UNIVERSIDAD MAYOR
FACULTAD DE HUMANIDADES
POSTGRADOS EDUCACIÓN

Influencia del síndrome de trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), en el rendimiento académico de estudiantes de segundo año diurno para técnico en enfermería nivel superior (TENS), en centro de formación técnica Santo Tomás.(2017).

SOLO USO ACADÉMICO

TESIS PARA OPTAR
AL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN PEDAGOGÍA UNIVERSITARIA

Alumnos:
Lagos Cruces Manuel
Romero Posada Marvin Rafael
Valdivia González Angélica Belén

Profesor Guía
Mg. Patricio Abarca Castro

AÑO: 2018

Índice

INTRODUCCIÓN **5**

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN **7**

1.1 Antecedentes del tema o problema 7
1.2 Formulación del problema 11
1.3 Justificación e importancia de la investigación. 12
1.4 Preguntas de Investigación 14
1.5 Hipótesis 14
1.6 Objetivo General 14
1.7 Objetivos específicos 15

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO **16**

2.1 TDAH 16
2.1.1 Clasificación *17*
2.1.2 Criterios de TDAH para adultos. *18*
2.2 Aprendizaje 20
2.3 TDAH y Aprendizaje 24

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO **26**

3.1 Diseño de la investigación: 26
3.2 Población, muestra y muestreo 27
3.3 Instrumentos 28
3.4 Análisis estadístico 29
3.4.1Test de chi-cuadrado *29*
3.4.2 Test de t-student *30*

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN. **31**

4.1 Porcentaje de estudiantes con TDAH 31
4.2 Porcentaje de hombres y mujeres con TDAH 32
4.3 Relación entre edad y TDAH 35
4.4 Relación entre rendimiento académico y TDAH 37

V. CONCLUSIONES **39**

5.1 Generales 39
5.2.1 Desde Los Objetivos *39*
5.2.2 Sexo y TDAH *41*
5.2.3 Edad y TDAH *41*
5.3 Desde lo teórico 42
5.4 Limitaciones 43
5.5 Proyecciones 45

VI. BIBLIOGRAFÍA **47**

VII. ANEXOS **56**

SOLO USO ACADÉMICO

Resumen

Desde mediados del siglo XIX el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha sido identificado y en el transcurso de los años ha cambiado su nomenclatura. Hoy en día se incluye dentro de los trastornos de neurodesarrollo en donde se presenta antes de los 12 años de edad, la frecuencia de los síntomas más comunes de desatención, hiperactividad con impulsividad. Como consecuencia importante de esta alteración conlleva el deterioro significativo en diferentes ciclos de la vida (académica, familiar, social laboral).

El estudio realizado, determinó que no existe relación entre el TDAH y el rendimiento académico de los estudiantes. También demostró que no existe relación entre el TDAH con la edad y género.

El estudio fue realizado durante el primer semestre del año 2017, en Centro de formación técnica Santo Tomás, pesquisados alumnos de la carrera de técnico de nivel superior de enfermería, alumnos regulares de segundo año.

Palabras clave: Trastorno - hiperactividad - déficit - atencional

SOLO USO ACADÉMICO

Abstract

Since the mid-nineteenth century attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been identified and over the years has changed its nomenclature. Nowadays, it is included within neurodevelopmental disorders where the frequency of the most common symptoms of inattention, hyperactivity with impulsivity occurs before 12 years of age. As an important consequence of this alteration entails significant deterioration in different life cycles (academic, family, social work).

The study conducted, determined that there is no relationship between ADHD and the academic performance of students. He also showed that there is no relationship between ADHD and age and gender.

The study was carried out during the first semester of 2017, at the Santo Tomás Technical Training Center, researchers from the higher-level nursing technician career, regular second-year students.

Key words: Disorder - hyperactivity - deficit - attentional

SOLO USO ACADÉMICO

Introducción

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDA) es un cuadro complejo, de manifestación precoz frecuentemente y evolución crónica que repercute en diversos contextos (social, educativo y laboral) . Corresponde a una entidad caracterizada por la dificultad para mantener la atención, modular el nivel de actividad y controlar las acciones impulsivas. Su diagnóstico puede ser condicionado a una variedad de condiciones biológicas, psicológicas y sociales, las cuales pueden actuar individualmente o en conjunto (Almonte, 2003).

Los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) vienen definidos por la presencia de tres síntomas fundamentales: disminución de la atención, impulsividad, hiperactividad (Pascual-Castroviejo, 2008).

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) puede existir en el 6% de los adultos, cuyos síntomas pueden comenzar antes de los siete años. Al ser un cuadro neurobiológico, sus síntomas básicos, falta de atención, hiperactividad e impulsividad son similares en todas las edades. Pero en el adulto las manifestaciones clínicas son específicas del subgrupo con comorbilidades más frecuentes que en la infancia. Las manifestaciones más propias de los adultos son problemas para concentrarse, menor capacidad de memoria y de la memoria a corto plazo, desorganización, dificultad en la autodisciplina, impulsividad, baja autoestima, inquietud mental, frustración y escasas habilidades sociales. En la actualidad, los adultos están sub-diagnosticados al considerarse durante mucho tiempo que el TDAH era propio de niños y adolescentes; sus manifestaciones clínicas, aún en lo básico similares a las de los niños, son distintas con presentaciones diferentes. No existen pruebas biomédicas que permitan un diagnóstico objetivo, por lo que la historia clínica que evalúe los posibles síntomas desde la infancia, los signos y síntomas típicos y las posibles comorbilidades que han de ser reseñadas, debe ser realizada meticulosamente. Las escalas de

SOLO USO ACADÉMICO

autoevaluación son necesarias como instrumento auxiliar de primer orden de la historia clínica. El tratamiento farmacológico principal se basa en psicofármacos como metilfenidato de liberación inmediata, modificada o prolongada y en la Atomoxetina, y además, se debe asociar el tratamiento cognitivo-conductual y psicosocial (J.R. Valdizán, 2009).

Es por esto, que en este estudio se determina la relación directa que existe entre este trastorno y el rendimiento académico en los primeros años de educación técnica superior en alumnos de la carrera Técnico de Nivel Superior de Enfermería, impartido en Instituto Santo Tomás.

SOLO USO ACADÉMICO

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes del tema o problema

El TDAH es definido como un trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos. De acuerdo al predominio de síntomas que estén presentes, el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se clasifica en tres subtipos: con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado.

La primera referencia científica sobre la existencia de niños con un síndrome clínico basado en inatención, conducta hiperactiva e impulsividad data de comienzos del siglo pasado. Still publicó en 1902 una serie de 43 casos, describiendo los síntomas de lo que actualmente se denomina trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Still, 1902). Observó que los pacientes mostraban una marcada dificultad en el mantenimiento de la atención y un menor pensamiento reflexivo, con una excesiva actividad motora. En aquel momento, se definió que estos niños sufrían un “defecto del control moral de su conducta”.

Otro momento destacado en la historia del TDAH, fue el descubrimiento en 1937 de la utilidad de la benzedrina, un psicoestimulante, en el tratamiento de los síntomas de inatención e hiperactividad en niños (Bradley, 1937). Hasta la década de los 60, no hubo un especial interés en el estudio del trastorno en niños (Wilens et al, 2000). A partir de esta fecha se incluyó el TDAH dentro de los materiales docentes de la psiquiatría infantil y de adolescentes (Weiss et al, 1993).

En términos epidemiológicos, a nivel internacional, las tasas de prevalencia del TDAH son discrepantes. En Estados Unidos se estiman prevalencias que van desde un 3 a un 5%, a diferencia de Europa, donde se obtienen prevalencias de 1,5% (Urzúa, 2009).

SOLO USO ACADÉMICO

Las primeras investigaciones acerca de esta patología, hablaban de una «disfunción cerebral mínima». Posteriormente, se hizo un mayor énfasis en la hiperactividad, por lo que se acuñó el término de «niño hiperquinético». Actualmente, se sabe que este síndrome puede o no acompañarse de hiperactividad. Este tipo de trastorno puede persistir en la edad adulta desde 40% hasta 79% de los casos, por lo que se obtiene una prevalencia estimada de 3 a 6% en la población general (Roizblatt et al, 2003).

Sin duda los trabajos del grupo de Wender en la Universidad de Utah fueron los más relevantes en los años setenta y con mayor influencia en el futuro. Wender et al. describieron las características clínicas de los adultos con disfunción cerebral mínima y la eficacia de tratamientos farmacológicos para adultos (Wood et al. 1976). Estos autores consideraban que los criterios diagnósticos del DSM-II no eran apropiados, desde un punto de vista evolutivo, para el diagnóstico del TDAH en adultos. Basados en sus trabajos desarrollaron los conocidos criterios de Utah, así como un método para la evaluación de adultos con TDAH, en el que se precisaba entrevistar al paciente y a un informante (preferiblemente uno de los padres) para obtener información, de forma retrospectiva, sobre los síntomas del TDAH en la infancia. En la actualidad, sigue siendo una práctica común registrar síntomas, tanto de la infancia como de la edad adulta, a partir de un informante que conozca bien al paciente. Sin embargo, los criterios de Utah no han tenido tanta fortuna y, actualmente, han quedado relegados por los criterios DSM (McGough and Barkley, 2004).

Las cifras de prevalencia mundial son de aproximadamente 6% para mayores de 18 años (Polanczyk G 2007) y con un alto grado de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, mayor frecuencia de deserción escolar y poco éxito laboral. Muy pocos estudios han reportado acerca de la prevalencia del TDAH en estudiantes universitarios, arrojando cifras que varían desde 0,5% hasta 7% (Weyandt LL, 1995; Heiligenstein E., 1998).

SOLO USO ACADÉMICO

En Chile, se han realizado diversas investigaciones en el área del TDAH, sin embargo, son pocas las que presentan estimaciones de prevalencia. En la literatura indexada sólo se ha encontrado referencias de tres estudios:

a) en segundo año básico en Talca (Verdugo L, et al 2006), quienes reportan una prevalencia cercana al 18% pero evaluados a través de sólo un informante.

b) en población Aymara y etnia Rapa-Nui, en donde el riesgo de presentar TDAH se determinó en muestras poblacionales de la etnia aymara de la precordillera de la Región de Arica-Parinacota y de la etnia Rapa-Nui de Isla de Pascua. La información se obtuvo en los establecimientos educacionales de las áreas geográficas respectivas comprendiendo la casi totalidad de los escolares matriculados. Los resultados logrados se compararon con aquellos previamente obtenidos por un grupo de trabajo para la población mixta de la ciudad de Santiago. La obtención de los estimadores de riesgo se efectuó solicitando a los maestros de escuela aplicar la prueba de Conners abreviada para profesores (Lagos et al, 2011). Esta escala para detectar conductas asociadas al TDAH, de amplio uso, consiste en que profesores familiarizados con el comportamiento de sus alumnos, aceptan completar un cuestionario de preguntas sobre el comportamiento de éstos en clase. A las respuestas se les asigna puntaje de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Para lograr nuestro objetivo, el riesgo de TDAH de estudiantes aymaras de la pre cordillera de la Región de Arica-Parinacota, Rapa-Nui de Isla de Pascua y del área norte de Santiago de Chile fue analizado estadísticamente y comparado con las frecuencias alélicas de polimorfismos genéticos del sistema dopaminérgico correspondiente a las mismas poblaciones.(Lagos et al, 2011).

c) Las razones que parecen influir en el abandono de los estudiantes matriculados en la universidad se relacionan con los déficit cognitivos propios, característicos del trastorno, y con la afectación emocional que éste conlleva. Los estudios realizados subrayan, entre otras, dificultades de rendimiento académico, sobreesfuerzo requerido según las exigencias planteadas, técnicas de estudio deficitarias, dificultades en la planificación de tareas y en la organización temporal

SOLO USO ACADÉMICO

y entorno académico escasamente estructurado según las necesidades del alumno con TDAH. Destaca, así mismo, las dificultades que estos alumnos encuentran para relacionarse socialmente y los problemas de autoestima, frecuentes entre los afectados (Moreno I., 2011).

