

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**“TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD COMO
FACTOR DE BAJO RENDIMIENTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA”**

AUTOR: DIANA KARINA CURAY ROQUE

ASESOR: DRA. ANA FIORELLA RAMIREZ ESPINOLA

Trujillo– Perú

2019



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

“TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD COMO
FACTOR DE BAJO RENDIMIENTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA”

DR. SERRANO GARCIA MARCO

PRESIDENTE

DR. SANCHEZ RIVERA HUGO

SECRETARIO

DR. MOYA VEGAVICTOR

VOCAL

DEDICATORIA

Agradecimiento especial a mi madre Melva, ya que sin ella nada de lo que soy ahora sería posible, no hay manera de agradecer el sacrificio que hiciste por mí, por tus consejos en los momentos que más necesitaba tu apoyo, amor incondicional y por ser no solo mi madre si no mi amiga y hombro en este camino tan largo que recorrí y me queda por recorrer, Gracias porque siempre quien, has estado a mi lado. Todo esto es dedicado a ti madre.

Y claro está a dios que sin él no estaría con vida, salud y muchísimas ganas de seguir adelante, triunfando día a día.

También agradezco a toda mi familia, entre ellos un ángel bello que me cuida desde el cielo, ya que me han apoyado a lo largo de mi carrera, creo que un gracias se queda corto para ustedes.

AGRADECIMIENTO

A Dios, ya que sin el nada de esto sería posible.

A mi madre Melva, por el sacrificio y esfuerzo que hace todos los días y por depositar su confianza en mí.

A mi asesora, Dra. Ramírez Espinola Ana Fiorella, gran médico y docente de mi universidad, gracias por su apoyo en la elaboración de mi tesis.

Finalmente, a mi padre miguel, que, aunque no está físicamente conmigo, siempre está presente en mi pensamiento y corazón, gracias por ser mi ángel guardián, te amo mucho.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	26
DISCUSION.....	29
CONCLUSION.....	32
RECOMENDACIÓN.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
ANEXOS.....	41

Resumen

Objetivo: Determinar si el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un factor de bajo rendimiento académico.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, analítico de cohorte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 455 estudiantes de medicina humana de los ciclos VIII, IX, X y XI de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo en el período enero – junio 2019, a quienes se les realizó una encuesta, evaluando así las variables y el test para TDAH en adultos (cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 6 preguntas-Versión 1.1), según criterios de selección fueron divididos en 2 grupos: estudiantes que presentan Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que presentan bajo rendimiento académico y estudiantes que no presentan Trastorno de déficit de atención e hiperactividad y presentan bajo rendimiento académico, aplicándose el odds ratio, y la prueba estadística chi cuadrado.

Resultados: se recopilaron 455 encuestas, entre las edades de 21 años a 35 años, y encontramos un 17.2 % de estudiantes universitarios que presentan TDAH asociado a bajo rendimiento académico y un 7.7 de estudiantes que presentan TDAH, pero no asociado a bajo rendimiento académico, además en el análisis multivariantes se observa que la edad, el sexo, la depresión, la ansiedad son variables que influyen en el bajo rendimiento académico. La razón entre estudiantes con bajo rendimiento versus no bajo rendimiento es 2,49 veces mayor en estudiantes con TDAH en comparación a estudiantes sin TDAH. Además, apreciándose una diferencia significativa ($p \leq 0,05$). Esta asociación es estadísticamente significativa.

Conclusión: El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un factor en el bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina Humana.

Palabras clave: estudiantes de medicina humana, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, bajo rendimiento académico

ABSTRACT

Objective: To determine if attention deficit hyperactivity disorder is a factor of low academic performance.

Material and methods: An observational, analytical cross-sectional cohort study was carried out. The study population consisted of 455 human medicine students of cycles VIII, IX, X and XI of the Antenor Orrego Private University of Trujillo in the period January - June 2019, who were surveyed, evaluating the variables and the test for ADHD in adults (self-reported questionnaire for adult ADHD screening of 6 questions-Version 1.1), according to selection criteria, were divided into 2 groups: students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder who presented low academic performance and students who do not have Attention Deficit Hyperactivity Disorder and have low academic performance, applying the odds ratio, and the chi square statistical test.

Results: 455 surveys were collected, between the ages of 21 and 35, and we found 17.2% of university students with ADHD associated with poor academic performance and 7.7 of students with ADHD, but not associated with low academic performance. In addition, multivariate analysis shows that age, sex, depression, and anxiety are variables that influence low academic performance. The ratio between students with low performance versus non-low performance is 2.49 times higher in students with ADHD compared to students without ADHD. In addition, appreciating a significant difference ($p = <0.05$). This association is statistically significant.

Conclusions: Attention deficit hyperactivity disorder is a factor in the low academic performance of Human Medicine students.

Key words: human medicine students, attention deficit hyperactivity disorder, low academic performance

1. INTRODUCCION:

El TDAH o trastorno de atención e hiperactividad es un trastorno de origen neurológico y biológico de forma crónico, con sintomatología evolutiva y con probabilidad de transmisión genética que aqueja entre un 5 o 10 % de la población infantil, e incluso hasta la edad adulta en un 60 % de los casos, según el DMS V, donde hay una producción escasa de los neurotransmisores de dopamina y noradrenalina, cuya función es provocar una correcta comunicación entre las neuronas, lo cual afectan a diferentes circuitos reguladores de distintas zonas del cerebro: el córtex pre frontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales.

Según OMS, es un trastorno que comienza con normalmente en la etapa de infancia y se identifica por problemas para mantener la atención, hiperactividad o excesivos movimientos e impulsividad o dificultad para poder controlar sus impulsos.

Según DMS V es un patrón constante de inatención y /o hiperactividad-impulsividad o entorpece el funcionamiento o desarrollo que se determina por:

Inatención: aquí más de 6 síntomas han continuado, no menos de 6 meses en un grado que no coincide con el nivel de desarrollo normal y que aqueja específicamente las actividades de índole social, académicas o laborales. Para adolescentes mayores y adultos se requiere al menos 5 síntomas. (A partir de los 17 años).

