanzar a procesar de forma rápida la información (8).

De acuerdo a estudios de tomografías del cerebro de niños con TDAH, muestran que el esquema de crecimiento es normal, pero cabe mencionar que en ciertas regiones del cerebro, particularmente en la corteza frontal el proceso tarda más o menos tres años. Las regiones antes mencionadas brindan al





individuo el poder de controlar el movimiento, eliminar acciones y pensamientos inadecuados y memoria a corto plazo, mismas funciones que frecuentemente se ven alteradas en los niños con TDAH (9).

En cuanto a factor genético se refiere, parece ser que el TDAH presenta cerca de un 80% de heredabilidad; por lo que en un estudio realizado con genes se examinaron más de 600.000 marcadores genéticos; en el cual mostraron resultados que indican la participación de varios genes en el trastorno y donde cada uno participa con un efecto pequeño (9).

Así mismo otras investigaciones han reconocido la alteración del neurotransmisor dopamina, constituyente fundamental para la cognición y la atención, donde marcadores bajos podrían relacionarse con el TDAH (9).

Cabe mencionar las complicaciones al momento del parto que pueden ejercer un papel con respecto al TDAH como prematuridad, consumo de sustancias tóxicas (tabaco o alcohol) en el embarazo y falta de oxígeno; por consiguiente los padres y maestros a manera de ayuda pueden pausar las tareas por partes, recordarles frecuentemente sobre normas y el tiempo, y brindarles recompensas diarias por los mínimos logros alcanzados (9).

## 2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), tenemos los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: (10)

**A.** Conducta constante de inatención/hiperactividad-impulsividad que se interpone con el desarrollo o funcionamiento, y está caracterizado por 1 y/o 2: (10)

1. **Inatención:** seis o más de los siguientes signos han sido constantes durante un período de por lo menos seis meses, en donde no hay coincidencia con el grado de desarrollo y por ende se ve afectado directamente actividades concernientes al campo social, laboral y académicas: (10)

**a.** De manera frecuente presenta problemas en prestar atención a detalles o por descuido se cometen en actividades académicas, en el trabajo o en cualquier otra actividad.



- b. De manera frecuente presenta dificultades en mantener la atención en tareas o actividades de recreación.
  - c. De manera frecuente pareciera que no escucha cuando se le habla de manera directa.
  - d. De manera frecuente no culmina las tareas escolares, obligaciones laborales o quehaceres, y no hay seguimiento de instrucciones.
  - e. De manera frecuente presenta problemas en coordinar actividades y tareas.
  - f. De manera frecuente muestra poco interés al iniciar tareas que necesitan de esfuerzo mental.
  - g. De manera frecuente pierde objetos necesarios para las actividades.
  - h. De manera frecuente se distrae con facilidad frente a ruidos o estímulos externos.
  - i. De manera frecuente olvida las actividades diarias (10).
2. **Hiperactividad e impulsividad:** seis o más de los siguientes signos han sido constantes durante un período de por lo menos seis meses, en donde no hay coincidencia con el grado de desarrollo y por ende se ve afectado directamente actividades concernientes al campo social, laboral y académicas: (10)
- a. De manera frecuente juega o golpea las manos o pies, o se retuerce en el asiento.
  - b. De manera frecuente se levanta de su asiento cuando se espera que permanezca sentado.
  - c. Continuamente corre o trepa cuando se espera que permanezca sentado.
  - d. Frecuentemente presenta problemas en jugar actividades tranquilas.
  - e. Frecuentemente está siempre activo como si tuviera un motor.



- f. Frecuentemente habla demasiado.
  - g. Frecuentemente responde a preguntas sin esperar que hayan terminado de formularlas.
  - h. Frecuentemente le cuesta esperar su turno.
  - i. Frecuentemente interrumpe o se incluye en las conversaciones o actividades de los demás (10).
- B.** Antes de los 12 años, deben estar presentes ciertos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos (10).
- C.** Numerosos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (10).
- D.** La puesta de evidencias son claras, mismas que interfieren con el desenvolvimiento laboral o académico, trastorno de personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias y trastorno de ansiedad (10).
- E.** En el transcurso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico, no se producen los síntomas y no son explicados mejor por otro trastorno mental (10).

**Especificar si:**

- **Presentación combinada:**

Se cumplen con los criterios A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) en los 6 últimos meses (10).

- **Presentación predominante con falta de atención:**

Se cumple con el Criterio A1 (inatención) pero no con el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) en los 6 últimos meses (10).

- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:**

Se cumple con el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) pero no con el Criterio A1 (inatención) en los 6 últimos meses (10).

**Especificar si:**



- **En remisión parcial:** anticipadamente se cumplían todos los criterios, durante los 6 últimos meses no se ha cumplido con todos los criterios y mientras tanto los síntomas siguen afectando el funcionamiento dentro del ámbito académico, laboral o social (10).

#### **Especificar la gravedad actual:**

- **Leve:** Para su diagnóstico se necesita la presencia de pocos o ningún síntoma (10).
- **Moderado:** Los síntomas presentes se encuentran entre leve y grave (10).
- **Grave:** Se evidencian varios signos aparte de los que se necesita para el diagnóstico o numerosos signos especialmente graves, un evidenciable deterioro con respecto al funcionamiento laboral o social está como producto de los síntomas (10).

### **2.3 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS**

Se tiene como característica principal del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) al patrón constante de inatención/o hiperactividad-impulsividad que se ven alterados en el desarrollo o funcionamiento (10).

**Inatención.-** conducta que se manifiesta en el TDAH como esquivaciones en las tareas, problemas para mantener la atención, falta de constancia y desorganización que no es debido a una falta de comprensión (10).

**Hiperactividad.-** hace referencia a la actividad motora excesiva cuando no es conveniente, golpes y tendencia a hablar mucho y de forma seguida (10).

**Impulsividad.-** se entiende como a los actos rápidos que se dan en ese momento sin pensar en las consecuencias y el riesgo de causar daño a la integridad del individuo. Las conductas impulsivas se pueden evidenciar como actos de intromisión de forma excesiva con los demás y en la toma de decisiones sin antes pensar en las consecuencias futuras (10).

Cabe mencionar que la presencia de signos relacionados con este trastorno tienen que manifestarse en más de un ambiente, entendiéndose estos como casa, trabajo o escuela; de esta manera tenemos que los síntomas van a variar



de acuerdo a la situación de cada entorno. Los síntomas del trastorno pueden ser escasos o podrían estar ausentes en situaciones en las que una persona obtiene recompensas por comportamientos correctos (10).

**Combinado.-** presenta sintomatología de inatención e hiperactividad/impulsividad, y con más de seis síntomas en lo concerniente a inatención, hiperactividad e impulsividad (11).

#### **2.4 CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS QUE APOYAN AL DIAGNOSTICO**

En este contexto tenemos que los retrasos leves del desarrollo lingüístico social o motor no son característicos del TDAH, sin embargo a menudo confluyen; es así que dentro de las características vinculadas pueden estar inmersas la irritabilidad, cambios repentinos en el estado de ánimo y poca tolerancia a la frustración. En varias ocasiones el rendimiento laboral o académico se encuentra deteriorado, aun sin la presencia de un trastorno específico del aprendizaje. La conducta inatenta se ve vinculada a numerosos métodos cognitivos ocultos y las personas con TDAH pueden manifestar problemas cognitivos (10).

#### **2.5 PREVALENCIA**

En cuanto a la prevalencia del TDAH desde el DSM-5, tenemos un porcentaje estimado del 5% en lo concerniente a escolares y un 2.5% en adultos; además con una frecuencia mayor en el sexo masculino que en el sexo femenino, con una relación de 2.1 en niños y 1.6:1 con respecto a los adultos. Según diferentes estudios la prevalencia del TDAH va a depender y cambiar de acuerdo a factores como género, edad, ubicación geográfica y también de acuerdo a los criterios del DSM-5 (12).

Un estudio llevado a cabo en República Dominicana, en el Hospital Infantil Robert Reid Cabral, a niños de 6 a 12 años, durante el período noviembre 2016-abril 2017; mismo que cumplió con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDAH; y en donde se muestra una prevalencia para el sexo masculino con el 80.3%; y en cuanto al grupo etario de mayor frecuencia lo ubica entre 6 y 8 años, con un porcentaje del 68.4% (13).

#### **2.6 ETIOLOGÍA**



Se estima que la causa del TDAH es de origen multifactorial, resultando de la unión de factores genéticos así como de factores ambientales. Con respecto al factor herencia la relación va de 70 a 90% (14).

Como factores que influyen para el desencadenamiento del TDAH tenemos los que se mencionan a continuación: exposición intrauterina a agentes tóxicos como alcohol, tabaco, o también debido a tratamientos farmacológicos; bajo peso al nacer; prematurez; madres añosas; complicaciones perinatales; problemas familiares constantes; antecedentes de origen psiquiátrico en los padres; familia numerosa; clase social baja y escala o nula estimulación por períodos prolongados de tiempo (14).

También existen factores que predisponen para el desarrollo del TDAH en la etapa posnatal como la ingesta de una dieta desequilibrada; exposición a agentes nocivos como el plomo, carencia de vitaminas del complejo B y del yodo. Diferentes estudios ponen de manifiesto como factores de riesgo el consumo de alimentos, cuyos componentes contengan colorantes artificiales y preservantes (14).

## **2.7 TDAH Y EDAD**

Las conductas de actividad motora excesiva son evidenciadas por primera vez, cuando los niños están cursando la primera infancia; más sin embargo, los signos resultan difíciles de distinguirlos de la conducta normal, por ser muy cambiantes antes de la edad de cuatro años. La detección del TDAH con mayor frecuencia sucede en el transcurso de la escuela primaria, cuando la inatención llega a estar más marcada y alterando el rendimiento. Es así, que la hiperactividad llega a ser la primera manifestación en la etapa preescolar; así mismo tenemos que en el transcurso de la escuela primaria la inatención es la que se pone de mayor manifiesto (15).

Un estudio llevado a cabo en Barranquilla, con una población muestral de 383 niños y niñas de una institución educativa, donde cuyo objetivo fue buscar determinar la prevalencia del TDAH; en donde arrojaron los siguientes resultados: la prevalencia por rango de edad fue en mayor proporción en niños/as cuyas edades comprendían entre 6 a 11 años, dando un equivalente del 62,7%, en comparación al grupo de estudio mayor de 12 años con un 37.3% (1).