Se ha considerado que la prevalencia del TDAH entre los estudiantes universitarios es menor que aquella encontrada en la población general (Lee, 2008).

Los estudiantes con trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) constituyen un colectivo de riesgo de fracaso académico y abandono de los estudios universitarios, según ha asegurado la profesora titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Burgos, Mª Ángeles Martínez Martín.

La experta se ha pronunciado así durante *la* X Jornada de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente que este año lleva por nombre `Intervención en niños con TDAH: Optimizar esfuerzos entre colegio, familia y consulta`, organizada por la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría (SVNP), la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra (CUN).

En concreto, las causas que parecen influir en el abandono de los estudios universitarios se relacionan con los déficits cognitivos propios del trastorno (desatención, dificultad para inhibir la conducta y controlar los impulsos, dificultades en las funciones ejecutivas) y con la afectación emocional que éste conlleva.

Ahora bien, su éxito académico va a depender, en gran medida, de su propia capacidad para afrontar las demandas académicas y del apoyo que reciba tanto de su familia como de los distintos componentes de la comunidad universitaria.

Algunos autores refieren que las tasas de TDAH en el adulto se han incrementado en las dos últimas décadas, lo que está relacionado probablemente con la evidencia sobre la persistencia de los síntomas en la edad adulta. De los niños diagnosticados en la infancia, 76% mantiene el trastorno en esta etapa de la vida (Bierderman J., 2010). Esto último ha incrementado el interés por parte de los clínicos así como el número de trabajos para conocer sobre el trastorno, identificarlo y establecer el diagnóstico y tratamiento en esta edad (Quinn CA., 2003).

1.2 Formulación del problema

Los estudiantes con trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) constituyen un colectivo de riesgo de fracaso académico y abandono de los estudios universitarios, según ha asegurado la profesora titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Burgos, Mª Ángeles Martínez Martín.

La experta se ha pronunciado así durante *la* X Jornada de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente que este año lleva por nombre `Intervención en niños con TDAH: Optimizar esfuerzos entre colegio, familia y consulta`, organizada por la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría (SVNP), la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra (CUN).

En concreto, las causas que parecen influir en el abandono de los estudios universitarios se relacionan con los déficits cognitivos propios del trastorno (desatención, dificultad para inhibir la conducta y controlar los impulsos, dificultades en las funciones ejecutivas) y con la afectación emocional que éste conlleva.

Ahora bien, su éxito académico va a depender, en gran medida, de su propia capacidad para afrontar las demandas académicas y del apoyo que reciba tanto

de su familia como de los distintos componentes de la comunidad universitaria.(Martínez M. et al, 2013).

Y es que, tal y como ha recordado, el TDAH constituye uno de los trastornos `más estudiados` en la infancia, en lo referente a estudiantes universitarios, pero todavía son escasas las investigaciones realizadas. Por ello, la universidad como institución de carácter social y educativo debe comprometerse con la construcción, desarrollo y conocimiento del TDAH, el desarrollo personal de los estudiantes universitarios con esta condición y la intervención social a través de la sensibilización, formación e investigación en dicho ámbito. Es por esto que en esta investigación se muestra la relación que existe entre el TDAH y el rendimiento académico. Para lograr esto se responde la pregunta de investigación ¿En qué medida se relaciona el síndrome de déficit atencional con el rendimiento académico de los estudiantes Técnico en Enfermería de Nivel Superior de segundo año diurno de CFT Santo Tomás, año 2017?

SOLO USO ACADÉMICO

1.3 Justificación e importancia de la investigación.

La relevancia del proyecto radica en que existen pocas fuentes bibliográficas del TDAH en adultos, además, existen pocas referencias bibliográficas en Chile, sobre el TDAH y su relación con el rendimiento académico. Los estudios refieren que los adultos con TDAH presentan distintos tipos de problemas, una peor adaptación laboral que los individuos sin el trastorno.

Los estudios de neuroimagen realizados en pacientes adultos con TDAH han permitido comprobar, desde un punto de vista neurobiológico, que el trastorno puede persistir en la edad adulta (Ramos et al., 2012).

Los problemas laborales pueden derivarse de las dificultades en el control de los impulsos y la inatención. Los problemas de inhibición del impulso, las alteraciones en la memoria de trabajo, así como la inestabilidad emocional que suelen

presentar los adultos con TDAH se podrían explicar por estas disfunciones. (Ramos et al., 2012).

En Chile existen pocos estudios al respecto, uno dice relación con estudiantes, de hecho, hay sólo uno que determinó la “Prevalencia de déficit atencional en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile” (Santander J., 2013).

Por esto, es importante contrastar la muestra de estudiantes de medicina con estudiantes de otras facultades, con otro tipo de alumnos y de demanda académica, de manera de identificar eventuales variables adaptativas, esto es, que alumnos más exigidos cognitivamente pudieran reportar quejas atencionales de manera más frecuente que aquellos que no enfrentan dicha exigencia. (Santander J., 2013).

La justificación técnica de la investigación, radica en que el TDAH es una enfermedad y la desde la educación se puede aportar con herramientas para mejorar el aprendizaje de estas personas, ideando nuevos métodos, en el caso de existir una relación directa entre TDAH y rendimiento académico. En el caso de no existir relación alguna, se abriría un nuevo campo de investigación, en el cual ya no sería necesaria la medicación de estos alumnos para rendir mejor y quizás,no exista relación alguna entre TDAH y rendimiento académico

La ausencia de información tiene como consecuencia directa que los estudiantes no cuenten con servicios para el diagnóstico y tratamiento dentro de la universidad.

Estos servicios para estudiantes con TDAH están aún en consideración en el sistema educativo Chileno; es por esto que las autoridades sanitarias y educativas necesitan tener información más precisa acerca de la frecuencia e impacto que causa este trastorno para poder ofrecer servicios a esta población. La ausencia de indicadores demográficos y clínicos en universitarios con TDAH interfiere en la

SOLO USO ACADÉMICO

planificación y desarrollo de programas de salud y educación dirigidos a esta población.

1.4 Preguntas de Investigación

¿En qué medida se relaciona el síndrome de déficit atencional con el rendimiento académico de los estudiantes de Técnico en Enfermería de Nivel Superior) de segundo año diurno de CFT Santo Tomas, año 2017?

¿Cuántos estudiantes sufren o sufrieron trastorno de déficit atencional?

¿Cuál es la relación entre la edad de los estudiantes y el trastorno de déficit atencional ?

¿Cuál es la relación entre el sexo y el Síndrome de déficit atencional de los estudiantes ?

1.5 Hipótesis

El déficit atencional tiene efectos negativos en el rendimiento académico de los estudiantes de segundo año TENS diurno de CFT Santo Tomás.

1.6 Objetivo General

Relacionar el síndrome de déficit atencional con el rendimiento académico de los estudiantes de segundo año TENS diurno de CFT Santo Tomás, año 2017.

SOLO USO ACADÉMICO

1.7 Objetivos específicos

1. Determinar la proporción de estudiantes que poseen TDAH a través de encuesta dirigida a cada alumno en condición de regular.

2. Relacionar el sexo y la prevalencia del TDAH.

3. Relacionar la edad y la prevalencia del TDAH.

SOLO USO ACADÉMICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad está caracterizado por niveles inapropiados de falta de atención, hiperactividad e impulsividad de acuerdo a la etapa del desarrollo. Aún y cuando la validez del TDAH como diagnóstico en niños y adolescentes ha sido establecida desde hace muchos años, solo en las últimas dos décadas se ha comenzado a reconocer esta entidad como un diagnóstico aplicable a los adultos.

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad fue considerado un cuadro presente sólo en la infancia y la adolescencia, hasta que en la década anterior se demostró que este trastorno puede existir en el 60% de los adultos, cuyos síntomas ya comenzaron antes de los siete años. Dicho desfase diagnóstico hizo que los síntomas y tratamientos del TDAH infantojuvenil sean más conocidos y orientados que en los adultos, a pesar de que los parámetros clínicos sean similares a los niños en inatención, hiperactividad e impulsividad, por ser un cuadro de un común origen neurobiológico. Sin embargo, con manifestaciones específicas de subgrupo, tal como sucede en la mayoría de los casos entre niños y niñas. Además, en los adultos no sólo existe esta especificidad subgrupal, también las complicaciones, los riesgos y las comorbilidades son más frecuentes y matizadas que en la infancia, con el riesgo de que los síntomas sean confundidos con otros cuadros psiquiátricos. El tener un origen biológico común permite que los adultos puedan ser diagnosticados con los mismos criterios adaptados del DSMIV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Este común denominador no impide la existencia de dificultades diagnósticas y hasta terapéuticas. En el caso de los niños, los observadores son dos, familia y profesor, que suelen coincidir particularmente en el parámetro inatención, mientras que en el adulto el observador suele ser único, esposa/o, madre/padre, hermano/a, etc., hecho que facilita una mayor dispersión y sesgo en las opiniones. (American

SOLO USO ACADÉMICO

PsychologicalAssociation. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR). Barcelona: Masson; 2003..- . Valdizán JR, Mercado E, Mercado-Undanivia A. Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. RevNeurol 2007; 44 (Supl 2): S27-30.)

2.1.1 Clasificación

El TDAH se ubica en la clasificación de los trastornos mentales del APA (Asociación Americana de Psiquiatría), en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (DSM V, quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2013).

De acuerdo con la clasificación, se establecen 3 subtipos del TDAH, según la presentación del síntoma predominante:

· Tipo con predominio del déficit de atención.
· Tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad.
· Tipo combinado, donde predominan tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad.

Hoy en día se reconoce que probablemente el TDAH persiste en la adultez, en vez de remitir o desaparecer en la adolescencia tal y como se pensaba anteriormente. De acuerdo a la meta-análisis realizada por Faraone y col (2003), 50% de los niños con TDAH continúan experimentando síntomas en la adolescencia y la adultez. Recientemente, como parte de los estudios del TDAH en adultos se ha descrito que el TDAH afecta a los estudiantes universitarios, quienes deben aprender a funcionar y tener éxito en el ambiente universitario, mientras viven con este trastorno. Es importante que un alumno/a con TDAH tenga consciencia de las grandes diferencias inherentes al ambiente de la escuela secundaria en comparación con el de la universidad (Brinckerhoff, et al., 2002).

USO ACADÉMICO

2.1.2 Criterios de TDAH para adultos.

Características en la Infancia

Historia infantil consistente con TDAH en la infancia. Se recomienda obtener información a través de los padres o hermanos mayores.

Características en edad adulta:

A. Presencia en edad,adulta de las características 1 y 2 (obtenidas mediante exploración con el paciente o los datos aportados por otros observadores), conjunto con 2 de las otras características.(3-7).

1.Hiperactividad motora sensible.
2.Falta de atención.
3.Labilidad emocional.
4.irritabilidad y mal carácter.
5.Mala tolerancia al estrés.
6.Desorganización.
7.Impulsividad.

B. Ausencia de un trastorno antisocial de la personalidad y de un trastorno afectivo mayor.

C. Ausencia de signos y síntomas de Esquizofrenia y de un trastorno esquizoafectivo.

D. Ausencia de un límite de trastorno de la personalidad y de un trastorno esquizotípico o rasgos de esos trastornos.

E. Características asociadas: inestabilidad matrimonial, antecedentes académicos y profesionales por debajo de las posibilidades esperadas en base a la inteligencia y educación recibida, abuso de alcohol y drogas, respuesta atípica a mediaciones psicoactivas, antecedentes familiares de TDAH en la infancia, personalidad antisocial entre otras.