Hay dificultad para prestar la atención adecuada a los detalles o por desidia se cometen faltas en las ocupaciones habituales laborales, en reiteradas ocasiones le es complejo mantener la atención en faenas o diversas actividades de recreación. Con frecuencia parece no escuchar a quien le habla, no continúa las

instrucciones, y no finaliza las tareas, en los quehaceres o los compromisos profesionales, se le dificulta organizar tareas u alguna actividad. Además, muestra poca vehemencia en empezar las actividades que requieren algún esfuerzo mental que demanda mucho tiempo, frecuentemente extravía cosas necesarias para quehaceres o actividades. Con facilidad se entretiene por estímulos externos o pensamientos que no tienen relación. U olvida tareas que debía realizar. (1)

Hiperactividad o impulsividad: Normalmente juega o pega con las manos o los pies o se arquea en el asiento. Se pone de pie en circunstancias que debe permanecer sentado, presenta una conducta inquieta. No juega ni se ocupa sosegadamente de actividades que lo recreen. Reiteradamente se muestra “atareado” simulando como “si lo empujara un motor”, con notable dificultad para lograr estar tranquilo en una reunión. Habla excesivamente. Contesta repentinamente o antes de que se haya acabado una pregunta (concluye frases de otros y se antepone a turnos que no le corresponde en un dialogo).

Su etiología es multifactorial y se inicia desde la infancia.

En base a su sintomatología conocemos tres presentaciones clínicas inatención, hiperactivo y combinado (si hay síntomas de inatención e hiperactividad en el mismo paciente.). Cabe resaltar que ningún factor solo, explica el origen del trastorno. (1,2,3).

Factores genéticos: Si algún familiar tiene TDAH. Existe 1/3 de personas con TDAH que tienen un familiar con esa enfermedad. Si el niño o adolescente tiene TDAH, sus hermanos también podrían presentarlo. Y tiene un riesgo de 2 veces mayor de padecerlo que la población en general. No en todos los hermanos tienen la misma manifestación. En alguno puede predominar la inatención o la hiperactividad.

Factores psicosociales: Las vivencias que producen estrés psicológico, y provocan desequilibrio y otros componentes inductores de ansiedad favorecen el inicio o persistencia de TDAH.

Factores predisponentes: carácter complicado del infante o joven y exigencias de la sociedad. Falta de acuerdo en los padres.

En pacientes de edad adulta es frecuente que la clínica del TDAH, se manifiesta asociada a otras patologías psicopatológicas, entre ellas están, depresión, insomnio, problemas con el manejo del tiempo, reacciones explosivas de ira, labilidad emocional, y como consecuencia trae consigo baja tolerancia a situaciones de estrés, desatención, problemas para concentrarse en lecturas o actividades que demandan prestar atención por horas, omisiones y equivocaciones usuales. Postergación para iniciar tareas y dificultad para finalizarlas, considerando eso “inatención”.

Así mismo suelen tener poco orden en la organización y termino de sus tareas, pasan de una actividad a otras, dejándola ambas inconclusas. Con respecto a la hiperactividad, en el adulto se refiere a la sensación de intranquilidad subjetiva interior, problemas para sentirse relajados o realizar tareas o actividades estacionarias en forma calmada, aunándose la sensación de estar “siempre en marcha”, necesitan estar con constante movimiento, llegando a sentirse incomodos o irritables cuando no pueden hacerlo. La impulsividad les hace no tener autocontrol de sí mismos, dando respuestas abruptas, sin saber datos suficientes e interrumpir conversación, personas impacientes.

Se confirmó que sucesos de vital importancia, pero negativos, que experimentaron estos pacientes se relacionan con la severidad del TDAH. El déficit de atención, el no controlar sus impulsos y los problemas en las relaciones sociales que

caracterizan a las personas con TDAH, provocan un deterioro importante y generalizado de las distintas áreas de su vida, fundamentalmente en el ámbito del rendimiento académico, ejercicio laboral, adaptación con la sociedad y situaciones familiares y de pareja. (4, 5)

Con respecto a los criterios diagnósticos de TDAH en el adulto fundamentalmente se basa su historia clínica. En la actualidad se basa en los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ta edición, texto revisado (DSM-IV-TR). También hay una revisión de los nuevos criterios del TDAH, en el adulto propuesto DMS- 5 que se consideran estos puntos: 1. El TDAH está integrado en la categoría de los “trastornos Neurológicos”, como la incapacidad intelectual, los trastornos específicos del aprendizaje, y los trastornos de la comunicación y desaparece la categoría” trastorno de inicio en la infancia”. 2. Una definición de la clínica más ideal para personas adultas, esto hace más sencillo aplicar los criterios en las diferentes etapas de la vida. 3. Se omite que el inicio de los síntomas de este trastorno es antes de siete años.

En el vigente DMS – 5 el comienzo de síntomas es antes de los doce años. (5). Se le da mayor importancia al criterio de generalización de los síntomas, requiriendo información de un tercer observador. (6). Se especifican síntomas con predominio inatención, hiperactividad o de ambos. (7) O en los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ma revisión. (8)

Con respecto a la epidemiología y estudios que respalda el TDAH en adultos, se ha evidenciado que a la actualidad van en aumento el número de pacientes con este trastorno.

Además, también observamos que el trastorno se relaciona con diferentes factores, los cuales son la depresión, factores relacionados con el trastorno del sueño -

vigilia, el estrés, disforia del género, rendimiento académico y relaciones interpersonales y de pareja. (9)

En relación al rendimiento académico, algunos estudios que siguen a los pacientes, ya de edad adulta que presentaron el TDAH, desde la infancia, exponen diferencias muy importantes, en comparación a personas que no presentan el trastorno. Estos no logran la formación académica esperada sino una más baja a diferencia de los pacientes control, pero con niveles de inteligencia muy similares. De igual forma, los adultos con TDAH poseen mayores dificultades para adaptarse y mantener una disciplina. (10)

Tanto en las relaciones de pareja y las interpersonales, hay muchas descripciones del muy mal ajuste social de los niños y adolescentes con TDAH a diferencia de los grupos control. Estas mismas dificultades pueden continuar hasta los adultos con TDAH, además empeorar, por la carga de demandas sociales que se tiene cuando se es adulto. Se han encontrado más conflictos en las relaciones con otras personas y en forma más directa en la relación con sus parejas, por su propia inestabilidad. (11).