## **2.8 TDAH Y SEXO**

Un estudio llevado a cabo en consulta externa de pediatría y neurología del hospital San Francisco de Quito con una participación de 160 niños y niñas, con edades comprendidas entre los 5 y 15 años de edad, con diagnóstico de TDAH y otros diagnósticos, se obtuvieron los siguientes resultados: 49 presentaron TDAH (30.3%), 58 presentaron enfermedades crónicas (36.2%) y 53 niños/as presentaron enfermedades agudas (33.13%). Del total de esta población 91 participantes fueron hombres (56%) y 69 fueron mujeres (43.1%). De los 49 participantes con TDAH los hombres presentaron una mayor prevalencia 79.5% y las mujeres un 20.5% (16).

## **2.9 TDAH Y LA FAMILIA**

De acuerdo a publicaciones hechas en los últimos años sobre el papel que juega la familia en el TDAH, ha puesto de manifiesto que es dentro del grupo familiar donde se desarrolla este trastorno por la influencia e interacción por parte de sus miembros, y en el cual los padres ejercen un rol esencial ya que de estos dependerá la mayoría de decisiones que influenciará en el desarrollo emocional del niño (15).

Habitualmente cuando se detectan problemas en el niño no todas las familias optan por la búsqueda de ayuda profesional, teniendo esto que ver con la postura que adquieren los progenitores frente a la conducta problemática del niño especialmente con los problemas sociales y emocionales que le acontecen al niño en la escuela. Al parecer resulta más importante el problema conductual y la inestabilidad emocional del niño, que la conducta hiperactiva al momento de pedir ayuda al personal capacitado (15).

La detección temprana de este trastorno ayuda para un mejor pronóstico ya que se pueden evitar casos de fracaso escolar que representan un 30% y prevenir que aparezcan comorbilidades como los trastornos por ansiedad, o los trastornos de conducta. La formación de los profesionales en atención primaria como pediatras y médicos de familia son fundamental para una pronta detección; también implica a profesores y psicopedagogos que ayudarán para la detección y derivación de los síntomas que son presentados por este trastorno (15).

## **2.10 TDAH Y TIPOS DE FAMILIA**



Dentro de un estudio para conocer la prevalencia de casos de niños con TDAH, de acuerdo al tipo de familia tenemos que la familia monoparental, la misma que está conformada por un solo progenitor que bien puede ser el padre o la madre constituye entre el 80-90% de los casos (16).

### **2.11 TDAH Y NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Un estudio realizado en Manizales, con una población de 141 individuos entre niños, niñas y adolescentes que acuden a programas de atención, con edades comprendidas entre los 5 y 15 años de edad, escolarizados y con diagnóstico de TDAH; en donde se obtuvo como resultado que alrededor del 90% de la población muestral pertenecía a un nivel socioeconómico bajo y medio (17).

### **2.12 TDAH Y COMORBILIDAD**

Dentro del ámbito clínico, los trastornos comórbidos se presentan de manera regular en sujetos, donde los síntomas se evidencian de acuerdo con los criterios del TDAH. El trastorno negativista desafiante va en conjunto con el TDAH en casi la mitad de los niños con manifestación combinada y una cuarta parte aproximadamente de niños y adolescentes de presentación predominante inatenta. El trastorno de conducta acontece en un aproximado de una cuarta parte de niños y adolescentes con presencia combinada que dependerán de la edad y circunstancias (10).

Los niños y adolescentes en su mayoría con presencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo manifiestan signos que también cumplen con los criterios del TDAH; en un número menor de niños con TDAH presentan signos según los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Cabe señalar que el trastorno específico del aprendizaje de manera frecuente va juntamente con el TDAH. Los trastornos de ansiedad y el trastorno de depresión mayor acontecen en una proporción mínima de individuos con TDAH (10).

En menor proporción el trastorno explosivo intermitente se da en adultos con TDAH. Trastornos como el de la personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad pueden existir con el TDAH, en los adultos. Es así que otros trastornos pueden estar encaminados junto con el TDAH como lo son el trastorno del espectro autista, trastorno por tics y el trastorno obsesivo-compulsivo (10).





### **a) Trastorno Oposicional Desafiante**

El trastorno oposicional desafiante (TOD), o también llamado trastorno negativista desafiante (TND), presenta un patrón frecuente de conducta desafiante, desobediente y desfavorable frente a los progenitores y personas que tengan autoridad. Es una patología donde cuya prevalencia oscila entre el 50 a 80% en el TDAH, y en donde resulta más común ver en los subtipos hiperactivo-impulsivo y combinado del TDAH. La edad de inicio de este trastorno ocurre en la infancia y se caracteriza por la dificultad en el desenvolvimiento social, académico y social, así también como dentro del núcleo familiar (18) (19).

Frecuentemente interfiere con el desarrollo de las relaciones interpersonales, dentro del ámbito familiar y con respecto al desempeño académico de aquellos que presentan mencionado trastorno; a lo que se suman estados de baja autoestima, problemas para socializar y mínima tolerancia frente a los fracasos (19).

### **b) Trastorno de conducta**

Se dice que es un trastorno de conducta (TC) cuando existe un patrón constante y repetitivo de conductas en donde los derechos de las demás personas no son respetadas, así como también las reglas impuestas por la sociedad. La aparición de este trastorno puede ser en edad temprana antes de los diez años, en edad infantil y antecederse de un TND, y en su mayoría acompañado de un TDAH. La prevalencia de casos recae más en el sexo masculino, de los cuales si no son tratados debidamente, podrían desarrollar un trastorno de personalidad antisocial (20).

Los individuos con TC pueden manifestar situaciones emocionales negativas, muy poco autocontrol, irritabilidad y mínima tolerancia a la frustración; además puede vincularse el consumo excesivo de sustancias y también el pensamiento suicida forma parte de este grupo de personas (20).

### **c) Trastorno de ansiedad**

Patología comórbida, en la que su prevalencia oscila entre el 20-40% en el TDAH. De acuerdo a las características, estos niños manifiestan malas relaciones sociales y una intensidad de gravedad en los signos principales del TDAH; trayendo consigo respuestas negativas al tratamiento de conducta,



dificultad ante el proceso farmacológico al momento de decidir la medicación, esto debido a que los estimulantes del Sistema Nervioso Central podrían generar un aumento en los signos de ansiedad (18).

#### **d) Trastorno de depresión**

Patología comórbida apreciada hasta en un tercio de los casos de personas con TDAH; donde además se ha evidenciado pacientes con TDAH de edades tempranas como desde los seis años que tienen 3,5 más posibilidades de presentar signos de depresión en comparación a pacientes de la misma edad sin TDAH, resultando más frecuente su presencia en los subtipos del TDAH inatento y combinado (18).

Estos pacientes tienen antecedentes familiares con diagnóstico de crisis depresivas, implicando un riesgo al no poder controlar de manera adecuada dicha comorbilidad ya que estos pacientes son más propensos al suicidio (18).

### **2.13 TRATAMIENTO DEL TDAH**

Una intervención conjunta entre la escuela, familia y psicólogos se podría conseguir un desempeño académico favorable y unas relaciones interpersonales apropiadas (21).

Los niños con TDAH presentan problemas para respetar reglas y manejar un comportamiento acorde en todo momento, por lo que el ambiente tendrá que ser tolerante. Resulta importante explicar al alumno, así como a sus compañeros de escuela, cuáles son las particularidades y requerimientos del niño con TDAH; queriendo lograr de esta manera que el niño al mismo tiempo, mejore su autoconcepto, aumente su autoestima y también a regularse por sí mismo, desencadenando de esta forma que los compañeros comprendan mejor las circunstancias de conflicto y los tratos particulares que reciba el niño (21).

Con lo que respecta al tratamiento farmacológico, la medicación empleada forma parte del grupo de los estimulantes como el metilfenidato, en diferentes maneras de liberación la dextroanfetamina y últimamente la lisdexanfetamina, con aprobación para el TDAH. Los resultados se evidencian de forma instantánea, con el mejoramiento de la conducta, disminución del movimiento en exceso y la impulsividad; además ayuda con el mejoramiento en lo que



respecta a atención, mejores relaciones familiares y escolares, y con la memoria a corto plazo (21).

## 2.14 COMPORTAMIENTO Y CONDUCTA

- **Comportamiento.-** es la expresión de una secuencia de acciones complejas, de decisión que requieren decisión que son decisorias y que se originan dentro del sujeto; a pesar de que estas secuencias de acciones se desarrollan interiormente, están influenciados por agentes externos dentro de los cuales se hayan sumergidos los individuos (22).
- **Conducta.-** de acuerdo al origen etimológico la palabra conducta proviene del latín, la misma que significa “ conducida o guiada”; es así que todas las expresiones incluidas en lo referente a conducta son hechos conducidos o guiados por la mente (23).

Frente a la postura de un individuo ante cualquier suceso, generalmente se comienza a buscar la razón o causa de lo que está ocasionando tal proceder; puesto que es la conducta la expresión visible de lo que un individuo requiere, con lo que se identifica y se siente parte de un grupo; por lo mencionado se considera que todo tipo de conducta es decisión propia, con noción de lo que está realizando, salvo excepciones de que padezca algún tipo de discapacidad a nivel cognitivo o algún trastorno (24).

## 2.15 CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO INFANTIL DE NIÑOS Y NIÑAS

### 2.15.1 Definición de desarrollo

En cuanto a desarrollo se refiere, se puede describir como al proceso que acontece a través del tiempo y en donde su paso tiende a ascender y a mejorar; es así como el cuerpo con los distintos cambios que va experimentando de forma gradual, puede tener la facultad de modificar el orden social, físico, intelectual y afectivo; resultando ser estos cambios de forma cualitativa y cuantitativa (25).

Es necesario mencionar la importancia que tienen los primeros años de vida para el desenvolvimiento de aspectos sean estos de orden social, psicológico, físico, y cognitivo; en donde este último resulta estar relacionado con la



adquisición del conocimiento del niño a través de la experiencia y el aprendizaje, mediante dominios secundarios que están presentes en la etapa escolar como memoria, atención, lenguaje, inteligencia y funciones ejecutivas (26).