SOLO USO ACADÉMICO

F. Cuestionario de temperamento infantil: como el connersAbbreviated Rating Scale, que es un cuestionario que realizan profesores a los padres de estudiantes, a base de 10 preguntas, en donde se caracterizan comportamientos y se marca intensidad en 4 categorías y se asigna un puntaje, aunque no es estrictamente necesario para el diagnóstico, una puntuación de 12 o más por parte de los padres es útil para el diagnóstico y puede ser predictivo para la respuesta al tratamiento.

La evaluación del TDAH en adultos tiene una serie de características particulares que pueden dificultar el diagnóstico. En primer lugar, los síntomas del TDAH también se pueden manifestar como una variante de la normalidad en la población general (Murphy et Adler 2004). Pero además, otros trastornos psiquiátricos pueden tener síntomas parecidos al TDAH.

Múltiples diagnósticos del Eje I del DSM-IV contienen algún síntoma asociado con pobre concentración y desorganización, siendo la inatención un síntoma frecuente en los trastornos mentales. Otra de las dificultades que presenta el diagnóstico del TDAH en la edad adulta es la necesidad de obtener información retrospectiva sobre los síntomas de la infancia (O'Donnell et al. 2001). Sin embargo, se ha observado que los adultos con TDAH son informantes fiables al respecto (Dias et al. 2008; Mannuzza et al. 2002; Murphy and Schachar, 2000; Sandra Kooij et al. 2008). Aunque los pacientes puedan tender a infra reportar la gravedad de sus síntomas en comparación con las puntuaciones del investigador, parecen aportar mejor información que los familiares (Sandra Kooij et al. 2008). Por otra parte, se ha observado en adolescentes que la falta de acuerdo entre el criterio del paciente y sus familiares, es un factor de mala evolución (Ferdinand et al. 2004). Por esta razón es importante obtener información de diferentes fuentes (p. ej. padres o pareja), así como utilizar instrumentos psicométricos para integrar toda la información bajo el juicio clínico, con el objetivo de obtener el diagnóstico retrospectivo más preciso posible. Finalmente, otro aspecto que dificulta el diagnóstico del TDAH en la edad adulta es la elevada comorbilidad que presentan estos pacientes (Kooij et al.2001; Philipsen 2006; Rasmussen y Levander 2009).

SOLO USO ACADÉMICO

Es por esto que existen numerosos test para evaluar el TDAH, entre los cuáles se encuentra la escala ASRS v1.1, que para evaluar al grupo de estudiantes es idóneo y se encuentra validado por la OMS. Se encuentra explicado en el desarrollo experimental de este trabajo.

2.2 Aprendizaje

El Aprendizaje es la adquisición de nuevas conductas de un ser vivo a partir de experiencias previas, con el fin de conseguir una mejor adaptación al medio físico y social en el que se desenvuelve. Algunos lo conciben como un cambio relativamente permanente de la conducta, que tiene lugar como resultado de la práctica. Lo que se aprende es conservado por el organismo en forma más o menos permanente y está disponible para entrar en acción cuando la ocasión la requiera. El hombre desde que nace lleva a cabo de principio a fin procesos aprendidos. La acción del medio, de las personas que le rodean, van modelando sus actividades en un sentido adaptativo. Sin bien el influjo externo es poderoso e imprescindible, no menos importancia poseen las capacidades del propio individuo, que es en definitiva quien aprende.

La formación de adultos genera modelos y procesos de enseñanza y aprendizaje que son cualitativamente diferentes a los de la enseñanza reglada. Hablar del adulto en situación de formación supone necesariamente considerar su edad y su experiencia. Igualmente, su curiosidad pasa de la preocupación por lo desconocido a la preocupación por vivir la realidad. Los adultos, a su vez, tienen distintos estilos de aprendizaje, y precisan de programas de aprendizaje específicos y distintos de los modelos destinados a los más jóvenes:

> "*Todo adulto está condicionado por los aprendizajes previos que determinan unos rasgos específicos de los mismos: aceptación de responsabilidades, predominio de la racionalidad sobre la afectividad, madurez personal, capacidad de comunicación, capacidad de relación social*". (Martínez, M. et al., 2013).

La educación superior es por lo tanto, fundamentalmente distinta a la de los niños o los jóvenes. Es específica, propia, diferente en muchos sentidos. El aprendizaje de los estudiantes de educación superior, se basa principalmente en cuatro puntos:

1) Aprender a conocer: El estudiante debe desarrollar un conjunto de habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores que le permitan adquirir las herramientas de comprensión y comunicación con sus pares y con los demás actores de la educación superior.

2) Aprender a aprender: El estudiante debe desarrollar habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores para adquirir o crear técnicas de estudio y aprendizaje, para seleccionar y procesar información eficientemente para luego desarrollar dicho aprendizaje en otras áreas educativas.

3) Aprender a hacer: El estudiante deberá desarrollar sus capacidades de innovación, así como crear estrategias, medios y herramientas para combinar los conocimientos teóricos y prácticos y llevarlos finalmente a integrarlos en su vida cotidiana.

4) Aprender a ser: El estudiante debe desarrollar un sentido de integridad física, intelectual, afectiva y social, teniendo en cuenta las relaciones que establece con su entorno social, laboral y personal., teniendo en cuenta que la educación superior el alumno se individualiza y responde por sì solo. (Tedesco J., 2000).

SOLO USO ACADEMICO

En definitiva, los estudiantes como sujetos de aprendizaje, deben convertirse en personas activas, capacitadas para participar en la sociedad, independientemente de su edad.

Los profesionales que trabajan en este colectivo de la población, en este caso los estudiantes universitarios, deberían tener acceso a una formación específica, que los habilite para conocer las características básicas del paso de una etapa a otra del ciclo vital, así como las transformaciones psíquicas y físicas que produce en las personas. Se requieren metodologías y estrategias específicas para promover y facilitar el desarrollo individual y social de los estudiantes universitarios. Los educadores deberán recabar información sobre aspectos tales como la personalidad de los adultos, la capacidad física y sensorial, los intereses y las motivaciones, los estilos de aprendizaje, etc.

Las características psicosociales de este sector exigen que los educadores que estén en contacto con ellos posean una actitud positiva y próxima, y al mismo tiempo cuenten con una adecuada capacitación técnica que les permita ejercer, no sólo la docencia en sí, sino también labores de animación, funciones de gestión de todos los recursos educativos disponibles, detección de demandas educativas, movilidad entre distintos sectores de la realidad, etc.

En este contexto según lo expuesto en el Congreso Nacional de TDAH celebrado en Madrid y organizado por la Federación Española de Asociaciones de ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) en enero de 2008, para la Organización Mundial de la Salud, es la primera causa de fracaso estudiantil del siglo XXI, lo que lleva a reflexionar sobre el alcance de sus consecuencias. La identificación del TDAH en el adulto, resulta importante ya que aunque el diagnóstico es complejo y quedan muchos puntos abiertos que esperan respuesta, una vez diagnosticado, es posible asistirlo, logrando que la persona afectada tenga una mejor calidad de vida. (Cerutti et al, 2008).

SOLO USO ACADÉMICO

Así, fruto de las posibles implicaciones a las que puede dar lugar este trastorno en la vida sociopersonal del sujeto con TDAH, en las últimas décadas han aparecido varios enfoques de intervención:

a) el enfoque médico, donde la medicación psicoestimulante (d-anfetamina, metilfenidato, pemolina, antidepresivos tricíclicos y los agonistas alfa-adrenérgicos), ha sido el tratamiento más frecuentemente utilizado en estos sujetos.

b) el enfoque psicoeducativo, donde la intervención ha de encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el niño, así como implicar a aquellas personas que en mayor medida interactúan con él, es decir, padres y docentes. Básicamente se pueden diferenciar dos corrientes en este tipo de intervención:

- Conductual, cuyo objetivo principal de tratamiento es formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y procedimientos que en su gran mayoría derivan de los principios del condicionamiento operante (técnicas de modificación de conducta), con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos y/o alumnos en casa y en el colegio (Fernández et al, 2003). De esta forma, el comportamiento del niño y/o alumno se va conformando en función de las consecuencias que le siguen. Este aspecto es bastante importante ya que el trastorno a menudo se asocia con alteraciones en la interacción entre padres e hijos.

- Cognitiva, cuyo objetivo principal de tratamiento es enseñar a los niños con TDAH técnicas de autocontrol y resolución de problemas debido a que el déficit de autocontrol se considera como un aspecto central en este tipo de trastornos. Las técnicas o procedimientos más utilizados son: técnicas para aumentar la autorregulación - administración de autorrecompensas y autoinstrucciones (Fernández et al., 2003).

Los maestros se encuentran en una posición privilegiada para el diagnóstico de sospecha de las desviaciones de la “normalidad”, al convivir diariamente con una

SOLO USO ACADÉMICO

cohorte de niños de similar edad en un ambiente estructurado. Además, su opinión es fundamental para poder realizar el diagnóstico específico de TDAH así como para el desarrollo de las intervenciones de pedagogía terapéutica (Rodríguez Salinas-Pérez, 2006). Existen sólidas evidencias de que la colaboración entre la escuela y el centro de salud, consiguiendo espacios comunes donde compartir conocimientos entre profesores, pediatras, enfermeras, psicólogos, pedagogos, médicos de familia, padres y los propios niños afectados, repercute favorablemente en su educación y su salud mental futuras. (Rodríguez Salinas-Pérez, 2006).

2.3 TDAH y Aprendizaje

La detección de los estudiantes con esta problemática se produce habitualmente porque son los propios alumnos con estos trastornos, que requieren adaptaciones específicas, quienes se identifican y contactan con los Servicios de Atención de su universidad. Sin embargo, no todos los estudiantes deciden hacerlo, muchos optan por silenciar sus dificultades y afrontar su desenvolvimiento en el entorno universitario por sí mismos, a partir de las habilidades adquiridas y de las estrategias psicológicas propias. En otros casos, el estudiante contacta con dichos servicios preocupado por sus problemas de rendimiento académico. En estas ocasiones, el alumno, probablemente, no fue diagnosticado en la infancia y, aunque la sintomatología haya disminuido, las deficiencias atencionales dificultan su desempeño y rendimiento académico en el contexto universitario.

Por otro lado, los trabajos interesados por las manifestaciones y requerimientos de los estudiantes universitarios con TDAH consideran, como punto de partida, los síntomas y disfunciones apreciadas en la edad adulta atendiendo a tres aspectos esenciales: cronicidad, comorbilidad asociada y ámbitos alterados funcionalmente (Faraone y Antshel, 2008). Teniendo en cuenta estas circunstancias unidas, además de a las exigencias académicas y los requerimientos propios de la vida universitaria, la problemática de los universitarios con TDAH afecta a dos cuestiones fundamentales: a) elevado riesgo

SOLO USO ACADÉMICO

de fracaso académico y, b) abandono de los estudios universitarios. Según Barkley et al. (2002), tan sólo entre el 5%- 10% de los alumnos logran finalizar los estudios, aumentando la vulnerabilidad hacia el abandono en los dos primeros años, especialmente en el primer curso académico, por lo que éste significa de tránsito entre los estudios de secundaria y universitarios y por los esfuerzos de adaptación que ello significa para el estudiante. Las razones que parecen influir en el abandono de los estudiantes matriculados en la universidad se relacionan con los déficit cognitivos propios, característicos del trastorno, y con la afectación emocional que éste conlleva. Los estudios realizados subrayan, entre otras dificultades de rendimiento académico, sobreesfuerzo requerido según las exigencias planteadas, técnicas de estudio deficitarias, dificultades en la planificación de tareas y en la organización temporal y entorno académico escasamente estructurado según las necesidades del alumno con TDAH. Destacan, así mismo, las dificultades que estos alumnos encuentran para relacionarse socialmente y los problemas de autoestima, frecuentes entre los afectados (Moreno, 2011).