Depresión y TDAH. La depresión es un trastorno psiquiátrico que se encuentra presente en los diferentes períodos de la vida: los niños, los adolescentes y los adultos. En nuestra realidad se han ejecutado diversos estudios a predominio de las edades adultas y adolescentes. Los trastornos del estado anímico en niños escolares son considerablemente raros, se estima que la tasa de depresión tiene un porcentaje mayor a 0.3 en la comunidad y 0,9% en la clínica. En la población escolar la prevalencia de depresión mayor es 2% y en adolescentes 5%.(12) (13) según el DSM 5, mínimo 4/9 síntomas debió estar presente en el transcurso de dos semanas: Humor depresivo casi todo el día a diario, acentuada disminución de

interés, pérdida o aumento de peso en un 5% sin realizar dieta y aumento en la dieta, insomnio casi a diario además fatiga, agitación o retraso psicomotriz todos los días, agitación, sentimientos de incompetencia o culpabilidad, no tener decisiones firmes , e ideas constantes de muerte. (14).

Ansiedad y TDAH: Se estima que hay una asociación de casi un 2 – 24 %, tiene como resultado un impacto negativo, académico, social y familiar del trastorno, mayormente se asocia a ansiedad generalizada, trastorno de pánico y ansiedad por separación, se presenta con preocupación irreal por acontecimientos futuros, remordimientos por no cumplir una meta u objetivo, miedo a la humillación y al rechazo de los demás (15). Y en lo criterios de DSM 5, debe de tener uno o principal: ansiedad o preocupación excesiva, dificultad para controlar la preocupación o más de 5 secundarios, que son los anteriores asociados a inquietud, fatiga, dificultad, tensión muscular, irritabilidad, alteración del sueño. (16).

Violencia de pareja y TDAH: La OMS define la violencia doméstica como "alguna conducta en una relación íntima que cause daño físico, sexual o psicológico. La violencia reportada incluyó violencia física en el 65% de los casos, violencia sexual en el 8% de los casos y violencia psicológica en el 28% de los casos. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los factores de riesgo dinámico de la delincuencia. Varios estudios han demostrado que la impulsividad y la hiperactividad en la infancia predicen específicamente la morosidad futura, en gran parte, pero no solo, a través de la asociación con el trastorno de conducta (que a menudo es seguido por el trastorno de personalidad antisocial (ASPD) en adultos. (17,18,19).

En particular, el TDAH está asociado con la agresión violenta impulsiva o reactiva. (20) Se consideró que la hiperactividad y la impulsividad, como síntomas centrales del TDAH, elevaban el riesgo de agresión, en general y dentro de las relaciones íntimas. (21,22). Esto puede explicarse por el hecho de que los problemas de falta de atención pueden llevar a problemas para escuchar al otro y percibir situaciones sociales complejas, lo que puede aumentar el riesgo de conflictos interpersonales. En personas con poca capacidad para manejar conflictos, ambos problemas pueden aumentar el riesgo de agresión. Además, el TDAH a menudo se presenta junto con cambios de humor, autorregulación problemática y mala regulación emocional. (23).

Género y TDAH: se reconoce que existen en hombres como en mujeres, aunque la literatura apoya una mayor prevalencia en los hombres. Las adolescentes con TDAH tienen menor autoeficacia y estrategias de afrontamiento más deficientes que los adolescentes con TDAH, las tasas de depresión y ansiedad pueden ser más altas, y la agresión física y otras conductas de externalización son más bajas en las niñas y mujeres con TDAH. Los hombres con TDAH parecen estar encarcelados con más frecuencia que las mujeres con TDAH. (24)

Mosalanejad M, Mosalanejad L, Lashkarpour K (Irán, 2011) realizaron una investigación donde la prevalencia de TDAH en estudiantes universitarios de ciencias médicas de la universidad de Zahedan fue de un 15.4% los cuales presentaron síntomas de TDAH, aquí la entidad clínica más resaltante que predominada era el déficit de atención y la mayoría fue en varones , seguidas también por impulsividad, hiperactividad y el trastorno combinado, y en el caso de las mujeres también fue el déficit de atención pero seguidas solo por impulsividad. (25)

Aragón E, Piñol J, Ramos J, y cols (España, 2010), realizaron un estudio en personas de 18 a 44 años y donde se arrojaron los siguientes resultados, que la prevalencia de TDAH fue de 0,04% (0,07% en varones; 0,02% en damas), y este se realizó por medio de revisión de base de datos de las historias clínicas electrónicas de atención primaria.

Según nuestros estudios tenemos la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, (American Psychiatric Association, 2000) se calcula entre el tres y el siete por ciento, y afecta en mayormente al género masculino en comparación del femenino, en una proporción que varía de 2 a 1. (26)

Pérez CR, Pérez JCN, Díaz FJR, y cols. (España 2015), realizaron una investigación donde los rangos de edades fueron de 18 a 69 años, aquí los resultados nos arrojan que la prevalencia de TDAH fue de un 25 %. (27)

Con respecto al Perú, Filomeno E (Lima 2006) en su investigación se obtuvo que la prevalencia del TDAH en niños es de 5 al 10%, mientras que en adultos fue del 4 al 8 % y la manera cómo afecta a largo plazo fue en la demora en concluir los estudios universitarios. (28)

Esta investigación está justificada bajo el principio social, implicancias prácticas y valor teórico. Con respecto a la parte social se justifica por la prevalencia en aumento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad a nivel nacional en el grupo adolescente y adultos jóvenes, lo cual trae muchas consecuencias entre ellas bajo rendimiento académico, depresión, ansiedad, entre más factores asociados, dentro de la parte médica, pero el tema de estigmatización los hace difícil de abordar. En la actualidad la mayor parte de los centros de estudios no muestran interés en la salud mental de los jóvenes y mediante este tipo de investigación podemos llegar a ellos.

La implicancia práctica se cumplirá con la información que se les brindará a los estudiantes, al explicarles cada síntoma que puedan presentar cuando vayan desarrollando los diferentes test que se les aplicará.

Es de vital importancia en nuestra universidad porque tendrá como resultado saber la realidad de la enseñanza y aprendizaje en estudiantes de medicina y de esta manera sea posible emplear las reformas correspondientes para obtener mejor calidad de médicos.

2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Es el Trastorno De Déficit De Atención E Hiperactividad Un Factor De Bajo Rendimiento En Estudiantes De Medicina Humana De La Universidad Privada Antenor Orrego En El Semestre 2019-I?

3. OBJETIVOS:

- **General:** Determinar si el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un factor de bajo rendimiento académico.

- **Específicos:**
 - Determinar la proporción de alumnos universitarios de los ciclos VIII, IX, X, XI de la Universidad Privada Antenor Orrego con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que tienen bajo rendimiento académico.