En cuanto a la etapa escolar, se debe mencionar los constantes cambios referentes al crecimiento, desarrollo social, psíquico y físico del individuo; así también particularmente con respecto a costumbres, como a rutinas de sueño y vigilia, alimentación, actividad física, etc.; por lo cual resultan ser estos algunos de los factores de mayor interés que establecen el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas (27).

### **2.15.2 Desarrollo normal en la segunda infancia: seis a once años de edad**

Etapa del desarrollo en donde los niños cada vez más se van incluyendo en lo que respecta al mundo social y adquieren destrezas para la puesta en escena en la adultez posteriormente. Existe una mejor adaptación de los niños a reglas, normas y paulatinamente se evidencian cambios en cuanto a interés y atención, de las relaciones con sus progenitores y a la interacción social con sus pares, de manera especial en la adolescencia (28).

### **2.15.3 Hitos cognitivos y lingüísticos**

En cuanto al procesamiento de información en áreas como memoria, atención y repetición de nueva información; así también como a otros ordenamientos cerebrales, los niños entre los seis y once años de edad desarrollan avances de sumo interés (28).

Es justamente que durante este período los niños descubren numerosas destrezas para acrecentar o mejorar la memoria, empezando con la utilización de técnicas que ayudan al mejoramiento de la adquisición del conocimiento, como la formación de imágenes mentales que apoya al proceso de aprendizaje; además los niños manifiestan destrezas para mejorar la memoria, empezando por recordar actividades o acontecimientos transcendentales a través de la repetición de la información (28).

### **2.15.4 Hitos socioemocionales y conductuales**



Por lo que se refiere a la infancia desarrollo del dominio de sí mismo y de los demás, que incluye regulación emocional, autoestima, relaciones entre sus pares y el desarrollo moral. En el transcurso de este período, la autoestima del niño está basado en el autoconocimiento (28).

## 2.16 EVALUACIÓN

Se puede definir como evaluación al proceso mediante el cual se recolecta información respecto a una actividad, donde cuyo propósito es procesar y analizar los datos obtenidos para la toma de decisiones. En la evaluación se utilizan diferentes tipos de herramientas, pudiendo ser estos ítems, preguntas y diferentes tipos de instrumentos que sirvan para la obtención de respuestas (29).

### 2.16.1 Principios de la evaluación

- **Integralidad.-** constituye parte primordial dentro del ámbito educativo, por lo que debe de existir una relación lógica con otros elementos académicos (30).
- **Continuidad.-** la evaluación debe de ser constante a lo largo del transcurso educativo, mismo que demanda de un control y cambios permanentes dentro del proceso (30).
- **Diferencialidad.-** afirma la necesidad de utilización de diferentes medios de evaluación, es decir que deben permanecer desde la fase inicial del proceso de enseñanza-aprendizaje hasta el final del mismo. Resulta importante el uso de diferentes instrumentos o medios para la creación de evidencias; por lo tanto se deduce que los resultados de la evaluación a través de una sola prueba no es suficiente para emitir juicios de valor ya que se necesita la aplicación de distintas pruebas (30).
- **Educabilidad.-** lo que se busca con este principio, es que por medio de la evaluación de las enseñanzas se fomente la formación del individuo y de igual manera los demás elementos del proceso pedagógico (30).

### 2.16.2 Tipos de evaluación

- **Según su finalidad y función**



- a) **Función diagnóstica o inicial:** su finalidad es conseguir un conocimiento inicial del educando, donde cuyo objetivo es mejorar la calidad de su aprendizaje (31).
- b) **Función sumativa o final:** su objetivo primordial se basa en la revisión de los resultados de la enseñanza, permitiendo de esta manera comprobar si se ha logrado o no conseguir lo estipulado en cuanto a objetivos pedagógicos (31).
- c) **Función formativa:** trata de cambiar y mejorar, en el transcurso del proceso de evaluación, todo aquello que no vaya con lo establecido o esté lejos de los objetivos trazados. Como estrategia para mejorar las técnicas educativas es utilizada este modelo de evaluación, con el fin de lograr las metas previstas (31).

- **Según su extensión y del programa**

- a) **Evaluación global:** se procura englobar todos los elementos de la institución educativa, del estudiante y del programa; en donde el objetivo de la evaluación es considerado como un todo en el que cualquier alteración en uno de sus elementos traerá consecuencias en los demás (31).
- b) **Evaluación parcial:** valoración de características particulares de una institución, del rendimiento estudiantil o de un programa pedagógico, etc. (31).

- **Según los agentes evaluadores**

- a) **Evaluación interna:** aquella que es realizada por los mismos integrantes de una institución, un programa formativo, etc. (31).
- b) **Evaluación externa:** es aquella en donde personas ajenas al centro educativo evalúan su actividad (31).

## 2.17 EVALUACIÓN DEL TDAH

En lo que se refiere a la detección de TDAH, existe una extensa discusión con respecto a la adecuación de las escalas y cuestionarios de observación conductual. Dentro de los cuestionarios para la evaluación del TDAH y que cuentan con mayor propagación son: (32)

- a) Test de Conners,



- b) Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH),
- c) Cuestionario para Padres y Maestros NICHQ Vanderbilt Assessment Scale, y
- d) el ADHD Self-Report Scale.

De forma frecuente se suele manejar para la valoración neuropsicológica del TDAH, ciertos test como: (32)

- la Prueba Continuous Performances Test (CPT),
- Prueba de Memoria de Trabajo de WISC-IV,
- Test de los Cinco Dígitos (FDT),
- Test de Stroop, y
- Test de Percepción de Diferencias-Revisado (CARAS-R) (32)

## **2.18 ESCALA DE EVALUACIÓN VANDERBILT**

Las escalas de evaluación, son instrumentos utilizados para el diagnóstico clínico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así también para diferenciar los subtipos expuestos en base a criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Las pruebas de desempeño así como los cuestionarios son utilizados como herramientas de evaluación, donde en ocasiones se necesita de ajustes, traducciones o de cambios en la manera de expresar para una mejor comprensión de las interrogantes (33).

Como medio de registro de aspectos relacionados con la conducta están los cuestionarios que forma parte de la evaluación del comportamiento del individuo, desde la perspectiva de los padres y los profesores acorde a su campo de desenvolvimiento. La calificación es en base a puntuaciones en donde hay valores asignados para cada reactivo; es así que a mayor puntuación los síntomas que se observen serán de más frecuencia (33).

La escala NICHQ Vanderbilt (National Initiative for Children's Healthcare Quality) es utilizada dentro del campo clínico debido a sus propiedades psicométricas para el descubrimiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), o así también para la indagación de mencionado trastorno (33).

Cabe señalar que la escala viene en sus dos versiones tanto en inglés como en español, una con 55 preguntas para los padres y otra con 43 preguntas para



los profesores; además se incluye la valoración de comorbilidades como el trastorno opositor desafiante, trastorno disocial, depresión y ansiedad (33).

### 2.18.1 Cuestionario de evaluación Vanderbilt para padres

#### **Síntomas:**

1. No presta atención a detalles, o comete errores descuidadamente como por ejemplo en las tareas escolares.
2. Tiene dificultad en prestar atención a las tareas o actividades que debe realizar.
3. Cuando se le habla directamente aparenta no escuchar.
4. No sigue instrucciones cuando se le dan y no completa las tareas.
5. Tiene dificultad en organizar sus tareas o actividades.
6. Evita, no le gustan, o no quiere comenzar tareas que requieran esfuerzo mental continuo.
7. Pierde cosas que necesita para tareas o actividades.
8. Se distrae con facilidad con ruidos u otros estímulos.
9. Es olvidadizo en sus actividades diarias.
10. Es inquieto con las manos o los pies, le resulta difícil permanecer sentado.
11. Se levanta de su asiento cuando se espera que permanezca sentado.
12. Corre o trepa cuando se espera que permanezca sentado.
13. Tiene dificultad en jugar actividades tranquilas.
14. Siempre está activo (como si tuviera un motor).
15. Habla demasiado.
16. Responde a las preguntas sin esperar que terminen de hacerlas.
17. Se le dificulta esperar su turno.
18. Entorpece o se incluye en las conversaciones o actividades de otros
19. Discute con los adultos.
20. Pierde la paciencia.
21. Recientemente se niega a cumplir las reglas de los adultos.
22. Molesta a propósito a otras personas.





23. Responsabiliza a otros por su mal comportamiento o sus equivocaciones.
24. Fácilmente se enoja con otros.
25. Se molesta fácilmente, es resentido.
26. Es rencoroso o vengativo
27. Intimida a otros.
28. Induce a la pelea con puñetazos.
29. Miente para su conveniencia o evitar responsabilidades.
30. Falta a la escuela sin autorización.
31. Es violento hacia otras personas.
32. Ha hurtado artículos de valor.
33. Destruye a propósito el bien ajeno.
34. Ha hecho uso de un arma que puede lastimar gravemente a otros individuos
35. Es violento con los animales físicamente
36. Ha propósito a prendido fuego para causar daño
37. Ha entrado en otra casa, carro o tienda de forma violenta
38. Ha pernoctado la noche fuera de su hogar sin autorización
39. Se ha ido de la casa sin autorización
40. Ha obligado a alguien a mantener actividad sexual
41. Es temeroso, impaciente o intranquilo
42. Tiene temor a realizar cosas nuevas por la desconfianza a cometer errores
43. Siente deseos de inferioridad o que no tiene valor
44. Siente culpabilidad ante los problemas
45. Se siente solo. Se lamenta que no lo quieren
46. No se siente feliz, está decaído, desanimado
47. Es inhibido y fácilmente se avergüenza

**Desempeño:**

48. Rendimiento general en la escuela
49. Lectura
50. Escritura



- 51. Matemáticas
- 52. Relación con los papás
- 53. Relación con hermanos/as
- 54. Relación con los compañeros
- 55. Colaboración en actividades organizadas (34).