Respecto a la distribución por sexos, el TDAH en adultos es más frecuente en varones que en mujeres, pero con una proporción mucho menor a la descrita en la infancia. En adultos se ha observado que la proporción varones-mujeres es de hasta 1,6 (de Graaf et al. 2008; Fayyad et al. 2007; Kessler et al. 2006), mientras que en niños varía entre 3:1 y 9:1 (Staller and Faraone 2006). En muestras poblacionales infantiles, no clínicas, se ha estimado mediante un metaanálisis que la prevalencia es 2,45 veces mayor en niños que en niñas (Polanczyk et al. 2007).

SOLO USO ACADÉMICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de la investigación:

El Método utilizado en este estudio es el cuantitativo ya que recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables (Fernández et al, 2002). Por métodos cuantitativos los investigadores se refieren a las técnicas de recolección de datos, tests “objetivos” de lápiz y papel, análisis estadísticos, estudios de muestras, etc (Cook et Reichard, 1986).

En este estudio, se debe considerar de forma cuantitativa, porquees con respuestas cerradas, concretas y de forma abreviada.Se realizó una encuesta de forma manual, con hojas y lápiz, a todos los estudiantes de segundo semestre de primer año de Técnico de Nivel Superior de Enfermería. Y se realizó durante una semana completa con la finalidad de que todos los alumnos que participan de forma regular pudiesen contestar dicha encuesta. Luego, los resultados fueron traspasados de forma manual y con dicotomías, ya que la encuesta, al ser clara y concisa fue resuelta con respuestas cerradas. Además, durante dicha semana se realizó la observación de la muestra llegando a concluir la elección del diseño.

SOLO USO ACADÉMICO

El nivel de investigación es de tipo relacional debido a que se buscan relaciones entre dos o más características que se dan en las personas o grupos estudiados (Briones, 1996). en el estudio que se basó, se antagonizan algunas variables, como edad, género, nivel de estudios previos, etc.

El diseño es de tipo prospectivo - transeccional - observacional debido a que se describen distintos tipos de variables a través de la observación que indican la transversabilidad educativa del estudio. La transversalidad educativa enriquece la labor formativa de manera tal que conecta y articula los saberes de los distintos

sectores de aprendizaje y dota de sentido a los aprendizajes disciplinares, estableciéndose conexiones entre lo instructivo y lo formativo. La transversalidad busca mirar toda la experiencia escolar como una oportunidad para que los aprendizajes integren sus dimensiones cognitivas y formativas, por lo que impacta no sólo en el currículum establecido, sino que también interpela a la cultura estudiantil y a todos los actores que forman parte de ella.

Con respecto a la investigación, se puede decir que el diseño es no experimental. La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, es una investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos es la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Sampieri, 2010).

SOLO USO ACADÉMICO

3.2 Población, muestra y muestreo

La investigación se realizó en el CFT Santo Tomas sede de puente alto, Santiago, Chile. En donde los estudiantes de segundo año que cursan la carrera Técnico de Nivel Superior de Enfermería debían adscribirse a la asignatura Técnicas en Cuidados Pediátricos en Jornada Diurna, matriculados como alumnos Regulares durante el proceso Académico del año 2017. Como muestra se toma el total del Número de alumnos diurnos de segundo año que estén cursando la carrera técnica en enfermería nivel superior de la Universidad Santo Tomás que estén cursando la asignatura de técnicas de cuidados clínicos pediátricos, que indique según encuesta validada, algún grado de déficit atencional. La Población de estudio es de 220 alumnos matriculados.

La unidad de análisis está compuesta por estudiantes diurnos de segundo año matriculados en el 2017 que estén cursando la carrera técnica en enfermería nivel superior en la sede de puente alto.

El muestreo utilizado fue no probabilístico intencional. Este tipo de muestreo es una técnica de muestreo donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. Vale decir es un tipo de muestreo por conveniencia no probabilístico. Consiste en seleccionar a los individuos que convienen al investigador para la muestra.

SOLO USO ACADÉMICO

3.3 Instrumentos

La escala de la OMS AdultSelf-ReportScale (ASRS) versión 1.1 es un cuestionario autoadministrado que consta de dos presentaciones, una de 18 ítems y otra de 6 ítems.

Fue desarrollado en conjunto por la OMS y Kessler et al. con el objetivo de evaluar el TDAH en adultos en el marco de la entrevista CIDI (Kessler et al. 2005). El estudio internacional sobre salud mental promovido por la OMS (WHO World Mental HealthSurveyInitiative) utiliza esta entrevista como instrumento de evaluación. El ASRS v1.1 está basado en los 18 síntomas especificados en el criterio A del DSM -IV-TR, con cinco opciones de respuesta por ítem, que son:

1. Nunca (0)
2. Rara vez (1)
3. A veces (2)
4. A menudo (3)
5. Muy a menudo (4).

El cuestionario se ha calibrado clínicamente en población general, a partir de una submuestra de 154 sujetos adultos (18-44 años) participantes en el NCS-R (Kessler et al. 2005). Se utilizó como patrón oro la ADHD-RS (DuPaul et al. 1998), y se optó a nivel psicométrico, por un equilibrio entre falsos positivos y falsos negativos. La versión inicial de 18 preguntas se consideró excesivamente larga como instrumento de cribaje, por lo que se estudió el número de ítems que mejor predecían el diagnóstico de TDAH mediante un proceso de regresión logística paso a paso. Así, se obtuvo la versión reducida de 6 ítems, en la que los cuatro primeros evalúan síntomas de inatención y los dos últimos, síntomas de hiperactividad. La puntuación propuesta originalmente por los autores del cuestionario se realiza de manera dicotómica, considerando un resultado positivo para TDAH, cuando el sujeto marca cuatro o más casillas dentro de la zona sombreada. Las propiedades psicométricas con este baremo de puntuación fueron: sensibilidad 68,7%, especificidad 99,5%, precisión de la clasificación total 97,9% y Kappa 0,76 (Kessler et al. 2005).

SOLO USO ACADÉMICO

3.4 Análisis estadístico

El análisis de datos es un proceso consistente en inspeccionar y limpiar, transformar datos con el objetivo de resaltar información útil, lo que sugiere conclusiones, y apoyo en la toma de decisiones. El análisis de datos tiene múltiples facetas y enfoques, que abarca diversas técnicas en una variedad de nombres, en diferentes negocios, la ciencia, y los dominios de las ciencias sociales. Data se colecciona y la analiza para preguntar cuestiones, probar conjeturas o probar la invalidez de teorías.

3.4.1Test de chi-cuadrado

Como definición se puede decir que el estadístico ji-cuadrado (o chi cuadrado), que tiene distribución de probabilidad del mismo nombre, sirve para someter a prueba hipótesis referidas a distribuciones de frecuencias. En términos generales,

esta prueba contrasta frecuencias observadas con las frecuencias esperadas de acuerdo con la hipótesis nula. Prueba χ^2 de Pearson. La prueba χ^2 de Pearson se considera una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar en el contraste de hipótesis. En este estudio, se utiliza el test de chi-cuadrado para la relación que existe entre sexo y TDAH, además de la relación que existe entre la edad y el TDAH, en esta población de estudio. Para esto se utiliza el software ibmspssstatistics 17.

3.4.2 Test de t-student

En estadística, una prueba t de Student, prueba t-Student, o Test-T es cualquier prueba en la que el estadístico utilizado tiene una distribución t de Student si la hipótesis nula es cierta. Se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal pero el tamaño muestral es demasiado pequeño como para que el estadístico en el que está basada la inferencia esté normalmente distribuido, utilizándose una estimación de la desviación típica en lugar del valor real. Es utilizado en análisis discriminante. En este estudio se realizo esta prueba estadística, para comprobar nuestra hipótesis con respecto a en qué medida se relaciona el TDAH con el rendimiento académico. Para esto se utiliza el software ibmspssstatistics 17.

SOLO USO ACADÉMICO

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

4.1 Porcentaje de estudiantes con TDAH

Población de estudio (Universo): 220 estudiantes de técnico de nivel superior de enfermería, cursando la asignatura de técnicas de cuidados clínicos pediátricos, de los cuales 38 personas de este Universo presentaron el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, representando un 17,3 % de la población.(Tabla 1)

Tabla 1: Resultados de Población total Universo

	Población Total	**Población (con TDAH)**	**Población control (sin TDAH)**
Cantidad (unidades)	220	38	182
Porcentaje	100%	17,3%	82,7%

Referencia: Elaboración propia.

O USO ACADÉ

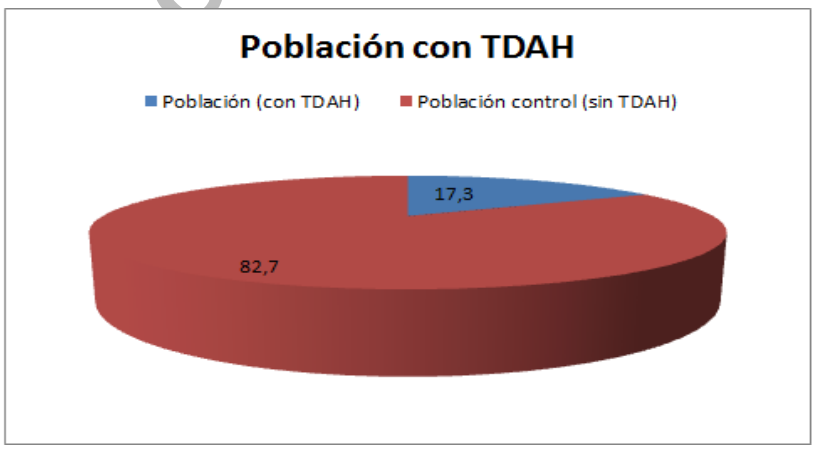


Fig 1. Gráfico de cantidad y porcentaje de población con TDAH y población control

De las tablas especificadas con anterioridad, se puede inferir que un porcentaje elevado de estudiantes presenta TDAH, (entre el 10% al 20 %), lo cual no coincide con la bibliografía reportada hasta el momento, que indica porcentajes mucho menores para la prevalencia del TDAH en estudiantes de educación superior, arrojan cifras que varían desde 0,5% hasta 7% (Weyandt LL, 1995; Heiligenstein E., 1998).

4.2 Porcentaje de hombres y mujeres con TDAH

De este universo de 220 individuos, el total de hombres fue de 36 contabilizados, de los cuales 5 presentaron el síndrome, representando el 13,9% del Total de hombres.

Tabla 2. Porcentaje de hombres con TDAH.

	Total de Hombres	Hombres (con TDAH)	Hombres (sin TDAH)
Cantidad	36	5	31
Porcentaje (%)	100%	13,9%	86,1%

Referencia: Elaboración propia.