- Determinar la proporción de alumnos universitarios de los ciclos VIII, IX, X, XI de la Universidad Privada Antenor Orrego con trastorno de déficit de atención e hiperactividad que no presentan bajo rendimiento académico.

- Comparar la proporción de alumnos universitarios de los ciclos VIII, IX, X y XI de la Universidad Privada Antenor Orrego con TDAH que presentan bajo rendimiento académico de los alumnos universitarios de los ciclos VIII, IX, X y XI de la Universidad Privada Antenor Orrego con TDAH que no presentan bajo rendimiento académico.

- Controlar el TDAH como factor relacionado con el bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios de los ciclos VIII, IX, X y XI de la Universidad Privada Antenor Orrego en relación con la depresión, la ansiedad, la violencia física, la violencia de pareja, el sexo y las promociones de egreso atrasadas.

4. HIPOTESIS:

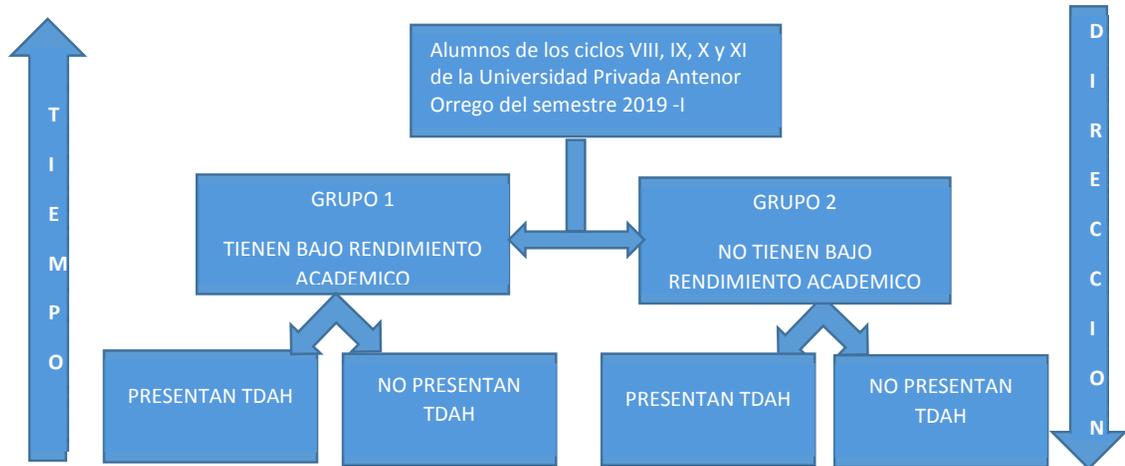
- **H0:** El trastorno de déficit de atención e hiperactividad no es un factor de bajo rendimiento académico.

- **H1:** El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un factor de bajo rendimiento académico.

5. MATERIAL Y METODOS:

- **Diseño del estudio:**

Tipo de estudio: estudio observacional, analítico de cohorte transversal.



- **Población, muestra y muestreo.**

- **Población de estudio:**

Todos los estudiantes de medicina de los ciclos VIII, IX, X y XI de la Universidad Privada Antenor Orrego que cumplan con los criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**

- Estudiantes que cursen en los ciclos VIII, IX, X y XI de la Universidad Privada Antenor Orrego.
- Estudiantes matriculados en el semestre 2019 – I.
- Estudiantes que dieron su consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- Estudiantes universitarios que no deseen participar.
- Estudiantes universitarios que reciben algún tipo de tratamiento médico para algún trastorno psiquiátrico (depresión, ansiedad, esquizofrenia, etc.)

- **Criterios de eliminación**

- Encuestas incompletas
 - **Muestra y muestreo:**
 - **Unidad de análisis:** constituida por todos los estudiantes de medicina de los ciclos VIII, IX, X, XI de la Universidad Privada Antenor Orrego, que cumplan con los criterios de selección.
 - **Unidad de muestreo:** instrumento diligenciada de recolección de datos de los estudiantes de medicina de los ciclos VIII, IX, X, XI de la Universidad Privada Antenor Orrego.
 - **Tipo de muestreo:** probabilístico, aleatorio simple. (29,30).

- **Tamaño muestral:** Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la fórmula para estudios de una sola población.

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2 P(1-P), \text{ si la población es infinita,}$$

$$n_F = \frac{Nn}{N+n}, \text{ si la población es finita,}$$

Los tamaños resultantes se multiplican por el efecto de diseño (deff).

Donde:

- P es la proporción esperada en la población,
- e es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para la proporción,
- deff es el efecto de diseño,
- N es el tamaño de la población.

Según Mosalanejad M, Mosalanejad L, Lashkarpour K (Irán, 2011) realizaron una investigación donde la prevalencia de TDAH en estudiantes universitarios de ciencias médicas de la universidad de Zahedan fue de un 15.4% los cuales presentaron síntomas de TDAH, aquí la entidad clínica más resaltante que predominada era el déficit de atención y la mayoría fue en varones. (25).

TAMAÑO DE MUESTRA PARA ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN

p	0.154	Referencia
1-p	0.846	
1- α	0.95	Nivel de confianza
z	1.960	coeficiente de confiabilidad
e	0.05	margen de error
N	680	Población estimada
n	455	Primer cálculo de tamaño de muestra

OBTENEMOS: 455 estudiantes

1.1 Definición operacional de variables:

VARIABLES	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INDICE
DEPENDIENTE BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI/ NO
INDEPENDIENTE TDAH	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI / NO
COVARIABLES				
EDAD	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Años
SEXO	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Femenino / Masculino
VIOLENCIA DE PAREJA	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI / NO
SEGUNDA MATRICULA. TERCERA MATRICULA.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI / NO
TECNICAS DE ESTUDIO	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI/NO
OCUPACION	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Solo estudia/ estudia y trabaja
ALEJAMIENTO DEL HOGAR	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI/ NO
DEPRESION	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI / NO
ANSIEDAD	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SI / NO

1.2 Definición operacional de variables:

Rendimiento académico: Según calificación de UPAO: ≥ 11 : APROBADO, < 11 : DESAPROBADO (BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO).

UPAO: Universidad Privada Antenor Orrego.

CURSO DE LINEA: curso que al jalar te atrasa la promoción de egreso.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: Será evaluado con un cuestionario validado por la OMS y DMS V, que consta de 6 variables y más de 4 ítem: sintomatología compatible con TDAH.