**Fuente:** NICHQ Escala de evaluación Vanderbilt Información dada por uno de los Padres.

## 2.18.2 PUNTUACIÓN NICHQ VANDERBILT ESCALA DE EVALUACIÓN PARA PADRES

Interpretación de la escala:

### **TDAH subtipo predominante inatento**

- 6 de 9 ítems en las preguntas del 1-9, con una puntuación de 2 o 3,
- más un problema de rendimiento de las preguntas 48-55 con una puntuación de 4 o 5

### **TDAH subtipo predominante hiperactivo/impulsivo**

- 6 de 9 ítems en las preguntas del 10-18, con una puntuación de 2 o 3,
- más un problema de rendimiento de las preguntas 48-55 con una puntuación de 4 o 5

### **TDAH combinado**

- se requiere de los dos criterios mencionados anteriormente

### **TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE**

- 4 de 8 ítems en las preguntas del 19-26, con una puntuación de 2 o 3,
- más un problema de rendimiento de las preguntas 48-55 con una puntuación de 4 o 5

### **TRASTORNO DE CONDUCTA**

- 3 de 14 ítems en las preguntas del 27-40, con una puntuación de 2 o 3,
- más un problema de rendimiento de las preguntas 48-55 con una puntuación de 4 o 5

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN**

- 3 de 7 ítems en las preguntas del 41-47, con una puntuación de 2 o 3,
- más un problema de rendimiento de las preguntas 48-55 con una puntuación de 4 o 5 (35).

**Fuente:** Puntuación NICHQ Vanderbilt escala de evaluación para padres.



## **2.19 RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA**

La escuela “Ciudad de Cuenca” comenzó sus actividades en un local ubicado en la parroquia de San Blas, calle Bolívar, mismo lugar en el que funcionaba el CIAM, la cual era una empresa que se dedicaba a la elaboración de muebles y de dicho acto benéfico se obtuvieron los espacios físicos para la edificación de aulas que dió inicio el año escolar con ocho grados que incluía el jardín de infantes y además corte y confección (36).

Luego de esta iniciación comenzaron los constantes cambios de la escuela por diferentes sectores de la urbe y sumándose a esto que no contaba con un mobiliario para el desarrollo de las actividades educativas que brindara comodidad a sus alumnos y además de los graves problemas económicos. Finalmente ocupó las instalaciones de la Alianza Obrera del Azuay hasta el 2011; posteriormente y a través de gestiones de sus docentes recibieron la donación de un terreno en la parroquia Yanuncay para la construcción de la escuela (36).

A través de un Acuerdo Ministerial deciden el cambio de nombre por “Unidad Educativa Ciudad de Cuenca”, el mismo que se mantiene hasta la fecha (36).

### **2.19.1 Visión**

En los próximos cuatro años la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca se convertirá en una institución con liderazgo de innovación que formará estudiantes con visión crítica, emprendedora, promovedores de una cultura de paz, solidarios con el medio ambiente, aptos para desarrollarse y hacerle frente a los requerimientos de una sociedad (37).

### **2.19.2 Misión**

La Unidad Educativa Ciudad de Cuenca es una institución inclusiva que brinda una educación de calidad y calidez, a través de un ambiente metodológico activo-participativo, la misma que tendrá como fin formar niños niñas y adolescentes con valores, de pensamiento crítico, independientes y protectores de la naturaleza; enfocándose nuestra vocación en formar ciudadanos y ciudadanas con la capacidad de desenvolverse favorablemente dentro de una sociedad (37).



### **CAPÍTULO III**

#### **3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

##### **3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sus comorbilidades en niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, a través de la escala de valoración Vanderbilt para padres de familia.

##### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar la población de estudio según edad, sexo, lugar de residencia, tipo de familia, condición socioeconómica y comorbilidades.
- Aplicar la escala de valoración Vanderbilt a los padres de familia.
- Relacionar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad con la variable edad, sexo, lugar de residencia, tipo de familia, situación socioeconómica y comorbilidades.



## CAPÍTULO IV

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1 Diseño de Estudio

El diseño de la presente investigación es de tipo descriptivo transversal; en donde se realizó la aplicación de la escala de Vanderbilt a los padres de familia o representantes de los niños y niñas de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca.

#### 4.2 Área de Estudio

El presente estudio fue realizado en la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, la misma que está ubicada en:

Provincia: Azuay, Cantón: Cuenca, Parroquia: Yanuncay, entre las calles Juan Pío Montufar y Manuel de Cajíes.

#### 4.3 Universo y Muestra

##### 4.3.1 Universo

El universo estuvo conformado por los padres de familia de los niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca.

##### 4.3.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 50 padres de familia y para su cálculo se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N= 155 total población

Z= 1,96 confianza

p= proporción esperada = 0.05

q= 0.95

d= precisión 5%

$$n = \frac{155 \cdot 3.8416 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.0025 \cdot 154 + 3.8416 \cdot 0.05 \cdot 0.95} = 50$$



#### **4.4 Criterios de inclusión-exclusión**

##### **4.4.1 Criterios de inclusión:**

- Padres de familia o representantes de niños y niñas de seis años que acuden a la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca.
- Padres de familia que hayan aceptado participar de la investigación a través de la firma del consentimiento informado.

##### **4.4.2 Criterios de exclusión:**

- Padres de familia o representantes, cuyos niños o niñas presenten alguna patología y/o discapacidad.
- Padres de familia que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Padres de familia o representantes legales que presenten algún tipo de discapacidad.

#### **4.5 VARIABLES**

- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
- Edad
- Sexo
- Lugar de residencia
- Tipo de familia
- Situación socioeconómica
- Comorbilidades

**4.5.1 Variable dependiente:** trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

**4.5.2 Variables independientes:** Edad, sexo, lugar de residencia, tipo de familia, situación socioeconómica y comorbilidades.

#### **4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**4.6.1 Método:** El método utilizado fue descriptivo de corte transversal, en el que se manejó la escala de evaluación Vanderbilt para padres de familia de los niños que cumplieron con los criterios de inclusión.

**4.6.2 Técnica:** Las técnicas que se aplicaron en la presente investigación, fue una entrevista en la cual se obtuvieron datos necesarios para completar la ficha socioeconómica del INEC y el formulario de recolección de datos.



Los cuestionarios en donde se aplicó el instrumento de evaluación Vanderbilt, que se utilizó para encontrar o para determinar los trastornos por hiperactividad.

#### **4.6.3 Instrumento:**

Aplicación de instrumentos:

- Consentimiento informado (Anexo 1)
- Formulario de recolección de datos (autoría de la investigadora) (Anexo 2)
- Escala de evaluación de la conducta Vanderbilt (Anexo 3 )
- Ficha socioeconómica según el INEC (Anexo 4 )

#### **4.7 PROCEDIMIENTO**

- El procedimiento a seguirse contó en primera instancia con la gestión y autorización de la directora de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca.
- Conjuntamente y en coordinación con las docentes de los segundos años de educación básica se procedió, a través de reuniones virtuales socializar el proyecto de investigación con los padres de familia.
- Socialización y entrega de los consentimientos informados a los padres de familia o representantes legales de los niños.
- Aplicación de la Escala de Evaluación Vanderbilt a los padres de familia.
- Socialización de los resultados obtenidos.
- Charla dirigida a los docentes y padres de familia sobre el TDAH.
- Aplicación de la escala de evaluación Vanderbilt a través de plataformas virtuales como Zoom, llamadas de whatsapp, Google Meet, de acuerdo al medio que le sea más factible al padre de familia.

#### **4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Para la tabulación y análisis de los resultados del estudio se utilizó el software SPSS Statistics versión gratuita de Windows, Microsoft Excel 2013 y Microsoft Word 2013. Los datos se registraron en tablas simples, dobles o de doble entrada según las variables. Para las variables cualitativas se manejaron con porcentajes y frecuencia, mientras que para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

#### **4.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS**

##### **4.9.1 ASPECTOS ÉTICOS**



Se contó con la aprobación de la Comisión de Bioética de la Universidad de Cuenca para realizar esta investigación.

**Confidencialidad:** La información que se recolectó en el proyecto investigativo se guardó con total confidencialidad, la misma que se utilizó únicamente en el presente estudio; además cabe mencionar que se manejaron códigos alfa numéricos de identificación para cada participante, evitando de esta manera el uso de información personal.

**Consentimiento informado:** para obtener el consentimiento informado se procedió en primera instancia a socializar dicho proyecto de investigación con los padres de familia; a través de una reunión por la plataforma virtual zoom, en donde se dió lectura al consentimiento informado y a la vez dado a conocer el objetivo de estudio de la investigación en términos apropiados y de fácil comprensión despejando todas las dudas de cómo se llevó a cabo. Cabe mencionar que se citó a los padres de familia en diferentes horarios a la Unidad Educativa, respetando todas las medidas de bioseguridad para la obtención del consentimiento informado en forma física.

**Protección de la población vulnerable:** no aplicó, ya que la población de estudio son los padres de familia y/o representantes.

**Balance riesgo-beneficio:**

**Riesgo:** dicho estudio representó un mínimo riesgo, por la incomodidad que pudo ocasionar al padre de familia cierta pregunta al momento de completar la ficha socioeconómica, para lo que se respetó responder o no esa pregunta.

Se suscitaron problemas de conectividad al momento de aplicar la entrevista o cuestionario, para lo cual se estableció otro horario para continuar con la entrevista.

**Beneficio:** el beneficio que obtuvimos fue conocer la prevalencia de los niños y niñas que presentan TDAH, el mismo que permitió detectarse tempranamente para la elaboración de un plan de intervención oportuno con los profesionales correspondientes.

**Declaración de conflicto de intereses:** declaro no tener ningún conflicto de intereses ya que no estoy recibiendo ni brindando alguna remuneración económica.





## 4.10 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

### 4.10.1 RECURSOS HUMANOS

#### Directos:

Niños y niñas

Padres de familia de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca

Autora: Alexandra León

Directora: Mgst. Isabel Clavijo

#### Indirectos:

Directora Mgst. Mariana Chica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca.

Docentes de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca.