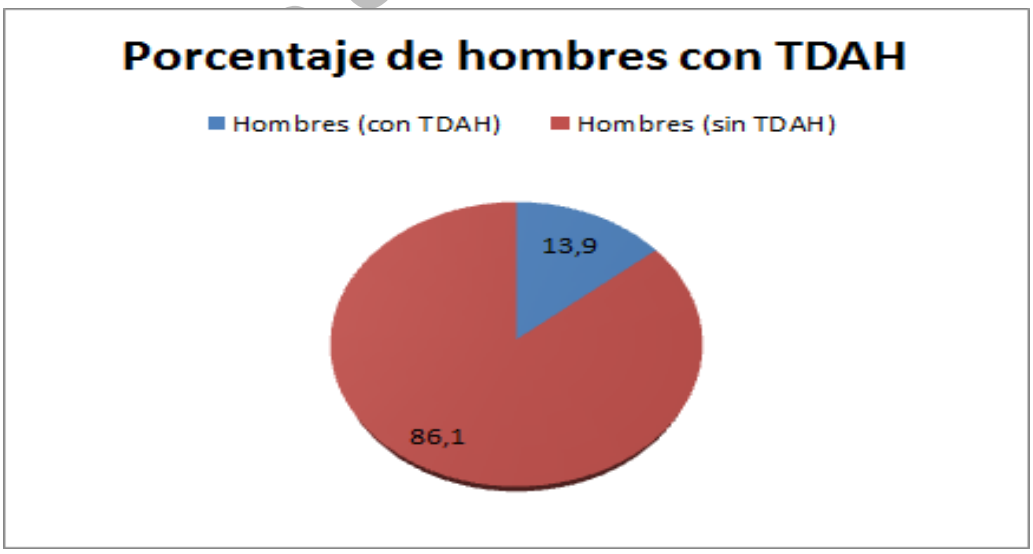


Fig. 2 Gráfico de porcentaje de Hombres con TDAH.

USO ACADÉMICO

Tabla 3. Porcentaje de Mujeres con TDAH.

	Total de Mujeres	Mujeres (con TDAH)	Mujeres (sin TDAH)
Cantidad	184	33	151
Porcentaje (%)	100%	17,9%	82,1%

Referencia: Elaboración propia.

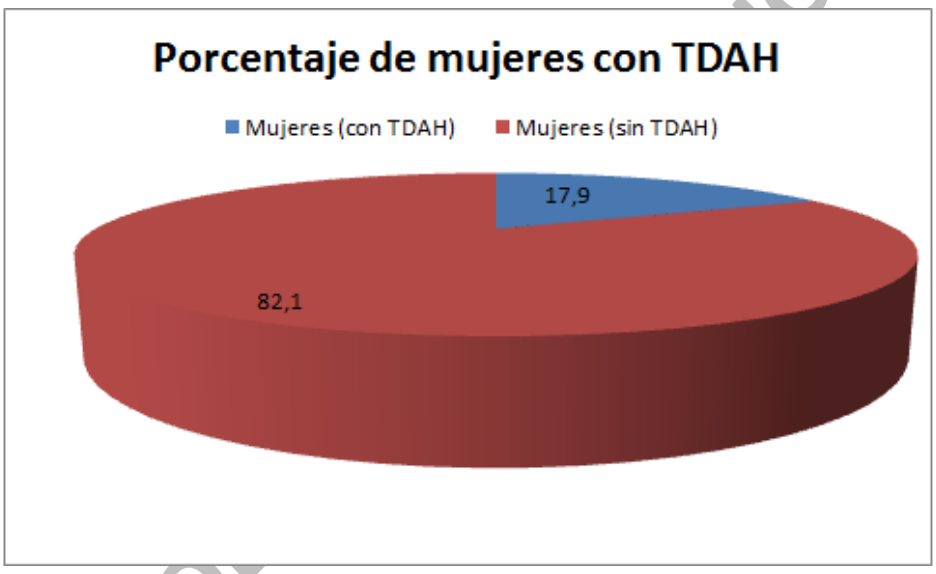


Fig.3 Porcentaje de Mujeres con TDAH

Respecto a la distribución por sexos, según bibliografía, el TDAH en adultos es más frecuente en varones que en mujeres, pero con una proporción mucho menor a la descrita en la infancia. En adultos se ha observado que la proporción varones-mujeres es de hasta 1,6 (de Graaf et al. 2008; Fayyad et al. 2007; Kessler et al. 2006), mientras que en niños varía entre 3:1 y 9:1 (Staller and Faraone 2006). En muestras poblacionales infantiles, no clínicas, se ha estimado mediante un metaanálisis que la prevalencia es 2,45 veces mayor en niños que en niñas (Polanczyk et al. 2007).

Tabla 4. Tabla de contingencia.

	Mujeres	Hombres	Totales
sin TDAH	151	31	182
con TDAH	33	5	38
Total	184	36	220

Fuente: elaboración propia.

La estadística de chi-cuadrado es 0.3449. El valor de p es .557004. Este resultado no es significativo en p <.05.por lo tanto nuestra hipótesis es nula.

Vale decir que el sexo y el TDAH no tienen relación alguna, al menos en nuestra población de estudio; ya que al aplicar el test de chi-cuadrado, demostramos estadísticamente con todos nuestros datos que no existen diferencias significativas. El TDAH ha sido uno de los pocos trastornos que ha sido estudiados en relación al sexo. Se halló que el TDAH según el DSM-IIIR era más común en hombres que en mujeres, no obstante, aún no se ha descrito con precisión la proporción exacta. es importante seguir con investigaciones que hacen la diferencia entre ambos sexos.

El mayor estudio de TDAH en mujeres fue realizado por Faraone y Col. en el año 1991, y se observó que los familiares de alumnos con TDAH, sufren un riesgo mayor de tener TDAH, además de trastornos disociales, depresión mayor y ansiedad. El mayor riesgo no se podía explicar por sexo y edad del sujeto. Estos hallazgos son totalmente coherentes al relacionarlos con estudios anteriores realizados en 1987 por los mismos.

SOLO USO ACADÉMICO

4.3 Relación entre edad y TDAH

En este estudio también se investigó la relación existente entre los rangos de edad con el TDAH. Para esto se separaron a los estudiantes en rangos etarios de 18 a 25 años, 25 a 35 años, 36 y más años. Se encontró que de los 220 estudiantes encuestados, 194 personas pertenecían al rango de 18 a 25 años, 15 al rango de 26 a 35 años y 11 al rango 36 o más años. De estos rangos etarios se puede decir que el 17,0 % de los estudiantes del rango etario de 18 a 25 años, tienen TDAH. (parecido al total de la población que es de 17,3 %). El 20,0 % de los estudiantes del rango etario 26 a 35 años tiene TDAH, resultado también relacionado a la población total que tiene este trastorno.

Tabla 5. Relación entre la edad y TDAH.

Edad (años)	Porcentaje estudiantes con TDAH (%)
18-25	17,0
26-35	20,0
36 y más	18,2
	17,3

Fuente: elaboración propia

SOLO USO ACADÉMICO

Luego en la población de 36 a 45 años, aparece un 18,2 % de la población con TDAH respecto a la población control, lo que también concuerda con la población total. (Tabla 5 y Figura 4). Se ve en concreto que los resultados son bastante similares para los distintos grupos etáreos. Es por esto que se decide realizar la prueba estadística de chi-cuadrado para comprobar diferencias significativas, esta vez con tres grupos etáreos. Los resultados fueron los siguientes.(Tabla 6.)

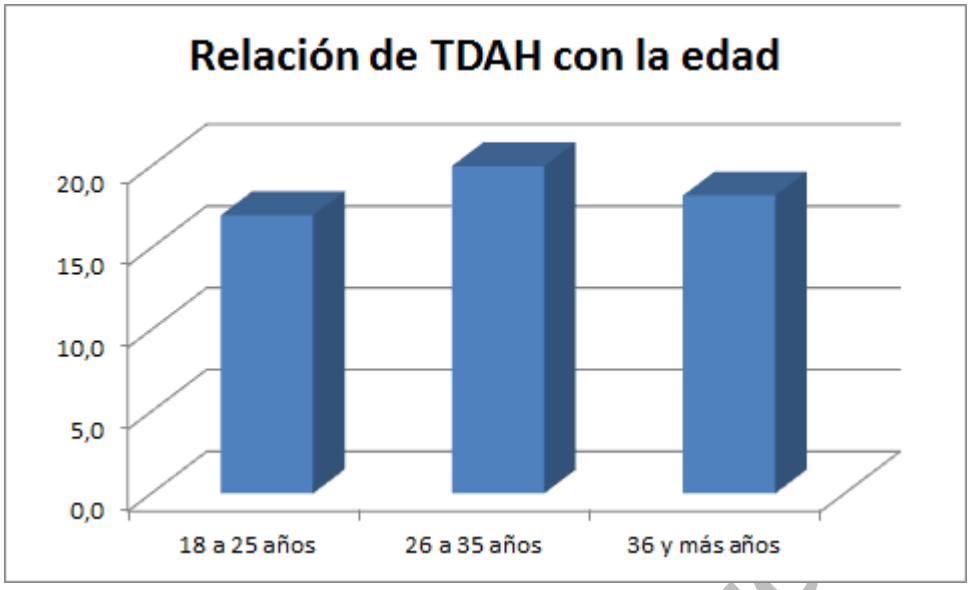


Fig.4 Relación de la edad con el TDAH. Gráfico que representa el porcentaje de la población con TDAH según rango etario y su comparación con el total de la población total con TDAH.

Tabla 6. Análisis chi-cuadrado de relación de TDAH y edad.

	18 a 25 años	***26 a 35 años***	***36 y más años***	***Total***
con TDAH	33	3	2	38
sin TDAH	161	12	9	182
total	194	15	11	220

Referencia: elaboración propia.

La estadística de chi-cuadrado es 0.0938. El valor de p es .954187. No se observan diferencias significativas en p <.05. por lo tanto esta hipótesis es nula.

Se puede concluir entonces, que en esta población de estudio, no existe relación directa entre la edad y el TDAH.

Se encuentra una correlación alta entre el tipo de trastorno y la edad, a mayor

edad, menos trastornos de conducta y eliminación (Baeyens, Roeyers, Walle y Hoebeke, 2005) y más trastornos del estado de ánimo y de alimentación (Aláez et al., 2000).

4.4 Relación entre rendimiento académico y TDAH

Al realizar el análisis de los resultados académicos de los 220 estudiantes encuestados (38 con TDAH y 182 sin TDAH), en el cual se promediaron las calificaciones para la asignatura de técnicas en cuidados clínicos pediátricos, se obtuvo lo siguiente: el promedio de Notas de los estudiantes con TDAH fue de 5,1 en una escala de 1 a 7, mientras que para los estudiantes sin TDAH fue de 5,3.(Tabla 7 y figura 5)

Tabla 7. Promedio de notas de estudiantes con TDAH y sin TDAH.

Promedio de Notas Población Control (estudiantes sin TDAH)	**Promedio de notas estudiantes con TDAH**
5,3	5,1

Referencia: elaboración propia.

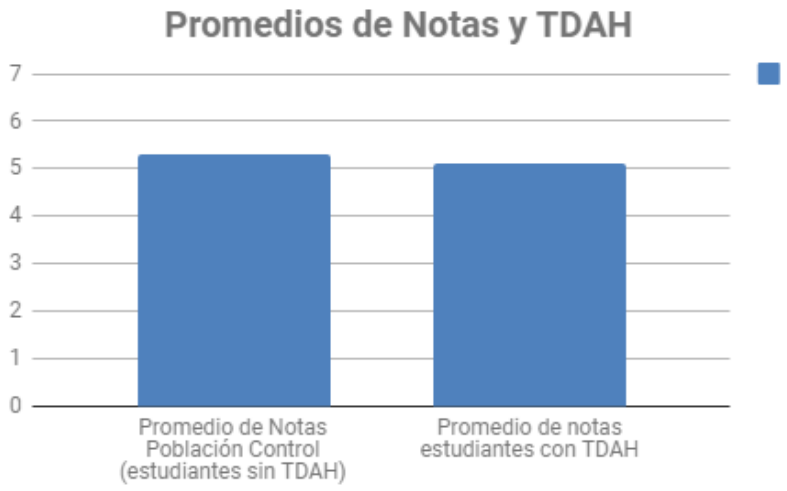


Fig.5 Gráfico demostrativo promedio de notas población control y población con TDAH.(escala de 1 a 7).