Edad: años cumplidos según fecha de nacimiento en el momento de la encuesta.

Sexo: Condición que diferencia entre hombre y mujer.

Violencia de pareja: Se determinó según la puntuación obtenida del Cuestionario sobre la violencia de pareja “Woman Abuse Screening Tool (WAST)”, instrumento que permite identificar si se es víctima de violencia conyugal, incluyendo de manera global a la violencia física, sexual y psicológica.

- Con violencia conyugal: 14 a más puntos
- Sin violencia conyugal: 0 a 13 puntos

Técnicas de estudio: según encuesta. (31).

Ocupación: actividad realizada por el individuo. Se determina según encuesta. (Autoreporte).

Alejamiento del hogar: autoreporte del encuestado.

Depresión: Se determina según escala de Hamilton, que se encarga de valorar de forma cuantitativa la gravedad de los síntomas y estimar los cambios del paciente deprimido, su versión reducida consta de 17 ítems, donde:

- < 7 : no depresión
- > 8 : depresión

Ansiedad: según escala de Hamilton para ansiedad, esta consta de 14 ítems, 13 hacen referencia a la clínica que incluye signos y síntomas ansiosos y al finalizar uno para evaluar la conducta del paciente en el momento de la entrevista. En cada ítem se evalúa una escala de 0 a 4 puntos y suman una puntuación un rango de 0 a 56.

- 17 o menos no ansiedad.
- 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad.
- 24 a 30, indica severidad de moderada a severa.

PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS:

1. Se obtuvo la aprobación y autorización de la Directora de la Escuela de Medicina Humana de UPAO y del docente respectivo para aplicar las encuestas en las clases más respectivas y con más créditos académicos de cada año de ciencias clínicas.
2. Previa coordinación con el docente del aula y el delegado del año correspondiente durante los meses de enero y junio, antes de iniciar la respectiva clase, se explicó la finalidad del presente trabajo los estudiantes y la razón de la aplicación de las encuestas.
3. Se inició la evaluación de forma individual, que duró aproximadamente 10 minutos, se le alcanzó el consentimiento informado a cada estudiante, y solo a los que firmaron ese consentimiento se les dio la encuesta.
4. Se aplicó un cuestionario donde se evaluó 5 aspectos importantes. La primera parte consistió en variables sociales de cada estudiante. La segunda parte consistió en un cuestionario, autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 6 preguntas- Versión 1.1. es un subgrupo de la Lista de verificación de síntomas del cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 18 preguntas de la OMS –

Versión 1.1 (Adult ASRS-V1.1). Las preguntas que contiene la ASRS v1.1 coinciden con los criterios del DSM-V y tratan sobre las manifestaciones de los síntomas del TDAH en adultos. El contenido del cuestionario también refleja la importancia que el DSM V le otorga a los síntomas, discapacidades y antecedentes para la obtención de un diagnóstico correcto, en dicha encuesta el estudiante debía responder con la frecuencia que experimento cada ítem. La tercera parte es el cuestionario para depresión que es la ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), la cual evalúa cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Su versión original constaba de 21 ítems (32), posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems (33), que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva (34). Cada pregunta tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE. (35) guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, Depresión muy severa: >23.

La cuarta parte consta de una encuesta para la ansiedad, consta de 14 ítems, cada pregunta se evalúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Evalúa aspectos, psíquicos, físicos y conductuales. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

suman una puntuación un rango de 0 a 56. Dónde: 17 o menos no ansiedad, 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad, 24 a 30, indica severidad de moderada a severa (36). Y el quinto punto es la encuesta para violencia de pareja, se determinó según la puntuación obtenida del Cuestionario sobre la violencia de pareja “Woman Abuse Screening Tool (WAST)”, instrumento que permite identificar si se es víctima de violencia conyugal, incluyendo de manera global a la violencia física, sexual y psicológica: Con violencia conyugal: 14 a más puntos, sin violencia conyugal: 0 a 13 puntos.

5. Los alumnos resolvieron los cuestionarios de forma anónima, pero se les dio la oportunidad de poder conocer el resultado de sus cuestionarios, pidiéndoles que agreguen sus datos, un número de contacto y su correo electrónico, para que la autora de la investigación se pueda contactar con ellos.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Procesamiento de la información:

Se utilizó una laptop Lenovo Intel® core de 3ra generación con Windows 7 y el programa estadístico de IBM SPSS Statistics 25.0. Los datos se ingresaron a una base de datos y se analizó en base a la estadística analítica. Y serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística descriptiva:

En cuanto a las medidas de tendencia central se calculó la media y en las medidas de dispersión la desviación estándar, el rango. También se obtuvieron datos de distribución de frecuencias.

Estadística analítica:

En el análisis estadístico, se realizó en primer lugar un análisis bivariado a través de la prueba Chi Cuadrado (χ^2), para variables categóricas y la prueba t de Student para variables cuantitativas; para el análisis multivariado se utilizó la regresión logística múltiple; las asociaciones consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Aspectos éticos:

El presente proyecto de investigación fue presentado para su aprobación al comité de investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Se garantizó respetar la firma del consentimiento inferido y la confidencialidad de la información y resultados obtenidos durante la investigación. Si es que el entrevistado, quería conocer los resultados finales de sus encuestas, lo pudo solicitar voluntariamente colocando su nombre y algún dato para contactarlo, para entregarle personalmente los resultados.

Se realizó respetando los lineamientos éticos y morales que guían las investigaciones biomédicas especificadas en la declaración de Helsinki en la 64ª Asamblea General desarrollada en Fortaleza, Brasil, en octubre 2013. Los principios utilizados se rigen en base a la ética y el aseguramiento del respeto a todos los seres humanos. (art. 7,8), este proyecto se llevará a cabo por personas capacitadas (art. 12) y toda la información recopilada será procesada de manera privada, sin violar los derechos de confiabilidad de los participantes (art 24), además el código de Ética y Deontología Del Colegio Médico del Perú refuerza el uso de la Declaración de Helsinki (art. 42). (37,38).

6. RESULTADOS:

Se realizó un estudio un estudio transversal analítico, el proceso de selección fue realizado bajo los criterios de inclusión y exclusión ya antes expuestos, correspondientes a los alumnos de medicina humana de los ciclos VIII, IX, X y XI de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo en el período enero – junio 2019.