### 4.10.2 RECURSOS MATERIALES

Los materiales que se necesitaron para la evaluación fueron:

- Disposición de medios electrónicos como: computadora, tablet, celular, etc.
- Contar con servicio de internet.
- Ficha de la escala de evaluación Vanderbilt.
- Ficha socioeconómica

### 4.11 PRESUPUESTO

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO
Internet	35.50	\$213.00
Movilización	10.00	\$25.00
Material de oficina	5.00	\$10.00
Copias	5.00	\$10.00
Computador	300.00	\$300.00
	<b>TOTAL</b>	<b>\$558.00</b>



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS DE LAS TABLAS

Con la culminación de recolección de datos en el estudio titulado: “EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021”, se obtuvieron los siguientes resultados:

**TABLA N° 1**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica según: **edad**.

VARIABLES	FRECUENCIA	%
<b>EDAD</b>		
6 años a 6 años 6 meses	24	48
6 años 7 meses a 6 años 11 meses	26	<b>52</b>
<b>Total</b>	50	100
Media: 6 años 6 meses		
Mediana: 6 años 8 meses		
Moda: 6 años 11 meses		

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** De los 50 niños y niñas evaluados observamos que hay un leve despunte para la edad de 6 años 7 meses a 6 años 11 meses, con el 52%.

La media de la edad es de 6 años 6 meses, la mediana representa los 6 años 8 meses y la moda corresponde a 6 años 11 meses.

**TABLA N° 2**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica según: **sexo**.

VARIABLES	FRECUENCIA	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	31	<b>62</b>
Femenino	19	38
<b>Total</b>	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El mayor porcentaje pertenece al sexo masculino con un 62%.

**TABLA N° 3**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica según: **lugar de residencia**

VARIABLES	FRECUENCIA	%
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
Urbana	23	46
Rural	27	<b>54</b>
<b>Total</b>	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El 54% pertenece a la zona rural y el 46% corresponde a la zona urbana.



TABLA N° 4

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica según: **tipo de familia**

VARIABLES	FRECUENCIA	%
<b>TIPO DE FAMILIA</b>		
Monoparental	7	14
Nuclear	21	42
Extensa	22	44
<b>Total</b>	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** De acuerdo al tipo de familia, el 44% pertenece a un tipo de familia extensa y el 14% a una familia monoparental.

**TABLA N° 5**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación según:  
**situación socioeconómica**

VARIABLES	FRECUENCIA	%
<b>CONDICION</b>		
<b>SOCIOECONOMICA</b>		
Alto	0	0
Medio Alto	3	6
Medio típico	18	36
Medio bajo	27	<b>54</b>
Bajo	2	<b>4</b>
<b>Total</b>	50	100

**Fuente:** Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. INEC

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** De acuerdo a la situación socioeconómica, el 54% presenta una condición socioeconómica medio baja y el 4% muestra condición socioeconómica baja.

**TABLA N° 6**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica según: **Escala de Evaluación Vanderbilt**

<b>ESCALA DE EVALUACIÓN VANDERBILT</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Sin presencia de TDAH	15	30
TDAH predominio inatento	16	<b>32</b>
TDAH predominio hiperactivo-impulsivo	9	<b>18</b>
TDAH de tipo combinado	10	20
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** Con respecto a la escala de evaluación Vanderbilt, se observa que el 70% presenta algún tipo de TDAH.

**TABLA N° 7**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica según: **comorbilidades**

<b>COMORBILIDADES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Trastorno oposicional desafiante	7	14
Trastorno de conducta	1	2
Ansiedad/depresión	1	2
Sin presencia de comorbilidad	41	82
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El 18% presenta algún tipo de comorbilidad y sin presencia de TDAH.



**TABLA N° 8**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, según relación de la Escala de Evaluación Vanderbilt para padres de familia con **edad**.

Edad	Escala Vanderbilt								Total	
	TDAH predominio Inatento		TDAH predominio hiperactivo-impulsivo		TDAH de tipo combinado		Sin presencia de TDAH			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
6 años a 6 años 6 meses	10	<b>20</b>	5	10	6	12	3	6	24	48
6 años 7 meses a 6 años 11 meses	6	<b>12</b>	4	8	4	8	12	24	26	52
Total	16	32	9	18	10	20	15	30	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** León Alexandra

**Interpretación:** De los niños y niñas evaluados se evidencia que en las edades, de 6 años a 6 años 6 meses y de 6 años 7 meses a 6 años 11 meses, predomina el TDAH inatento con el 20% y 12% respectivamente.

**TABLA N° 9**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, según relación de la Escala de Evaluación Vanderbilt para padres de familia con **sexo**.

Sexo	Escala Vanderbilt								Total	
	TDAH predominio Inatento		TDAH predominio hiperactivo-impulsivo		TDAH de tipo combinado		Sin presencia de TDAH			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	10	<b>20</b>	6	12	9	18	6	12	31	62
Femenino	6	12	3	6	1	<b>2</b>	9	18	19	38
Total	16	32	9	18	10	20	15	30	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El 20% tiene TDAH de predominio inatento y pertenecen al sexo masculino; mientras que el 2% presenta TDAH de tipo combinado y pertenece al sexo femenino.

**TABLA N° 10**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, según relación de la Escala de Evaluación Vanderbilt para padres de familia con **lugar de residencia**.

Lugar de residencia	Escala Vanderbilt								Total	
	TDAH predominio Inatento		TDAH predominio hiperactivo-impulsivo		TDAH de tipo combinado		Sin presencia de TDAH			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Urbana	6	12	4	<b>8</b>	4	<b>8</b>	9	18	23	46
Rural	10	<b>20</b>	5	10	6	12	6	12	27	54
Total	16	32	9	18	10	20	15	30	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El 20% presenta TDAH de predominio Inatento y su lugar de residencia se encuentra en la zona rural y el 8% presenta TDAH de tipo hiperactivo-impulsivo y tipo combinado; y su lugar de residencia es la zona urbana.

**TABLA N° 11**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, según relación de la Escala de Evaluación Vanderbilt para padres de familia con **tipo de familia**.

Tipo de familia	Escala Vanderbilt								Total	
	TDAH predominio Inatento		TDAH predominio hiperactivo-impulsivo		TDAH de tipo combinado		Sin presencia de TDAH			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Monoparental	1	2	3	6	2	4	1	2	7	14
Nuclear	9	18	1	2	5	10	6	12	21	42
Extensa	6	12	5	10	3	6	8	16	22	44
Total	16	32	9	18	10	20	15	30	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El 18% presenta TDAH de predominio inatento, de familia nuclear; el 2% presenta TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo, de familia nuclear; y sin presencia de TDAH 2% y de familia monoparental respectivamente.

**TABLA N° 12**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, según relación de la Escala de Evaluación Vanderbilt para padres de familia con **situación socioeconómica**.

Situación socioeconómica	Escala Vanderbilt								Total	
	TDAH predominio Inatento		TDAH predominio hiperactivo-impulsivo		TDAH de tipo combinado		Sin presencia de TDAH			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Medio Alto	1	2	0	0	0	0	2	4	3	6
Medio Típico	6	12	2	<b>4</b>	3	6	7	14	18	36
Medio Bajo	9	<b>18</b>	6	12	6	12	6	12	27	54
Bajo	0	0	1	2	1	2	0	0	2	4
Total	16	32	9	18	10	20	15	30	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El 18% presenta TDAH de predominio inatento y es de situación socioeconómica medio bajo; y el 4% presenta TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo y pertenece a una situación socioeconómica medio típico.

**TABLA N° 13**

Distribución de los 50 niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, según relación de la Escala de Evaluación Vanderbilt para padres de familia con **comorbilidades**.

Comorbilidades	Escala Vanderbilt								Total	
	TDAH predominio Inatento		TDAH predominio hiperactivo-impulsivo		TDAH de tipo combinado		Sin presencia de TDAH			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Con Comorbilidad	0	0	0	0	0	0	9	<b>18</b>	9	18
Sin comorbilidad	16	<b>32</b>	9	18	10	20	6	12	41	82
Total	16	32	9	18	10	20	15	30	50	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos-Escala Vanderbilt

**Autora:** Alexandra León

**Interpretación:** El 32% de predominio inatento no presenta comorbilidad con respecto a relación con TDAH, y el 18% presenta algún tipo de comorbilidad, pero no cumplen con los criterios diagnósticos para TDAH.



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

La detección e intervención de manera temprana a niños y niñas con TDAH, resulta importante, no solo para reducir el efecto que implicaría para el niño y la familia; sino también para mejorar la calidad de vida en la infancia y adolescencia y de esta manera prevenir posibles problemas que pudieran presentarse en la adultez.

La presente investigación fue llevada a cabo en la Unidad Educativa “Ciudad de Cuenca”, con el objetivo de determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sus comorbilidades en niños y niñas de segundo año de educación básica a través de la escala de valoración Vanderbilt para padres de familia.

En relación a la variable **edad**, un estudio realizado en República Dominicana, en el Hospital Infantil Robert Reid Cabral, titulado “**Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en pacientes de 6 a 12 años, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, durante el período noviembre 2016-abril 2017**”, llevado a cabo por Morillo Z, Guzmán D; en donde la muestra poblacional estuvo conformada por 76 pacientes, con edades comprendidas entre 6 a 12 años; lo cual determinó que la edad más frecuente está entre 6-8 años, con un 68,4%; 9-10 años 18,4% y de 11-12 con 13,2%. Con relación al presente estudio tenemos que el 52% corresponde a la edad de 6 años 7 meses a 6 años 11 meses, con lo que se estaría corroborando la información del presente estudio ubicándolo dentro del grupo etario (13).

Con respecto a la variable **sexo**, un estudio llevado a cabo en un centro de salud Cerro del Aire de Majadahonda de la ciudad de Madrid-España, con el título “**Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana**”, realizado por Rodríguez C, González M, Arroba M y Cabello L; donde el 23,15% corresponde al sexo femenino y el 76,85% al masculino. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede corroborar con la presente investigación debido a que el 62% pertenece al sexo masculino y el 38% al sexo femenino (38).

En lo que concierne a **lugar de residencia**, un estudio realizado en Valladolid Este, titulado: “**Prevalencia del trastorno por déficit de atención e**



**hiperactividad en el área de Valladolid Este**”, elaborado por Sánchez C; resultando prevalente la zona urbana con el 62,26% y la zona rural con un 37,74%. Datos que difieren con el presente estudio ya que él 46% pertenece a la zona urbana y el 54% a la zona rural (39).