Se puede inferir de acuerdo a estos resultados, que si bien hay una leve diferencia de rendimiento, esta es mínima, ya que es en promedio de 5,1 para los estudiantes con TDAH y de 5,3 para los estudiantes del grupo control, considerando que el promedio de notas de los 220 estudiantes en cuestión es de 5,3. Al realizar el análisis estadístico a través de la prueba t-student, los resultados fueron los siguientes. El valor de t es -0.17619. El valor de p es .430116. No existen diferencias significativas para $p < .05$. Por lo tanto se puede decir que esta hipótesis es nula y en esta población de estudio, no existe una relación directa entre el TDAH y el rendimiento académico.

SOLO USO ACADÉMICO

V. CONCLUSIONES

5.1 Generales

Se puede concluir que si bien estudios previos (expuestos en este estudio) asocia esta patología a bajo rendimiento académico y bajo rendimiento en el ámbito laboral, entre otras, en esta investigación parece no influir en el rendimiento académico de un grupo de estudiantes de la misma asignatura, profesión y/o nivel, lo cual resulta contradictorio, pensando en la literatura que existe al respecto, que indicaba previamente, que si influye de manera notable en el desempeño académico de los estudiantes. Si bien el grupo que tiene el TDAH, posee un promedio de 5,1 y el grupo control del mismo universo posee un promedio 5,3, esta diferencia no es significativa al aplicar el test t-student, por lo tanto, esta hipótesis es nula y no existiría una relación directa entre el TDAH y el rendimiento académico.

SOLO USO ACADÉMICO

5.2.1 Desde Los Objetivos

Proporción de estudiantes con TDAH.

En este estudio se puede concluir que los estudiantes de técnico nivel superior en enfermería de la universidad Santo Tomás, que tienen TDAH es mucho mayor (17,3%) al esperado, en edades comprendidas entre los 18 y 84 años, es del 4,7% según los criterios DSM-IV (Murphy and Barkley, 1996), en países desarrollados muy pocos estudios han reportado acerca de la prevalencia del TDAH en estudiantes universitarios, arrojando cifras que varían desde 0,5% hasta 7% (Weyandt LL, 1995; Heiligenstein E., 1998). Esto podría tener numerosas explicaciones. Una de ellas, podría indicar que en la actualidad en Chile hay un aumento explosivo del número de casos de personas con TDAH. Con cifras tan elevadas como del 17%, ha de tenerse en cuenta; pero, por otra parte, no puede dejar de señalarse que al tratar con patologías del neurodesarrollo, las cifras de prevalencia mórbida se alejan muy por encima del 5% obligan a una interpretación cautelosa.(García et Dominguez, 2012). Cuando se analiza este incremento

“explosivo” del número de los casos de TDAH en las consultas pediátricas, se plantea que se deba a muy diversos factores, tales como un mayor conocimiento del trastorno por parte de los profesionales que lo atienden (médicos, profesores y psicopedagogos), porque se reconoce y se detecta de forma más precoz, porque se diagnostica y se trata de forma más eficaz, por la existencia de una mejor coordinación entre profesionales sanitarios implicados, porque ha mejorado la información que reciben los padres, o bien porque los instrumentos de diagnóstico no son totalmente eficaces y por ello se etiquetan como TDAH personas que no lo son. (García et Dominguez, 2012).

Aunque no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, parece factible que el tipo de sociedad actual pueda estar contribuyendo a generar una mayor cantidad de casos de personas con TDAH. La proliferación de los modelos que favorecen los refuerzos externos inmediatos (videojuegos, dibujos animados, televisión, internet, publicidad, etc.), la sociedad de consumo y el cambio hacia una mentalidad materialista, presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de recompensa, el empleo de estrategias reflexivas y el desarrollo de un autocontrol mental eficaz. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada suponen un importante esfuerzo educativo y requiere inversión de tiempo por parte de los padres, elemento que cada vez es más escaso en los países industrializados y que se encuentra además influenciado por el cambio de modelos de familia (familias uniparentales, padres divorciados, etc) (García et Dominguez, 2012).

Otro motivo tiene que ver con el sobrediagnóstico que se le da a la población en general y esto tiene que ver con que el diagnóstico del TDAH sigue siendo eminentemente clínico y se realiza, en este estudio, con el empleo de los criterios diagnósticos del “manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4° edición” (DSM-IV). Estos criterios valoran como se ve dentro de este estudio el llamado core o núcleo sintomático del TDAH que representa una combinación variable de dificultades para prestar atención y concentrarse, presencia de un alto

SOLO USO ACADÉMICO

nivel de actividad, inadecuado para un niño o adulto y un deficiente control de impulsos. Las limitaciones más importantes del DSM-IV residen en clasificar como entidades psiquiátricas a los trastornos del desarrollo y en clasificar los trastornos basándose exclusivamente en la descripción de síntomas y signos, sin aportar ningún dato neurobiológico.(García y Dominguez, 2012). Además se suma un problema metodológico que es que los criterios DSM-IV conceden el mismo peso a cada síntoma a la hora de tomar decisiones diagnósticas, a pesar de que es bien conocido que no todos los items de inatención e hiperactividad-impulsividad son iguales con respecto a su capacidad para predecir un TDAH.

5.2.2 Sexo y TDAH

Se estudia además la relación entre el sexo y la prevalencia de la enfermedad, en donde se puede concluir que la población femenina tiene mucho mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad que los hombres. Según bibliografía previa, el TDAH en adultos es más frecuente en varones que en mujeres, pero con una proporción mucho menor a la descrita en la infancia. En adultos se ha observado que la proporción varones-mujeres es de hasta 1,6 (de Graaf et al. 2008; Fayyad et al. 2007; Kessler et al. 2006). En el caso de este estudio las mujeres con TDAH, representaron un 17,9% de prevalencia respecto a la población control, mientras que los hombres con TDAH representaron un 13,9 %, sin obtener diferencias significativas mediante el test chi-cuadrado, lo que demostraría que no existe relación entre el TDAH y el sexo.

SOLO USO ACADÉMICO

5.2.3 Edad y TDAH

De los resultados obtenidos en este estudio, se puede concluir que el TDAH es un trastorno que es transversal, se presenta en rangos etarios diversos, que van desde la infancia hasta la adultez. Publicaciones previas indican que un 5-8% de niños en edad escolar tenía TDAH y que el trastorno persistía en al menos, un 66% de los sujetos en la edad adulta, la prevalencia en esta etapa de la vida sería entorno al 3,3-5,3% (Barkley et al. 2002). Acá también la hipótesis sería nula, ya

que no existiría relación entre el TDAH y la edad. Esto se pudo corroborar aplicando el test chi-cuadrado, sin encontrar diferencias significativas.

5.3 Desde lo teórico

Tanto el alumno como la casa de estudios deben, por una parte, asumir una intervención conjunta, desde la detección y toma de conciencia de la posible existencia de un trastorno o "alumnos con dificultades en el aprendizaje" y no del etiquetamiento irracional y apresurado de un "alumno problemático". Y por otra, generar un ambiente de respeto, comprensión, apoyo y organización en los diferentes niveles y entornos físicos, socioculturales, en los que el alumno interactúa, con el fin de prevenir o minimizar supuestos obstáculos y limitaciones circunstanciales que frecuentemente de forma negligente empeoran el desarrollo estudiantil de estos alumnos a lo largo de su ciclo vital.

El docente actual debe presentar un proceso reflexivo, lo cual dará lugar a los principios de procedimiento, esto generará estrategias de enseñanza y esto a su vez dará lugar al proceso de aprendizaje en el alumno. Cumpliendo con los objetivos propuestos desde la planificación.

El fracaso académico no se puede atribuir a un síndrome. Las instituciones inclusivas son en donde todos los alumnos aprenden, dentro de ellas no existen las etiquetas como el déficit atencional. Desde la perspectiva de la inclusión, el trastorno por déficit atencional no existe, pues no supone que el niño tenga que adaptarse al formato en que se enseña en la escuela, sino que debe ser la escuela la que busque estrategias y métodos para entregar oportunidades de aprendizaje a todos sus alumnos.

Existe algo de mito respecto a la enfermedad, ya que este estudio indica la presencia de la enfermedad en la población de estudio, pero esta no se relaciona significativamente ni con las calificaciones, ni con el sexo, ni con la edad. Por lo tanto algunos de los efectos negativos mencionados en bibliografía, en el comportamiento de las personas con TDAH, no son tales los efectos de la

COPIA NO ACADÉMICO

enfermedad en el comportamiento de las personas, deben ser cuestionados, ya que si bien muchas publicaciones avalan ciertas conductas en los pacientes de TDAH, nuevamente se cae en la visión del investigador, que en lo concreto, se basa en estudios con baja representatividad y tienden a sobrediagnosticar a pacientes con TDAH.

5.4 Limitaciones

La anamnesis exhaustiva y una exploración física completa tienen una importancia esencial en el proceso diagnóstico del TDAH; sin embargo, hay escasas evidencias respecto a su validez y fiabilidad, en especial en atención primaria (AP). En este estudio, el diagnóstico de TDAH en los pacientes derivados a una atención especializada presenta una validez diagnóstica general moderada, teniendo en cuenta que se considera alta aquella en que los índices de validez superan el 80%. La sensibilidad ha sido alta; la especificidad, moderada-baja; el valor predictivo positivo, bajo, y el valor predictivo negativo, alto.(Morán Sánchez et al. 2008). Los pediatras de AP tienen buena capacidad para detectar a los enfermos pero a costa de un elevado número de falsos positivos. Cuando un pediatra deriva a un paciente con sospecha de TDAH, la probabilidad de que realmente tenga TDAH es baja. Los resultados de la validez del diagnóstico de sospecha de TDAH se asemejan a los de una prueba de cribado.

Estos resultados indican una serie de recomendaciones:

1. Se podría mejorar la precisión diagnóstica de los pediatras de AP en relación con el TDAH con actividades formativas, organizativas (mayor coordinación entre la atención primaria y la especializada) o mixtas (sesiones clínicas conjuntas).

2. Se podría complementar el diagnóstico en AP con otras pruebas que incrementen la especificidad diagnóstica para disminuir el gran número de falsos positivos.

La preocupante alta prevalencia que ha aparecido en algunos estudios, con cifras tan elevadas como del 17%, ha de tenerse en cuenta; pero, por otra parte, no

puede dejar de señalarse que al tratar con patologías del neurodesarrollo las cifras de prevalencia mórbida que se alejan muy por encima del 5% obligan a una interpretación cautelosa (García et Domínguez, 2012).

Cuando se analiza este incremento “explosivo” de los casos de TDAH en las consultas pediátricas, se puede plantear a que se deba a muy diversos factores, como un mayor conocimiento del trastorno por parte de los profesionales que lo atienden (médicos, profesores y psicopedagogos), porque se reconoce y se detecta de forma más precoz, porque se diagnostica y se trata de forma más eficaz, por la existencia de una mejor coordinación entre los profesionales sanitarios implicados, porque ha mejorado la información que reciben los padres de estos niños, o bien porque los instrumentos de diagnóstico no son totalmente eficaces y por ello se etiquetan como TDAH niños que no lo son.(García et Domínguez, 2012).

Por otro lado, la proliferación de los modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos (videojuegos, dibujos animados, televisión, Internet, publicidad, etc.), la sociedad de consumo y el cambio hacia una mentalidad materialista, presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de recompensa, el empleo de estrategias reflexivas y el desarrollo de un autocontrol mental eficaz. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada suponen un importante esfuerzo educativo y requiere inversión de tiempo por parte de los padres, elemento que cada vez es más escaso en los países industrializados y que se encuentra además influenciado por el cambio de modelos de familia (familias uniparentales, padres divorciados, etc.).