Se obtuvieron 455 encuestas. La TABLA N°1 muestra la distribución de los estudiantes de medicina según las características generales y la presencia de bajo rendimiento académico. Se obtuvo un de bajo rendimiento académico del 45.9% de estudiantes y sin bajo rendimiento académico un 54.06%. En las variables intervinientes; un análisis bivariado, en donde podemos ver que la variable con mayor significancia ($p < 0.05$) para el bajo rendimiento académico fue $p = 0.003$, en la variable edad y con bajo rendimiento oscilan entre $24,34 \pm 2,09$, con función al sexo el porcentaje de mujeres fue superior, en estudiantes con bajo rendimiento un 65.6 % (137 estudiantes), en comparación a varones con bajo rendimiento académico con un 34.4% (72 estudiantes). Con respecto a la variable depresión, se asocia a bajo rendimiento académico un 21.5 % (45 estudiantes) y con la variable ansiedad asociada a bajo rendimiento académico un 14.4% (30 estudiantes). Las variables como la violencia de pareja ($p = 0.305$), el método de estudio ($p = 0.852$), la ocupación que se refirió a si solo estudia o si estudia y trabaja ($p = 0.589$), con quien vive si solo o con sus padres ($p = 0.289$), no resultaron estar asociadas al bajo rendimiento académico.

La tabla N° 2 muestra la asociación de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad con el bajo rendimiento académico que fue un 17.2 % y estudiantes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad que no tienen bajo

rendimiento académico son un 7.2%. La razón entre estudiantes con bajo rendimiento versus no bajo rendimiento es 2,49 veces mayor en estudiantes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en comparación a estudiantes sin TDAH. Esta asociación es estadísticamente significativa. RR= 2.49, IC 95% (1.38 – 3.76). Nos permite afirmar que el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es un factor en el bajo rendimiento en estudiantes de Medicina Humana.

El TDAH, la edad, el género femenino, y la presencia de depresión y ansiedad estuvieron significativamente asociados con el bajo rendimiento académico y formaron parte del modelo de predicción (Tabla N ° 3). El test de Hosmer – Lemeshow mostró un valor de $p > 0.05$ indicando que el modelo se ajusta razonablemente bien a los datos.

TABLA N ° 1: Covariables de bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego en el periodo enero – junio 2019.

Covariables		Bajo rendimiento académico				p
		Si = 209		No = 246		
Edad		24,34 ± 2,09		22,54 ± 1,22		0.000
Sexo	Femenino	137	65.6%	127	51.6%	0.003
	Masculino	72	34.4%	119	48.4%	
Violencia de pareja	Si	4	1.9%	2	0.8%	0.305
	No	205	98.1%	244	99.2%	
Método de estudio	Si	193	92.3%	226	91.9%	0.852
	No	16	7.7%	20	8.1%	
Ocupación	Sólo estudia	189	90.4%	226	91.9%	0.589
	Estudia y trabaja	20	9.6%	20	8.1%	
Vive	Solo	40	19.1%	38	15.4%	0.298
	Con padres	169	80.9%	208	84.6%	
Depresión	Si	45	21.5%	28	11.4%	0.003
	No	164	78.5%	218	88.6%	
Ansiedad	Si	30	14.4%	15	6.1%	0.003
	No	179	85.6%	231	93.9%	
T- Student, Chi Cuadrado						

Fuente: Datos provenientes de la ficha de recolección de datos

TABLA N ° 2: trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad y bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo enero – junio 2019.

Porcentaje de TDAH	Estimación	IC(95.0%)	
En bajo rendimiento académico	17.2%	-	-
En no bajo rendimiento académico	7.7%	-	-
Razón de prevalencias	2.490	1.380	4.480
ORP		IC(95.0%)	
2.49	1.38	4.48	

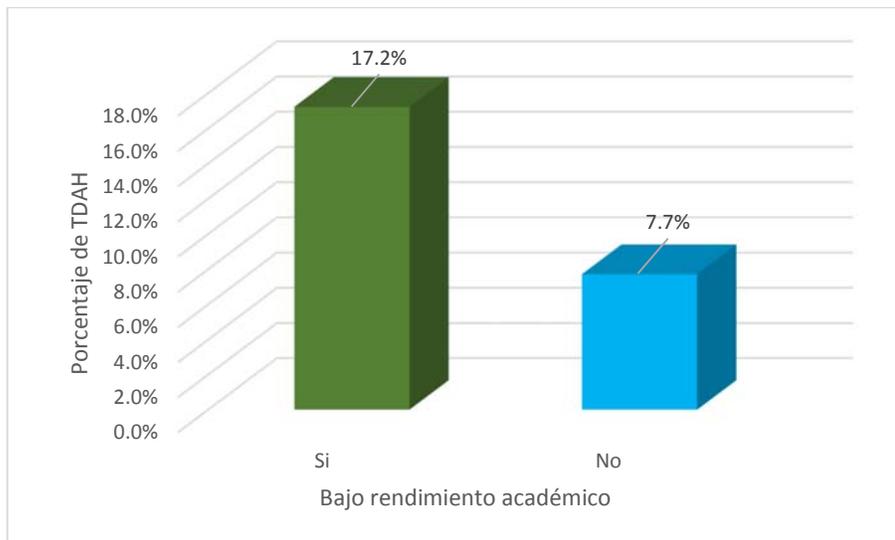
Fuente: Datos provenientes de la ficha de recolección de datos

TABLA N ° 3: Análisis multivariable de las variables con el bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo enero – junio 2019.

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	p	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TDAH	1.000	0.368	7.374	1	0.007	2.718	1.321	5.594
Edad	0.991	0.108	83.834	1	0.000	2.694	2.179	3.330
Sexo femenino	0.830	0.242	11.788	1	0.001	2.294	1.428	3.686
Depresion	0.732	0.323	5.145	1	0.023	2.078	1.105	3.910
Ansiedad	1.181	0.387	9.320	1	0.002	3.258	1.526	6.956

Fuente: Datos provenientes de la ficha de recolección de datos

GRAFICO N ° 1: trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad y bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo enero – junio 2019.



Fuente: Datos procedentes de la Tabla N° 02

7. DISCUSION:

En la presente investigación podemos observar un plano general de la salud mental de los estudiantes de medicina humana en una universidad privada localizada en la ciudad de Trujillo. En la actualidad y locamente no existen estudios donde se haya evaluado esta asociación, a pesar que el “trastorno de déficit de atención e hiperactividad” y el bajo rendimiento académico, aun sea un tema delicado en nuestro entorno, ya que hablamos de un problema de salud mental.