En lo que respecta a la variable **tipo de familia**, un estudio mencionado anteriormente titulado **“Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en pacientes de 6 a 12 años, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, durante el período noviembre 2016-abril 2017”**, en donde el tipo de familia más frecuente fue la nuclear con 48,7%. Datos estadísticos que difieren con el presente estudio, puesto que el 44% pertenece a un tipo de familia extensa (13).

Con respecto a la variable **nivel socioeconómico**, en un estudio mencionado ya anteriormente titulado **“Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en pacientes de 6 a 12 años, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, durante el período noviembre 2016-abril 2017”**, se evidenció que el 80,3% presenta un nivel socioeconómico bajo. Datos que difieren con el presente estudio ya que el 54% corresponde al nivel medio bajo (13).

En lo que respecta al tipo TDAH según **Vanderbilt**, una investigación titulada **“Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima”**, elaborado por Ortiz M, Livia J y Vásquez J, y llevada a cabo en el distrito de San Martín de Porres, de la zona norte de Lima; en donde con respecto a la prevalencia por subtipo, se encontró el 56% para el combinado, el 26% para el inatento y por último el 17% para el subtipo hiperactivo; lo cual difiere con los datos obtenidos del presente estudio, debido a que el 32% corresponde al inatento, seguido del 20% de tipo combinado y el 18% para el hiperactivo impulsivo (40).

Con respecto a la variable **comorbilidades**, un estudio titulado **“Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín”**; realizado por Ricardo C, Álvarez M y Rodríguez M, tenemos que el 61% presentó comorbilidad, resultando de mayor frecuencia el Trastorno Oposicional Desafiante con TDAH, con un 35,6%. Información que no se correlaciona con el presente estudio, puesto que el 18% presenta algún tipo de





comorbilidad, donde el 14% corresponde para el Trastorno Oposicional Desafiante pero sin presencia de TDAH (41).



## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. CONCLUSIONES

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca, con una muestra poblacional de 50 niños y niñas de segundo año de educación básica, donde se concluye que:

- En cuanto a la **edad**, del total de la muestra de estudio tenemos que el 52% corresponde a la edad de 6 años 7 meses a 6 años 11 meses, por lo que resulta conocido que la edad más eficaz para detectar el TDAH es la que corresponde a este grupo etario.
- Con respecto al **sexo**, el de mayor prevalencia pertenece al masculino con un 62%, información que es corroborada por la bibliografía existente con una relación de 2:1, de hombres y mujeres.
- Con relación al **lugar de residencia**, se muestra que el 54% pertenece a la zona rural y el 46% corresponde a la zona urbana; en donde se puede observar que no hay relevancia del lugar de residencia al que pertenece para tener este diagnóstico.
- En lo concerniente al **tipo de familia**, el 44% presenta un tipo de familia extensa y el 14% corresponde a una familia monoparental, panorama que pone de manifiesto el contexto familiar actual, con los diversos tipos de familia existentes hoy en día.
- De acuerdo a la **situación socioeconómica**, se tiene que el 54% posee una condición socioeconómica medio bajo y el 4% muestra condición socio económica bajo; por ende esta variable no tendría significancia para dicho diagnóstico.
- Con referencia al diagnóstico del TDAH, a través de la **escala de evaluación Vanderbilt**, misma que es considerada como una de las óptimas para diagnosticar tempranamente este trastorno, conviene señalar que el 70% presenta algún tipo de TDAH, resultando de mayor prevalencia el subtipo predominante inatento con el 32%.



- En cuanto a **comorbilidades**, resulta de importancia la identificación de mencionadas alteraciones, ya que juegan un papel muy importante en el diagnóstico del TDAH; coincidiendo con esto tenemos, que el 18% presenta algún tipo de comorbilidad, del cual el 14% corresponde para el trastorno Oposicional Desafiante.
- En cuanto a la correlación del diagnóstico del TDAH, a través de la **escala de evaluación Vanderbilt y edad**; en este estudio se evidencia que en las edades, de 6 años a 6 años 6 meses y de 6 años 7 meses a 6 años 11 meses, predomina el TDAH inatento con el 20% y 12% respectivamente.
- Con respecto a la correlación del diagnóstico del TDAH, a través de la **escala de evaluación Vanderbilt y sexo**; en este estudio se muestra que el 20% tiene TDAH de predominio inatento y pertenecen al sexo masculino.
- En referencia al diagnóstico del TDAH, a través de la **escala de evaluación Vanderbilt y lugar de residencia**; en este estudio se puede observar que el 20% presenta TDAH de predominio Inatento y su lugar de residencia se encuentra en la zona rural.
- En cuanto a la correlación del diagnóstico del TDAH, a través de la **escala de evaluación Vanderbilt y tipo de familia**; en este estudio tenemos que el 18% presenta TDAH de predominio inatento y pertenece al tipo de familia nuclear.
- De acuerdo a la correlación del diagnóstico del TDAH, a través de la **escala de evaluación Vanderbilt y situación socioeconómica**; en este estudio el 18% presenta TDAH de predominio inatento y de situación socioeconómica medio bajo.
- Respecto a la correlación del diagnóstico del TDAH, a través de la **escala de evaluación Vanderbilt y comorbilidades**; en este estudio se evidencia que el 32% de predominio inatento no presenta comorbilidad



con respecto a la relación con TDAH, y el 18% presenta algún tipo de comorbilidad, pero no cumplen con los criterios diagnósticos para TDAH.

## **7.2. RECOMENDACIONES:**

Resulta ser de vital importancia la educación y el cuidado que el niño recibe dentro de su hogar; ya que los padres constituyen el elemento protector y trascendental para disminuir el impacto de lo que vendría siendo el TDAH. Por lo puesto en manifiesto se mencionan las siguientes recomendaciones:

- Realizar evaluaciones a los niños y niñas por parte de personal calificado, dentro de las unidades educativas para de esta manera detectar tempranamente posibles trastornos de TDAH.
- Involucrar a los padres de familia y dar a conocer información respecto al TDAH, para saber cómo actuar ante cualquier inconveniente que se suscite dentro del hogar.
- Establecer rutinas con tareas cortas que deseamos que el niño las realice y que servirán como apoyo al momento de recordar las actividades con órdenes claras y sencillas; además de descubrir sus habilidades, con el propósito de generar confianza en sí mismo.
- Fortalecer la relación entre padres e hijos, es decir dedicándole tiempo, mostrando interés en las cosas que son significativas para el niño/a y lo más importante compartiendo tiempo de calidad; de tal modo que se favorezca el vínculo afectivo de padres e hijos.



## CAPÍTULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Llanos L, García D, González H. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet] 2019 [citado 26 Marzo 2021]; 21-e101-e108. Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e101.pdf>
2. Fernandes S, Piñón A. Concepto, evolución y etiología del TDA. [Internet]. 2017 [citado 26 Marzo 2021]. Disponible en: <Hhttp://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/2091/1/Concepto%2c%20evoluci%c3%b3n%20y%20etiolog%c3%ada%20del%20TDAH.pdf>
3. Valmore M. Gene FTO: Aspectos históricos y su relación con enfermedades crónicas no comunicables. Rev Latinoamericana de Hipertensión. [Internet]. 2018 [citado 28 Marzo 2021]; 13(2). Disponible en: [http://www.revhipertension.com/rlh\\_2\\_2018/5\\_fto\\_gene.pdf](http://www.revhipertension.com/rlh_2_2018/5_fto_gene.pdf)
4. Vargas M, Martínez JI, Fernández L. Estudio de prevalencia por déficit de atención e hiperactividad en niños en régimen de acogimiento residencial. Rev de Psiquiatría Infanto-Juvenil. [Internet]. 2017 [citado 30 Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/13/13>
5. Cuenca D, Garcés M. Evaluación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, utilizando como método la aplicación de la escala Snap-iv abreviado comparado con la escala de Conners y Vanderbilt, en niños de 4 a 14 años de edad de la “unidad educativa el Carmen” de la provincia de Manabí y en la escuela de educación básica particular “Betel” de la provincia de Loja. [Internet] 2020 [citado 10 Octubre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18667/8%20TESIS%20%20doctora%20Garces%20Cuenca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Flores M. Detección temprana de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad en los niños de seis a once años de edad en la escuela



- superior Arzobispo Serrano de la ciudad de Cuenca. [Internet] 2014 [citado 10 Octubre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9430/DRA.%20MARR%c3%8dA%20JOS%c3%89%20FLORES%20MOYANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Terán A. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD Y USO DE SUSTANCIAS. [Internet] 2020, Buenos Aires [citado 30 Marzo 2021]; 80(II): 76-79. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s2/76.pdf>
  8. Álava S, Cantero M, Garrido H, Sánchez I, Santacreu J. Más Atención Sostenida y Selectiva en subtipos de TDAH y en Trastorno de Aprendizaje: una comparación clínica. [Citado 1 Abril 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/3778-14837-1-PB.pdf>
  9. Papalia E, Martorell G. Desarrollo humano. [Internet] 2015 [citado 6 Agosto 2021]. Disponible en: <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0250.%20Desarrollo%20humano.pdf>
  10. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. [Internet]. 2014 [citado 2 Abril 2021] Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Desktop/TESIS/DSM%205%20\(Panamericana\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Desktop/TESIS/DSM%205%20(Panamericana)%20(1).pdf)
  11. Valda V. Suñagua R, Coaquira R. Estrategias de intervención para niños y niñas con tdah en edad escolar. [Internet] 2018 [citado 15 Noviembre 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n20/n20\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n20/n20_a10.pdf)
  12. Belmar M. Propiedades Psicométricas del Inventario CABI Para la Determinación del TDAH. [Internet]. 2020 [citado 6 Agosto 2021]



- Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2020/12/2631-2581-rneuro-29-03-00031.pdf>
13. Morillo Z, Guzmán D. Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pacientes de 6 a 12 años, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, durante el periodo noviembre 2016- abril 2017 Ciencia y Salud [Internet]. 2018 [citado 3 Diciembre 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeTrastornoPorDeficitDeAtencionEHiperac-7139857.pdf>
  14. Rusca F, Cortez C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev Neuropsiquiatr. [Internet]. 2020 [citado 11 Agosto 2021]; 83(3): 148-156. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3794/4274>
  15. Insa I. ANÁLISIS DE LA PSICOPATOLOGÍA PARENTAL DE LOS NIÑOS CON TDAH. [Internet] 2019 [citado 10 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/670638/IIP\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/670638/IIP_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  16. Rodríguez C. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE CUIDADORES Y CONTEXTO FAMILIAR EN NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO, FEBRERO 2017. [Internet]. 2017 [citado 20 Agosto 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13278/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  17. Zuluaga J, Fandiño D. Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. Rev. Fac. Med. [Internet] 2017 [citado 10 Septiembre 2021]; 65(1): 61-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00061.pdf>
  18. Cárdenas D. RELACIÓN ENTRE LAS COMORBILIDADES DE TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE, ANSIEDAD O



- DEPRESIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 8 A 12 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO DEL IESS, ENTRE ENERO 2017 A SEPTIEMBRE 2018. . [Internet] 2019 [citado 15 Septiembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16756/TESIS%20TDAH%20DANIELA%20CARDENAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Morillo Z, Suárez S, Santiago S, Guzmán D, Fiallo M, Louis I. Protocolo de Manejo del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en Niños, Niñas y Adolescentes. [Internet] 2018 [citado 20 Septiembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/922/Protocolo%20de%20Manejo%20del%20Trastorno%20Negativista%20Desafiante%20%28TND%29%20en%20Ninos%2C%20Ninas%20y%20Adolescentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  20. L.S. E. Trastornos del comportamiento. Rev Formación de la Sociedad Española. [Internet] 2020 [citado 3 Octubre 2021]; VIII(1). Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCER E/vol8num1-2020/3%20Tema%20de%20revision%20-%20Trastornos%20del%20comportamiento.pdf>
  21. Álvarez S, Pinel A. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN MI AULA INFANTIL. [Internet] 2015 [citado 10 Octubre 2021]; 26(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3382/338245392008.pdf>
  22. López C. COMPORTAMIENTO HUMANO Y VALORES. [Citado 15 Octubre 2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/6997-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7145-1-10-20141010%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/6997-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7145-1-10-20141010%20(2).pdf)
  23. Bleger J. Conducta. [Citado 20 Octubre 2021]. Disponible en: <http://files.psicologiaisef.webnode.com.uy/200000006-6ccee6ebdb/Psicologia%20de%20la%20conducta.%20Bleger.pdf>
  24. Huerta A. EL SENTIDO DE PERTENENCIA Y LA IDENTIDAD COMO DETERMINANTE DE LA CONDUCTA, UNA PERSPECTIVA DESDE EL





- PENSAMIENTO COMPLEJO. [Internet] 2017 [citado 20 Octubre 2021]; 9(16). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ierediech/v9n16/2448-8550-ierediech-9-16-83.pdf>
25. Arcos J. teorías que sustentan el desarrollo socio afectivo en la infancia. [Internet] 2018, Lima-Perú [citado 21 Octubre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/3281/MONOGRAF%C3%8DA%20-%20ARCOS%20VELASQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Leiva L, Zuleta L. Desarrollo Cognitivo en la Etapa Preescolar y Escolar. [Internet] 2020 [citado 21 Octubre 2021]. Disponible en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20622/1/2020\\_desarrollo\\_cognitivo\\_preescolar.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20622/1/2020_desarrollo_cognitivo_preescolar.pdf)
27. Torres V, Herrera L, Gálvez I, Noriega G, Montenegro M. Hábitos de vida saludable y su impacto en el rendimiento de la prueba TERCE en niños panameños en edad escolar. [Internet] 2019 [citado 30 Octubre 2021]; 39(4):116-121. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/TORRES.pdf>
28. Guerra N, Williamson A, Lucas-Molina B. DESARROLLO NORMAL INFANCIA Y ADOLESCENCIA. [Internet] 2018 [citado 30 Octubre 2021]. <https://iacapap.org/content/uploads/A.2.-Desarrollo-Spanish-2018.pdf>
29. Universidad Nacional Autónoma de México. CONCEPTO DE EVALUACIÓN Y LOS NIVLES COGNITIVOS. [Internet] 2015 [citado 4 Noviembre 2021]. Disponible en: [https://nanopdf.com/download/concepto-de-evaluacion-y-los-niveles-inicio\\_pdf](https://nanopdf.com/download/concepto-de-evaluacion-y-los-niveles-inicio_pdf)
30. Córdoba F. La evaluación de los estudiantes: una discusión abierta. Rev Iberoamericana de Educación. [Internet] 2015 [citado 4 Noviembre 2021]. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/1388Cordoba-Maq.pdf>



31. Martínez J. LA EVALUACIÓN: CONCEPTOS, FUNCIONES Y TIPOS. CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC. [Internet] 2015 [citado 10 Noviembre 2021]. Disponible en: [https://eduvirtual.cuc.edu.co/moodle/pluginfile.php/536832/mod\\_resource/content/0/la%20evaluaci%C3%B3n.pdf](https://eduvirtual.cuc.edu.co/moodle/pluginfile.php/536832/mod_resource/content/0/la%20evaluaci%C3%B3n.pdf)
32. Carreño M, Gatica S. DETERMINACIÓN DE LA CORRELACIÓN EN EL USO DEL CUESTIONARIO DE VANDERBILT Y LA APLICACIÓN DE PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL. Rev. De Salud Pública y Nutrición. [Internet] 2019 [citado 19 Noviembre 2021]; 18(2). Disponible en. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2019/spn192a.pdf>
33. Herrán E, Ortiz R, Herrán A, Rodríguez A, García A. Una revisión narrativa de las escalas de evaluación usadas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. [Internet] 2014 [citado 15 Abril 2021]; 14(1). Disponible en: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Enero-febrero2014/PDF/medwave.2014.01.5887.pdf>
34. NICHQ Escala de evaluación Vanderbilt Información dada por uno de los Padres. [Citado 20 Noviembre 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Desktop/TESIS/vanderbilt%20para%20padres.pdf>
35. Puntuación NICHQ Vanderbilt escala de evaluación para padres. [Citado 20 Noviembre 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Desktop/TESIS/Puntuacion%20NICHQ%20Vanderbilt%20escala%20padres.pdf>
36. Información Institucional. Historia. [Internet] 2019. [Citado 22 Abril 2021] Disponible en: <https://uecc.edu.ec/index.php/nosotros/historia#:~:text=La%20escuela%20ciudad%20de%20cuenca,las%20que%20se%20inicio%20el>
37. Información Institucional. Visión y Misión. [Internet] 2019. Disponible en: [https://uecc.edu.ec/index.php/nosotros/historia#:~:text=La%20escuela%](https://uecc.edu.ec/index.php/nosotros/historia#:~:text=La%20escuela%20)



- 20ciudad%20de%20cuenca,las%20que%20se%20inicio%20el Rico-  
Moreno J, Tárraga-Mínguez R. Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. [Internet]. 2016 [citado 30 Abril 2021]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.3.217031/196811>
38. Rodríguez C, González M, Arroba M y Cabello L. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. [Internet]. 2017 [citado 10 Diciembre 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19n76/1139-7632-pap-21-76-00311.pdf>
39. Sánchez C. PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE VALLADOLID ESTE. [Internet]. 2017 [citado 10 Diciembre 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211107494.pdf>
40. Ortiz M, Livia J, Vásquez J. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima. [Internet]. 2017 [citado 20 Diciembre 2021]; 6(1). Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/150/142>
41. Ricardo C, Álvarez M y Rodríguez M. Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. Rev Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. 2015 [citado 18 Diciembre 2021]; 44(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80641383008.pdf>

**CAPÍTULO IX****ANEXO 1.****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: “ **EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021**”

Datos de la persona que llevará a cabo la investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador	Libia Alexandra León	0104837034	Universidad de Cuenca

**¿De qué se trata el documento?**

Usted está invitado(a) a participar en este estudio como representante de su hijo(a) que se realizará en la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca. En este documento llamado “consentimiento informado” se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario lea el documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

**Introducción**

La detección temprana de problemas concernientes al trastorno por déficit de atención/hiperactividad será de vital importancia para una pronta intervención de los niño/as de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca. El presente proyecto de investigación tiene como fin conocer si los niños/as presentan TDAH, en donde se socializarán los resultados con los padres de familia, las docentes y además se



brindarán charlas alusivas al tema.

### **Objetivo del estudio**

El objetivo de estudio es evaluar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad a niños y niñas de segundo año de educación básica de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca a través de la escala de valoración Vanderbilt para padres de familia.

### **Descripción de los procedimientos**

Los procedimientos a realizarse serán:

- Autorización de la directora de la Unidad Educativa Ciudad de Cuenca.
- Socialización del proyecto a docentes de aula y padres de familia.
- Recepción de inquietudes.
- Firma del consentimiento informado
- Aplicación de la Escala de Evaluación Vanderbilt.
- Aplicación de la encuesta de la ficha socioeconómica.
- Socialización de los resultados obtenidos a través de la herramienta Vanderbilt.
- Conferencia dirigida a los padres de familia a cerca del TDAH.

### **Riesgos y beneficios**

#### **Riesgos:**

Los riesgos presentados para este estudio estarán considerados como mínimos ya que podría darse dificultades en la conexión de internet, distracciones debido a factores externos y el ambiente físico no sea adecuado para la aplicación de la escala de evaluación.

#### **Beneficios:**

Los beneficios a obtenerse serán de importancia porque permitirá conocer si el niño o niña presenta TDAH, y la detección e intervención de manera temprana frente a problemas que pudiera presentar el niño/a como lo es en el aprendizaje.

### **Otras opciones si no participa en el estudio**

Tenga presente que de no aprobar la participación de su representado en



mencionado proyecto de investigación, pues usted tiene como opción buscar medios alternativos como asistir de forma personal a entes competentes para la respectiva evaluación.