El diagnóstico del TDAH sigue siendo eminentemente clínico y se realiza, en este medio, con el empleo de los criterios diagnósticos del “manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición” (DSM-IV). Estos criterios valoran el llamado núcleo o core sintomático del TDAH que representa una combinación variable de dificultades para prestar atención y concentrarse, presencia de un nivel alto de actividad, inadecuado para la edad del niño, y un deficiente control de impulsos. Las limitaciones más importantes del DSM-IV

residen en clasificar como entidades psiquiátricas a los trastornos del neurodesarrollo y en clasificar los trastornos basándose exclusivamente en la descripción de síntomas y signos sin aportar ningún dato neurobiológico.Un problema metodológico importante es que los criterios del DSM-IV conceden el mismo peso a cada síntoma a la hora de tomar decisiones diagnósticas, a pesar de que es bien conocido que no todos los ítems de inatención e hiperactividad-impulsividad son iguales con respecto a su capacidad para predecir un TDAH. (García et Domínguez, 2012).

5.5 Proyecciones

Las proyecciones son numerosas. En Chile existen pocos estudios al respecto, uno dice relación con estudiantes, de hecho, hay sólo uno que determinó la "Prevalencia de déficit atencional en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile" (Santander J., 2013). Este sería quizás un segundo estudio en nivel superior, lo cual indica que hay todo un campo por descubrir e investigar. Se debe primero determinar si el TDAH es una afección que influye en el rendimiento académico de las personas, luego determinar cómo influye, para luego intervenir, no sólo desde un punto de vista médico y farmacológico, sino que intervenir en el ámbito educacional. El desafío sería entonces idear nuevos currículums, estrategias de aprendizajes, evaluaciones y didáctica, para adaptarse a estudiantes con esta patología y no sólo drogar a los estudiantes para que se adapten a un modelo educativo poco interesante, para personas con esta condición. Existen también desafíos en el área de la biología molecular y psiquiatría, ya que se puede determinar en un futuro no muy lejano, cuál es la orquestación de genes involucrados en la enfermedad, con posibles tratamientos farmacológicos alternativos y no tan radicales como los que existen actualmente, ya que se está abusando del uso del metilfenidato clorhidrato que es un estimulante del sistema nervioso central, que está indicado como parte del tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). En el ámbito de las ciencias sociales se podrían realizar estudios más

SOLO USO ACADÉMICO

representativos y que puedan obtener resultados concretos sobre la influencia del contexto psicosocial de las personas, para lograr luego intervenir no sólo desde una perspectiva docente y médica, sino que desde una perspectiva social.

El resultado de la hipótesis, nula, ayuda a realizar ciertas correcciones para futuras investigaciones. Podría tomarse más de 1 año o más de un semestre para realizar más comparaciones con respecto a las edades y resultados.

También otro punto de comparación para futuras investigaciones es sólo realizarla con una variante, como por ejemplo, sólo edad.

SOLO USO ACADÉMICO

VI. BIBLIOGRAFÍA

Adler, L., and Cohen, J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.PsychiatrClin North Am (2004) 27(2):187-201.

Albaret J. M (2001). Troubles psicomoteurs chez l'enfant. EncyclMédChir, Psychiatrie 37201F10. Paris: Elsevier.

Almeida Montes, L. G., Hernandez Garcia, A. O., and Ricardo-Garcell, J. ADHD prevalence in adult outpatients with non psychotic psychiatric illnesses. J AttenDisord (2007) 11(2):150-6.

Almonte, C. (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. Psicopatología infantil y de la adolescencia (507 – 522). Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.

Alpert, J. E., Maddocks, A., Nierenberg, A. A., et al. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. Psychiatry Res (1996) 62(3):213-9.

Babbitt, B.C., & White, C. M. (2002)."R U Ready?" Helping Students Assess Their Readiness for Postsecondary Education. Teaching Exceptional Children, Vol. 35(2), 62-66.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., Dupaul, G. I., et al. Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. J IntNeuropsycholSoc (2002) 8(5):655-72.

Barkley, R. A., Smith, K. M., Fischer, M., et al. An examination of the behavioral and neuropsychological correlates of three ADHD candidate gene polymorphisms (DRD4 7+, DBH TaqI A2, and DAT1 40 bp VNTR) in hyperactive and normal children followed to adulthood. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet (2006b) 141B(5):487-98.

SOLO ACADÉMICO

Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., &Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. Psychiatry Research, 177(3), 299–304. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.010

Bradley, C. The behavior of children receiving benzedrine. Am J Psychiatry (1937) 94:577-585.

Brinckerhoff, L.C., McGuire, J.M., & Shaw, S.F. (2002).Postsecondary education and transition for students with learning disabilities (2nd ed.). Austin, TX: PRO-ED.

Briones G. (1996). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales.INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACI”N SUPERIOR, ICFES .

Cerutti V., Barrera M., Donolo D. (2008). ¿Desatentos? ¿Desatendidos?: una mirada psicopedagógica del TDAH en estudiantes universitarios Revista Chilena de Neuropsicología, vol. 3, núm. 2, pp. 4-13 Universidad de La Frontera Temuco, Chile.

Cook T. D., Reichardt CH. S.. (1986) Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Ediciones Morata, S. L. 1ª ed., Madrid, Colección: Pedagogía.

deGraaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., et al. The prevalence and effects of adult attention- deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Occup Environ Med (2008) 65(12):835-42.

Dias, G., Mattos, P., Coutinho, G., et al. Agreement rates between parent and self-report on past ADHD symptoms in an adult clinical sample. J AttenDisord (2008) 12(1):70-5.

DuPaul, G. J., Schaughency, E. A., Weyandt, L. L., et al. Self-report of ADHD symptoms in university students: cross-gender and cross-national prevalence. J Learn Disabil (2001) 34(4):370-9.

SOLO USO ACADÉMICO

DuPaul, G., Power, T., Anastopoulos, A., et al. ADHD Rating Scales, IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. Guilford Press., 1998.

Eaton, H., &Coull, L. (1998). Transitions to postsecondary learning: Self-advocacy handbook. Vancouver, BC: Eaton Coull Learning Group

Eyestone, L. L., and Howell, R. J.An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. Bull Am Acad Psychiatry Law (1994) 22(2):181-93.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., et al. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World Psychiatry (2003) 2(2):104-113.

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder.Br J Psychiatry (2007) 190:402-9.

Feinstein, C (2004). Neuroethics: The Treatment of Child and Adolescent Depression: A Cautionary Tale. Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, policopiado.

Fernández, S.P .,Pértegas, S., Investigación cuantitativa y cualitativa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España) Cad Aten Primaria 2002; 9: 76-78.

Fernández M,, Francisco D., Hinojo L., Francisco Javier y Aznar Díaz, Inmaculada . (2003) Dificultades del alumnado con déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el aula: implicaciones para la formación docente. Enseñanza: anuario interuniversitario de didáctica (21), 2003, p. 219-2.32. ISSN 0212-5374

García J.J., Dominguez J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?. Evidencias en pediatría. Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas.EvidPediatr. 2012;8:51.

SOLO USO ACADÉMICO

Heiligenstein, E., Conyers, L. M., Berns, A. R., et al. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. J Am Coll Health (1998) 46(4):185-8.

Herrera Narváez, G., Of, P., Deficit, A., & Disorder, H. (2005).Prevalencia del déficit atencional con hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, Chile. Theoria, 14(2), 45–55.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., et al. The World Health Organization Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychol Med (2005) 35(2):245-56.

Kooij, J. J., Aeckerlin, L. P., and Buitelaar, J. K. [Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department]. Ned TijdschrGeneeskd (2001) 145(31):1498-501.

Kooij, J. J., Buitelaar, J. K., van den Oord, E. J., et al. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. Psychol Med (2005) 35(6):817-27.

Kooij, J. S., Boonstra, A. M., Vermeulen, S. H., et al. Response to methylphenidate in adults with ADHD is associated with a polymorphism in SLC6A3 (DAT1). Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet (2008) 147B(2):201-8.

Lagos L P , Silva C. , Rothhammer P. , Carrasco X , Llop E, Aboitiz F , Rothhammer F (2011). Riesgo de déficit atencional/hiperactividad en escolares Aymara, Rapa-Nui y de Santiago de Chile. Posible contribución de polimorfismos genéticos del sistema dopaminérgico. RevMed Chile 2011; 139: 600-605.

Lee, S. I., Schachar, R. J., Chen, S. X., et al. Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. J Child Psychol Psychiatry (2008) 49(1):70-8.

Mannuzza, S., Klein, R. G., Klein, D. F., et al. Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry (2002) 159(11):1882-8.

SOLO USO ACADÉMICO

Martínez Martín, M. y col. Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Editorial Altaria (2013)

McGough, J. J., and Barkley, R. A. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder.Am J Psychiatry (2004) 161(11):1948-56.

Montiel-Nava, C., Ortiz León., S., Jaimes Medrano, A., González Ávila, Z (2012) Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en estudiantes universitarios venezolanos. Reporte Preliminar .InvestClin. 53(4):1353-364.

Morán Sánchez I. , Navarro-Mateub F., Sánchez , Salesa A.,(2008). Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. Aten Primaria. 2008;40(1):29-33 |.

Moreno García I (2011) Perspectivas actuales del alumnado universitario con TDAH. Conferencia no publicada. Universidad de Córdoba.

Murphy, K. R., and Adler, L. A. Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. J Clin Psychiatry (2004) 65 Suppl 3:12-7.

Murphy, K., and Barkley, R. A. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. Compr Psychiatry (1996a) 37(6):393-401.

Murphy, P., and Schachar, R. Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. Am J Psychiatry (2000) 157(7):1156-9.

National Joint Committee on Learning Disabilities.(1994).Secondary to postsecondary transition planning for students with learning disabilities. (pp.97-104) Austin, TX: PRO-ED.

Nierenberg, A. A., Miyahara, S., Spencer, T., et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. Biol Psychiatry (2005) 57(11):1467-73.

SOLO USO ACADÉMICO

O'Donnell, J. P., McCann, K. K., and Pluth, S. Assessing adult ADHD using a self-report symptom checklist. PsycholRep (2001) 88(3 Pt 1):871-81.

Ortiz León S , Aurora L. Medrano J. (2016).Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios.Vol. 59, n.o 5.

Pascual-Castroviejo Ignacio.(2009) Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Neuropediatría. Asociación Española de Pediatría, Madrid.20:(140-150)

Philipsen, A. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci (2006) 256 Suppl 1:i42-i46.

Philipsen, A., Limberger, M. F., Lieb, K., et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. Br J Psychiatry (2008) 192(2):118-23.

Pineda, D., Ardila, A., Rosselli, M., et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. J Abnorm Child Psychol (1999) 27(6):455-62.

Plessen, K. J., Bansal, R., Zhu, H., et al. Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry (2006) 63(7):795-807.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry (2007) 164(6):942-8.

Quinn, J. M. & Wood, W., (2003). Forewarned and forearmed? Two meta-analysis syntheses of forewarnings of influence appeals.PsychologicalBulletin, 129(1), 119-138.

SOLO USO ACADÉMICO

Ramos-Quiroga J A, . Picado M, Mallorquí-Bagué N., Vilarroya O., Palomar G., Richarte V., . Vidal R, Casas M.(2012). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen estructural y funcional.RevNeurol 2013; 56 (Supl 1): S93-S106.

Rasmussen, K., and Levander, S. Untreated ADHD in adults: are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment? J AttenDisord (2009) 12(4):353-60.

Reiff mi and Tippins S (EDS) (2004). ADHD: A complete and Authoritative Guide. American Academy of Paediatrics. Washington: AAP.

Rodríguez-Salinas Pérez E., Navas García M. , González Rodríguez P. , Fominaya Gutiérrez S. Duelo Marcos, M. (2006). RevPediatr Aten Primaria.;8Supl 4:S175-98 Enrique Rodríguez-Salinas.