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención. La prevalencia mundial de TDAH se estima que es aproximadamente el 7%, con un sesgo sexual masculina estima entre 2: 1 y 3: 1. (39,40,41) Sin embargo, estudios recientes han informado que los síntomas en aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados con TDAH en la infancia persisten en la edad adulta y causan algún grado de deterioro funcional. (42,43,44,45)

En este estudio se demostró que el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, se encuentra asociado al bajo rendimiento académico ($p < 0.007$), interpretaos el OR de prevalencia, en la razón entre estudiantes con bajo rendimiento versus no bajo rendimiento es 2,49 veces mayor en estudiantes con TDAH en comparación a estudiantes sin TDAH. Esta asociación es estadísticamente significativa. Con lo cual concluimos que el TDAH es un factor en el bajo rendimiento en estudiantes de Medicina Humana. apoyado con el estudio de Filomeno E (Lima 2006) en su investigación se obtuvo que la prevalencia del TDAH en niños es de 5 al 10%, mientras que en adultos fue del 3 al 6% y la manera cómo afecta a largo plazo fue en la demora en concluir los

estudios universitarios, por los propios síntomas del trastorno en la edad adulta. 25 y Mulas et al., (2006) basados en un estudio de Brown et al., (2001) encontraron aquellos trastornos más frecuentes asociados al TDAH, entre ellos los problemas de aprendizaje, con una presencia del 22%. 26 A partir de esto, podemos decir que sería uno de los trastornos comórbidos más frecuentes y, por ende, adolescentes y adultos con TDAH, tienen un alto riesgo de presentar fracaso en sus estudios.

Además, con respecto a la variable depresión y ansiedad que se encuentran en un 21.5% y un 14.4% respectivamente asociadas al TDAH, lo cual es apoyado por el estudio Brown, et al., 2001, donde se encuentra asociado el TDAH en personas adultas a la ansiedad (25%), la depresión (22%) y los problemas de aprendizaje (22%) (46,47). Con respecto al rendimiento académico estudios que se relacionan con de la ansiedad ha sido de considerable interés para los maestros, quienes han observado que algunos de sus estudiantes tienen ejecuciones académicas bajas en situaciones caracterizadas por altos grados de ansiedad según Hernandez y Col. 2008.(48) Y con respecto a la depresión el estudio de Yusoff (2013) en Arabia determina que los estudiantes que experimentaron estrés tienen 2.43 veces más riesgo de no ser promovidos respecto de los demás individuos (49).

Con respecto a la variable edad concluimos que los síntomas se presentan de manera más persistente en los estudiantes de mayor edad y en los estudiantes más jóvenes, edad promedio de $24,34 \pm 2, 09$. También encontramos un mayor predominio en el sexo femenino con el bajo rendimiento académico, lo cual difiere al trabajo de Porto y Di Gresia (2000) (50), que indica lo contrario, afirmando que mejor rendimiento académico se presenta en mujeres, ya que las mujeres maduran más rápido y en general son más responsables que los hombres según Martínez y

Salazar (2013) (51), A pesar de estos porcentajes no se puede afirmar una relación directa con el rendimiento académico y el sexo, ya que también contamos con mayor población femenina lo que refleja la tendencia en los últimos años de que más mujeres han optado por la profesión médica.

Al realizar el análisis bivariado de nuestra investigación, encontramos que las variables como el método de estudio, la ocupación que se refirió a si solo estudia o si estudia y trabaja, con quien vive si solo o con sus padres, no resultaron estar asociadas al bajo rendimiento académico según el estudio de Mizala A, Romaguera P, Reinaga T. (52,53) que considera que no ninguna diferencia estadísticamente significativa con el rendimiento académico.

En nuestro estudio no encontramos asociación de violencia de pareja con el bajo rendimiento académico, esto difiere del estudio de Braverman R. (54) donde hace alusión a que es claro que estar en un hogar en el que el trato entre la pareja es deficiente, puede influir negativamente en el medio ambiente en que se desarrolla el estudiante e perturbar su aprendizaje.

8. CONCLUSIONES:

- La prevalencia global de estudiantes con bajo rendimiento académico fue 45.9%.
- La prevalencia global de estudiantes y sin bajo rendimiento académico un 54.06%.
- La prevalencia de asociación de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad con el bajo rendimiento académico que fue un 17.2 %.
- La prevalencia de estudiantes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad que presentan bajo rendimiento académico son un 7.2%.

- Las variables sexo, depresión y ansiedad estuvieron asociadas a bajo rendimiento académico.
- Las variables violencia de pareja, si trabaja o solo estudia y si vive solo o con sus padres, no están asociadas a bajo rendimiento.

9. RECOMENDACIONES:

- Realizar investigaciones que busquen profundizar sobre Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina y ser fuente de referencia para futuras investigaciones.
- Se propone incluir en los exámenes de ingreso a la universidad, tener énfasis en la salud mental, ya que así podemos llegar un diagnóstico oportuno y dar la ayuda pedagógica necesaria a este tipo de estudiantes, para que logren concluir sus estudios de forma satisfactoria.
- Proponer la implementación de líneas de ayuda estudiantil las 24 horas del día, así como también un taller de tutoría obligatoria los primeros años del pregrado para así orientar a los alumnos el tipo de ayuda que deben de buscar en caso de percibir alteraciones en su salud mental.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Vázquez, J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., & De la Peña, F. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México, 2010.
2. Federación española de asociación de ayuda al déficit de atención e hiperactividad [internet] España [citado el 5 de octubre del 2018], disponible en: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/causas.htm>
3. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
4. Morais M, Ramos J, Casas M, et al. Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos: Clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS). 2014 [citado 12 de enero de 2017].
5. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366: 237-48.
6. Ramos Quiroga, j.a. "Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos." revista neurologica. 1.s (2012): 54.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. 4 ed. Barcelona: Masson; 2000
8. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO; 1992.
9. Asociación americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), 5° ed. (2014), editorial Arlington.

10. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 147-57.
11. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366: 237-48.
12. Reátegui Villegas Diego Artemio, Vargas Murga Horacio, Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista médica*, 2008.
13. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (2): 173-9.
14. Kendler K. Grief exclusion [Internet]. 2010 [cited 2013 May 5]. Available from:http://www.dsm5.org/about/Documents/grief%20exclusion_Kendler.pdf
15. Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., et al. (1993, December). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit-hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(12):1792-8.
16. APA (American Psychiatric Association) DSM-5, Diagnostic Criteria. *Anxiety Disorders* (2013).
17. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T: Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* (Clinical research ed). 2002, 324 (7332): 271.