### **Derechos de los participantes**

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 11) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984868555 que pertenece a Alexandra León o envíe un correo electrónico a [alexandra.leon23@ucuenca.edu.ec](mailto:alexandra.leon23@ucuenca.edu.ec)

### **Consentimiento informado**



Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante		Firma del/a participante	Fecha
Libia Alexandra León			
Nombres completos de la investigadora		Firma de la investigadora	Fecha



**ANEXO 2.**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD**

**Ficha de recolección de datos**

Proyecto de Investigación: "EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021"

Código: 

--	--	--

 Fecha de la evaluación: 

--	--	--

Fecha de nacimiento: 

--	--	--

Edad: 

--	--	--

Resultado de la escala de evaluación Vanderbilt: \_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_





**MARQUE LA OPCIÓN DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA:**

- Familia Nuclear ( )
- Familia Monoparental ( )
- Familia Extensa ( )



### **ANEXO 3.**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD**

**Ficha escala de evaluación Vanderbilt**

Proyecto de Investigación: "EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021"



### NICHQ Escala de Evaluación Vanderbilt --- Información dada por uno de los Padres

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de los Padres: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Cada calificación debe ser considerada en el contexto de lo que es adecuado para la edad de su hijo/a. Por favor, cuando complete este formulario, piense sobre el comportamiento de su hijo/a en los últimos seis meses.

Esta evaluación está basada en un tiempo cuando el niño  Tomaba medicamentos  No tomaba medicamentos  No estoy segura

Síntomas	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. No presta atención a detalles, o comete errores descuidadamente con, por ejemplo, las tareas escolares _____	0	1	2	3
2. Tiene dificultad en prestar atención a las tareas o actividades que debe realizar _____	0	1	2	3
3. Cuando se le habla directamente aparenta no escuchar _____	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones que se le dan y no completa las tareas (no es porque se niegue a hacerlas o porque no comprende) _____	0	1	2	3
5. Tiene dificultad en organizar sus tareas o actividades _____	0	1	2	3
6. Evita, no le gustan, o no quiere comenzar tareas que requieran esfuerzo mental continuo _____	0	1	2	3
7. Pierde cosas que necesita para tareas o actividades _____	0	1	2	3
8. Se distrae con facilidad con ruidos u otros estímulos _____	0	1	2	3
9. Es olvidadizo en sus actividades diarias _____	0	1	2	3
10. Es inquieto con las manos o los pies, le es difícil permanece sentado _____	0	1	2	3



11.	Se levanta de su asiento cuando se espera que permanezca sentado _____	0	1	2	3
12.	Corre o trepa cuando se espera que permanezca sentado _____	0	1	2	3
13.	Tiene dificultad en jugar actividades tranquilas _____	0	1	2	3
14.	Está siempre activo "como si tuviera motor" _____	0	1	2	3
15.	Habla demasiado _____	0	1	2	3
16.	Responde a las preguntas sin esperar que terminen de hacerlas _____	0	1	2	3
17.	Se le hace difícil esperar su turno _____	0	1	2	3
18.	Interrumpe o se incluye en las conversaciones o actividades de otros _____	0	1	2	3
19.	Discute con los adultos _____	0	1	2	3
20.	Pierde la paciencia _____	0	1	2	3
21.	Se niega enérgicamente a cumplir o satisfacer los pedidos o reglas de los adultos _____	0	1	2	3
22.	Molesta intencionalmente a otras personas _____	0	1	2	3
23.	Culpa a otros por sus errores o mal comportamiento _____	0	1	2	3
24.	Es muy quisquilloso, se molesta fácilmente con otros _____	0	1	2	3
<hr/>					
25.	Se enfada con facilidad, es resentido _____	0	1	2	3
26.	Es rencoroso o vengativo _____	0	1	2	3
27.	Atemoriza, amenaza, o intimida a otros _____	0	1	2	3
28.	Incita a pelear a puñetazos _____	0	1	2	3
29.	Miente para obtener cosas o evitar obligaciones _____	0	1	2	3
30.	Falta a la escuela sin permiso de sus padres o maestros _____	0	1	2	3
31.	Es físicamente cruel hacia otras personas _____	0	1	2	3
32.	Ha robado artículos de valor _____	0	1	2	3

Síntomas menudo	Nunca	A veces	A menudo	Muy a	
33.	Destruye intencionalmente la propiedad de otros _____	0	1	2	3
34.	Ha usado un arma que puede herir seriamente a otras personas _____	0	1	2	3
35.	Es físicamente cruel con animales _____	0	1	2	3
36.	Ha encendido fuego intencionalmente para causar daño _____	0	1	2	3
37.	Ha ingresado con violencia en otra casa, tienda, o carro _____	0	1	2	3
38.	Ha pasado la noche fuera de su casa sin permiso _____	0	1	2	3
39.	Se ha marchado de la casa sin aviso _____	0	1	2	3
40.	Ha forzado a alguien a mantener actividad sexual _____	0	1	2	3
41.	Es temeroso, ansioso, o preocupado _____	0	1	2	3
42.	Teme hacer cosas nuevas por miedo a cometer errores _____	0	1	2	3
43.	Se siente inferior o que no tiene valor _____	0	1	2	3
44.	Se siente culpable cuando hay problemas _____	0	1	2	3
45.	Se siente solo. Se queja que "nadie lo quiere" _____	0	1	2	3
46.	No es feliz, está triste, deprimido _____	0	1	2	3
47.	Es acomplejado, se avergüenza con facilidad _____	0	1	2	3



Desempeño Problema	Excelente	Más que el promedio	Promedio	Casi un Problema	Es un
48 Desempeño en la escuela (en general) _____ 5	1	2	3	4	
49 Lectura _____ 5	1	2	3	4	
50 Escritura _____ 5	1	2	3	4	
51 Matemáticas _____ 5	1	2	3	4	
52 Relación con los padres _____ 5	1	2	3	4	
53 Relación con sus hermanos/as _____ 5	1	2	3	4	
54 Relación con sus compañeros _____ 5	1	2	3	4	
55 Participación en actividades organizadas _____ 5	1	2	3	4	

Comentarios:

<p>For office use only</p> <p>Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1 - 9: _____</p> <p>Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10-18: _____</p> <p>Total Symptom Score for questions 1 - 18. _____</p> <p>Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19 - 26: _____</p> <p>Total number of questions scored 2 or 3 in questions 27 - 40: _____</p> <p>Total number of questions scored 2 or 3 in questions 41 - 47: _____</p> <p>Total number of questions scored 2 or 3 in questions 48 - 55: _____</p> <p>Average Performance Score: _____</p>
---



**ANEXO 4.**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD**

**Ficha de recolección de datos del Nivel Socioeconómico**

Proyecto de Investigación: "EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021"

Código:

--	--	--

Fecha de evaluación:

--	--	--

**Conozca el nivel socioeconómico de su hogar**

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?</b>		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
<b>2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>3 El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
<b>5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</b>		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
<b>Acceso a tecnología</b>		
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
<b>2 ¿Tiene computadora de escritorio?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35
<b>3 ¿Tiene computadora portátil?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?</b>		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42



Posesión de bienes		puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
<b>2 ¿Tiene cocina con horno?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
<b>3 ¿Tiene refrigeradora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
<b>4 ¿Tiene lavadora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>5 ¿Tiene equipo de sonido?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?</b>		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
<b>7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
<b>2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	26
<b>3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
<b>4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
<b>5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12



Nivel de educación		puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?</b>		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
<b>3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?</b>		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales), identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos





## ANEXO 5.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Trastorno por déficit de atención/hiperactividad</b>	Es uno de los trastornos neuroconductuales más frecuente en la infancia	Resultados obtenidos de la escala de evaluación Vanderbilt	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Subtipo predominante inatento</li><li>✓ Subtipo predominante hiperactivo-impulsivo</li><li>✓ Combinado</li><li>✓ Sin presencia de TDAH</li></ul>
<b>Edad</b>	Entendida como aquella que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona	Ficha de datos	Seis años a seis años 6 meses Seis años siete meses a seis años 11 meses
<b>Sexo</b>	Aquellas particularidades innatas en las cuales existe diferencias entre hombre y mujer	Ficha de datos	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Masculino</li><li>▪ Femenino</li></ul>



<b>Lugar de residencia</b>	Lugar en el que vive actualmente una persona	Ficha de datos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Urbana</li><li>○ Rural</li></ul>
<b>Tipo de familia</b>	Grupo de personas relacionadas entre si	Ficha de datos	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Familia Monoparental</li><li>➤ Familia Nuclear</li><li>➤ Familia Extensa</li></ul>
<b>Situación socioeconómica</b>	Conjunto de bienes que pertenecen a una persona	Ficha de nivel socioeconómico	Categorías: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Alto</li><li>✓ Medio Alto</li><li>✓ Medio Típico</li><li>✓ Medio Bajo</li><li>✓ Bajo</li></ul>
<b>Comorbilidades</b>	Entidad clínica que existe o que podría presentarse durante el proceso clínico de una persona que tiene una enfermedad preexistente.	Resultados obtenidos de la escala de evaluación Vanderbilt	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Trastorno Oposicional Desafiante</li><li>○ Trastorno de Conducta</li><li>○ Ansiedad/Depresión</li><li>○ Sin presencia de comorbilidades</li></ul>



**ANEXO 6.**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6
	1. Elaboración del marco teórico	x	x	x		
2. Recolección de datos		x	x			
3. Análisis e interpretación de los resultados			x	x		
4. Conclusiones y recomendaciones					x	
5. Elaboración del informe final						x



## ANEXO 7.

### OFICIO DE APROBACIÓN DE LA UNIDAD EDUCATIVA “CIUDAD DE CUENCA”



Cuenca, 26 de Marzo del 2021.

Magister

Mariana Chica.

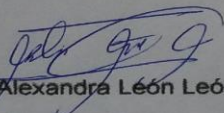
**RECTORA (E) DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA**

De mi consideración:

Yo, Libia Alexandra León León con C.I. 0104837034, egresada de la Universidad de Cuenca, de la Facultad de Ciencias Médicas de la carrera de Estimulación Temprana en Salud. Solicito a usted de la manera más comedida me conceda autorización para llevar a cabo el Proyecto de Investigación “EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD, A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN VANDERBILT PARA PADRES DE FAMILIA. CUENCA 2021”; previo a la obtención del título de Licenciada en Estimulación Temprana en Salud.

Por la favorable acogida que se sirva dar a la presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente:

  
Libia Alexandra León León  
C.I. 0104837034