Rosler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., et al. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci (2004) 254(6):365-71.

Roizblatt S, Arturo, Bustamante V, Francisco, &Bacigalupo I, Félix. (2003). Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos. Revista médica de Chile, 131(10), 1195-1201. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003001000015

Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., et al. Functional frontalisation with age: mapping
neurodevelopmental trajectories with fMRI. Neurosci.Biobehav. Rev. (2000) 24(1):13-9.

Russell, V. A. Neurobiology of animal models of attention-deficit hyperactivity disorder.J Neurosci. Methods (2007a) 161(2):185-98.

Sampieri R, Fernández C., Baptista P., (2010). Metodología de la investigación. Quinta Edición. McGraw-Hill.

Santander T, Jaime, Berner G, Juan Enrique, Contreras S, Ana María, & Gómez D, Teresita. (2013). Prevalencia de déficit atencional en estudiantes de medicina

SOLO USO ACADÉMICO

de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51(3), 169-174. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000300002

Simon, V., Czobor, P., Balint, S., et al. Prevalence and correlates of adult attention-deficit
hyperactivity disorder: meta-analysis. Br J Psychiatry (2009) 194(3):204-11.

Staller, J., and Faraone, S. V. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. CNS Drugs (2006) 20(2):107-23.

Still, G. F. Some abnormal psychical conditions in children. Lancet (1902) 1:1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.

Tamam, L., Karakus, G., and Ozpoyraz, N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci (2008) 258(7):385-93.

Thomas, C. (1999, May/June). Supporting student voices in transition planning.TeachingExceptionalChildren, 31(5), 4-9.

Tedesco J. C. (2000). Educar en la sociedad del conocimiento. México, fondo de cultura económica.

Tizón J. L. (2007) , El “niño hiperactivo” como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización?* . Psicopatol. Salud ment., M2, 23-30.

Urzúa M, A, Domic S, M., Cerda C, A., Ramos B, Mireya, & Quiroz E, Jael. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. Revista chilena de pediatría, 80(4), 332-338. https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000400004

Valdizán J.R., Izaguerri-Gracia A.C. . (2009).Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Rev. Neurol 2009; 48 (Supl 2): S95-S99.

Verdugo L, Astaburuaga M, Muñoz C, Navarrete D: Test de Conners en niños de segundo básico de la provincia de Talca. Rev ChilPediatr 2006; 77 (6): 621-88.

SOLO USO ACADÉMICO

Vermeiren, R. Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. ClinPsychol Rev (2003) 23(2):277-318.

Weiss, G., and Hechtman, L. Hyperactive children grown up.ADHD in children, adolescents and adults. (2 ed.). Guilford Press, 1993.

Wender, P.H., Reimherr, F. W., and Wood, D. R. Attention deficit disorder (minimal brain dysfunction) in adults.A replication study of diagnosis and drug treatment. Arch. Gen. Psychiatry (1981) 38(4): 448-56.

Weyandt, L. L., Linterman, I., and Rice, J. A. Reported prevalence of attentional difficulties in a general sample of college students.Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment (1995) 17:293-304.

Wilens, T. E., and Spencer, T. J. The stimulants revisited. Child AdolescPsychiatrClin N Am (2000) 9(3):573-603, viii.

Wilens, T. E., and Dodson, W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. J Clin Psychiatry (2004) 65(10):1301-13.

Wilens, T. E. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use.J Clin Psychiatry (2007) 68 Suppl 11:4-8.

Winokur, G., Coryell, W., Endicott, J., et al. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). Am J Psychiatry (1993) 150(8):1176-81.

Wood, D. R., Reimherr, F. W., Wender, P. H., et al. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. Arch Gen Psychiatry (1976) 33(12):1453-60.

http://www.latercera.com/noticia/casos-de-deficit- atencional-en- el-pais- se-duplicaron-entre-los- anos-2009- y-2013/

SOLO USO ACADÉMICO

VII. Anexos

Cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1)
de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS
© Organización Mundial de la Salud

Marque la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses. Por favor, entregue el cuestionario completado a su médico durante su próxima visita para discutir los resultados.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia mueve continuamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?					

Fig.1 Cuestionario ASRS-V1.1.Fuente: extraída de la entrevista diagnóstica compuesta de la OMS.

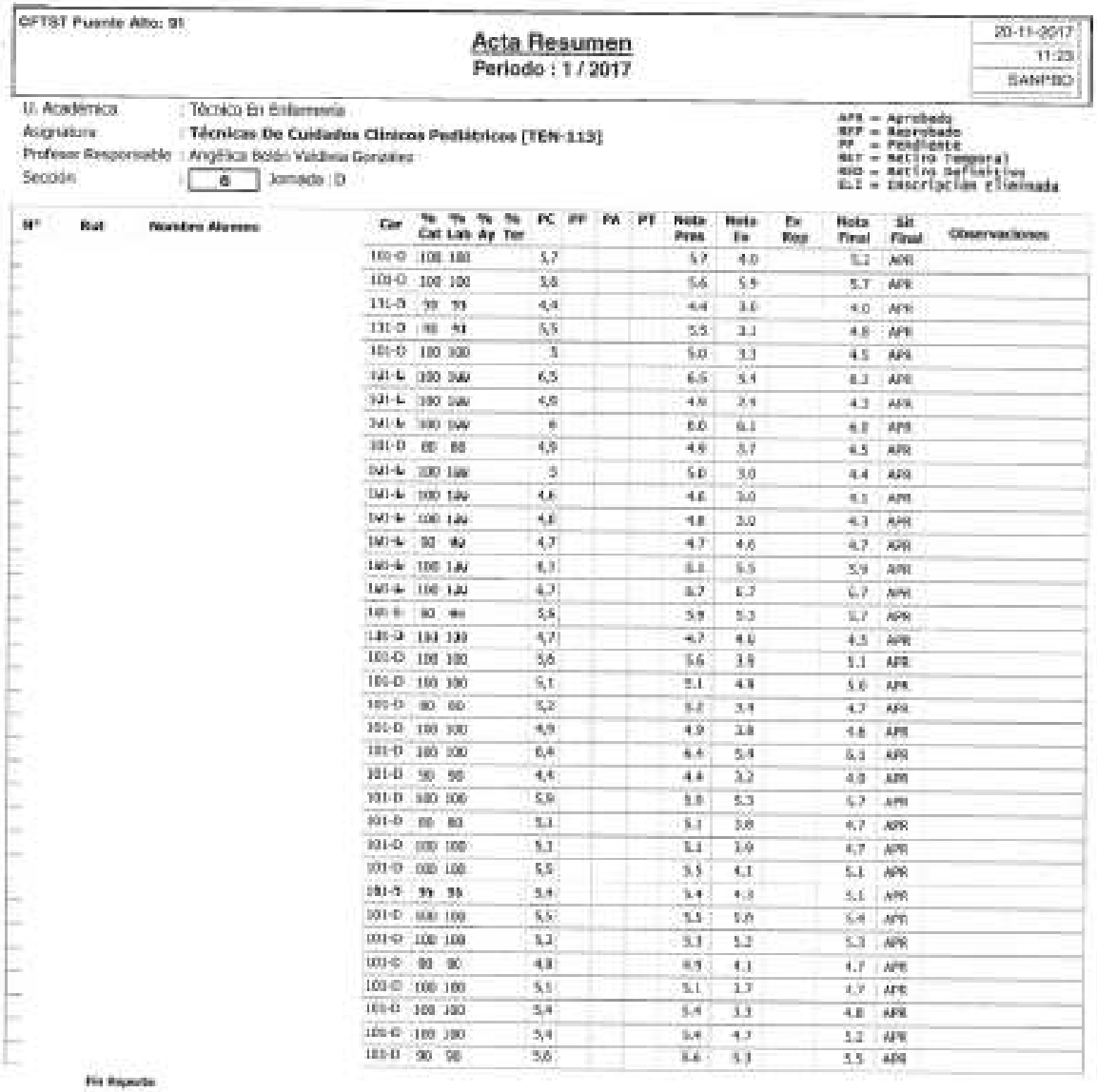
SOLO USO ACADEMICO

Escala de Auto detección para Adultos

	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1.- ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?			X		
2.- ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?			X		
3.- ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?		X			
4.- Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?			X		
5.- ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?				X	
6.- ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?				X	

Fig. 2 Encuesta contestada por estudiante. Fuente: elaboración propia.

SOLC



©FTST Puente Alto: 91

Acta Resumen

Periodo : 1 / 2017

20-11-2017
11:23
SANPBO

U. Académica : Técnico En Enfermería
Asignatura : **Técnicas De Cuidados Clínicos Pediátricos [TEN-113]**
Profesor Responsable : Angélica Belén Valdivia González
Sección : 8 Jornada : D

APR = Aprobado
RPP = Reprobado
PP = Pendiente
RET = Retiro Temporal
RND = Retiro Definitivo
ELI = Inscripción Eliminada

N°	Rut	Nombre Alumno	Car	% Cat	% Lab	% Ay	% Ter	PC	PP	PA	PT	Nota Pres	Nota Ex	Ex Rep	Nota Final	Sit Final	Observaciones
			101-D	100	100			5,7				5,7	4,0		5,2	APR	
			101-D	100	100			5,6				5,6	5,9		5,7	APR	
			131-D	90	90			4,4				4,4	3,6		4,0	APR	
			131-D	90	90			5,5				5,5	3,1		4,8	APR	
			101-D	100	100			5				5,0	3,3		4,5	APR	
			101-L	100	100			6,5				6,5	5,4		6,3	APR	
			101-L	100	100			4,9				4,9	2,4		4,3	APR	
			101-L	100	100			6				6,0	6,1		6,0	APR	
			101-D	80	80			4,9				4,9	3,7		4,5	APR	
			101-L	100	100			5				5,0	3,0		4,4	APR	
			101-L	100	100			4,6				4,6	3,0		4,1	APR	
			101-L	100	100			4,8				4,8	3,0		4,3	APR	
			101-L	90	90			4,7				4,7	4,6		4,7	APR	
			101-L	100	100			6,3				6,3	5,5		5,9	APR	
			101-L	100	100			6,7				6,7	6,7		6,7	APR	
			101-D	80	80			5,6				5,9	5,3		5,7	APR	
			101-D	100	100			4,7				4,7	4,6		4,5	APR	
			101-D	100	100			5,6				5,6	3,9		5,1	APR	
			101-D	100	100			5,1				5,1	4,8		5,0	APR	
			101-D	80	80			5,2				5,2	3,4		4,7	APR	
			101-D	100	100			4,9				4,9	3,8		4,6	APR	
			101-D	100	100			6,4				6,4	5,4		6,1	APR	
			101-D	90	90			4,4				4,4	3,2		4,0	APR	
			101-D	100	100			5,9				5,9	5,3		5,7	APR	
			101-D	80	80			5,1				5,1	3,8		4,7	APR	
			101-D	100	100			5,1				5,1	3,9		4,7	APR	
			101-D	100	100			5,5				5,5	4,1		5,1	APR	
			101-D	90	90			5,4				5,4	4,3		5,1	APR	
			101-D	100	100			5,5				5,5	5,6		5,4	APR	
			101-D	100	100			5,2				5,3	5,2		5,3	APR	
			101-D	90	90			4,8				4,9	4,1		4,7	APR	
			101-D	100	100			5,1				5,1	3,7		4,7	APR	
			101-D	100	100			5,4				5,4	3,3		4,8	APR	
			101-D	100	100			5,4				5,4	4,7		5,2	APR	
			101-D	90	90			5,6				5,6	5,3		5,5	APR	

Fin Reporte

Fig.3 Acta resumen de grupo de estudio. Fuente: Centro de formación técnica Santo Tomás, Puente Alto. Asignatura técnicas de cuidados clínicos pediátricos (primer semestre 2017).