18. Babinski LM, Hartsough CS, Lambert NM: Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999, 40 (3): 347-355.
19. Pardini DA, Fite PJ: Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: advancing an evidence base for DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010, 49 (11): 1134-1144.
20. Retz W, Rosler M: The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies?. *Int J Law Psychiatry*. 2009, 32 (4): 235-243.
21. Fang X, Masetti GM, Ouyang L, Grosse SD, Mercy JA: Attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and young adult intimate partner violence. *Arch Gen Psychiatry*. 2010, 67 (11): 1179-1186.
22. Gonzalez RA, Kallis C, Coid JW: Adult attention deficit hyperactivity disorder and violence in the population of England: does comorbidity matter. *PLoS One*. 2013, 8 (9).
23. Skirrow C, Asherson P: Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 2013, 147 (1-3): 80-86.
24. Rucklidge JJ. Review of gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother* 2008;8(4):643-55.
25. Mosalanejad M, Mosalanejad L, Lashkarpour K. Prevalence of ADHD Among Students of Zahedan University of Medical Science in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2013;7(2):83-90

26. Aragonès E, Piñol J, Ramos J, López G, Caballero A, Bosch R. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2010 Ago; 84(4): 417-422
27. Rodríguez C, Nuñez J, Rodríguez F, Parrales A, Bringas C, García T. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Características Sociodemográficas en Población Reclusa. *Psychology*. 2015; 28(4):698–707.
28. Filomeno E. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en las últimas cuatro décadas y media en el Perú.: Problemas actuales y búsqueda de soluciones. *Revista Médica*, 2006, 17(3), 119-121.
29. Tamara Otzen & Carlos Manterola. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio Sampling Techniques on a Population Study. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232, 2017.
30. Ávila Baray, H. L. Introducción a la Metodología de la Investigación. Edición electrónica. Cuauhtémoc (Chihuahua), Instituto Tecnológico de Cd. Cuauhtémoc, 2006.
31. Técnicas de estudio e investigación. Lima: UIGV. Casas, E. y Garay, L. (2006).
32. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23): p. 56-62.
33. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): p. 278-296.

34. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
35. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
36. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating, volume 32; issue no, Br J Med Psychol, 1959, 50–55.
37. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil, 2013.
38. CMP- Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima, 2007
39. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-52®). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría Publishing; 2013.
40. Polanczyk GV, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. La prevalencia mundial del TDAH: una revisión sistemática y metaregresión análisis. Am J Psychiatry 2007; 164: 942-948.
41. Fuerza de Tarea Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Association; 2000.
42. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. Cómo persistente es el TDAH. Un estudio controlado de seguimiento de 10 años de los niños con ADHD. Psychiatry Res 2010; 177: 299-304.

43. Kessler RC, Verde JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV, et al. Estructura y diagnóstico de trastorno / hiperactividad por déficit de atención para adultos: análisis de los criterios de los síntomas ampliado de la Escala de Diagnóstico Clínico TDAH en adultos. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67: 1168-78.
44. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. comorbilidad psiquiátrica y deterioro funcional en una muestra se refiere clínicamente de los adultos con déficit de atención / hiperactividad (ADHD). *Arco Eur Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 371-377.
45. Ryffel, R. D. 2003. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en los adultos. *Revista ADANA – News* N° 1.
46. Brown, R., Freeman, W., Perrin, J., Stein, M., Amler, R., Feldman, H. 2001. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*; 107: E43.
47. Weiss, M. and Weiss, J. 2004. A guide to the treatment of adults With ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65 (supl 3):27 – 37.
48. Hernandez y Cols. Desempeño Académico en Relación con Ansiedad Escolar y Autoevaluación. *Acta Colombiana de Psicología*. Colombia. 2011; 11(1): 13-23.
49. Yusoff MS. Associations of pass-fail outcomes with psychological health of firstyear medical students in a malaysian medical school. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2013 Feb; 13(1):107-14.
50. Porto, A. y Di Gresia, L. (2000). Características y rendimiento de estudiantes universitarios. el caso de la facultad de ciencias de la universidad nacional de la plata. *Documentos de Trabajo UNLP*, 24.

51. Martínez J., Salazar R. “Factores Determinantes Sobre El Rendimiento Académico en Estudiantes De Las Facultades De Medicina, Enfermería, Microbiología, Psicología, Arquitectura Y Derecho De La Universidad Católica Del Ecuador Del Primer Semestre De La Carrera Universitaria, En El Período De Agosto –Diciembre 2013”. Tesis de grado. Universidad católica del Ecuador; 2013.
52. Mizala A, Romaguera P, Reinaga T. Factores que inciden en rendimiento escolar en Bolivia. Disponible en URL: <http://www.itam.mx/lames/papers/contrses/romaguer>.
53. Rosete Mohedano MG. Salud mental vs. rendimiento académico en alumnos de las carreras de: medicina, psicología y odontología de la FES Zaragoza. In: Seminarios de diagnósticos locales; 2003; Zaragoza: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2003
54. Braverman R. Tipología Familiar Relacionada con Aspectos Psico-sociales-pedagógicos. México: UNAM; 1986

ANEXO 1.

ENCUESTA

Parte I: Por favor responda con sinceridad las siguientes preguntas marca con un aspa en el recuadro.

1. Por favor responda con sinceridad las siguientes preguntas, colocando sí o no (si es no, el porqué), y con un aspa donde sea correspondiente o en los espacios en blanco.

1. SEXO: MASCULINO FEMENINO

2. EDAD _____

3. USTED TIENE PAREJA ACTUALMENTE SI NO

4. ¿HAS SUFRIDO VIOLENCIA FISICA CON TU PAREJA? SI NO

5. ¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO PRESCRITO POR PSIQUIATRIA? SI NO

6. ¿EN QUE CICLO UNIVERSITARIO ESTA ACTUALMENTE? _____

7. ¿HAS LLEVADO ALGUN CURSO POR SEGUNDA MATRICULA? ¿CUAL?

SI NO _____

8. ¿HAS LLEVADO ALGUN CURSO POR O TERCERA MATRICULA? ¿CUAL?

SI NO _____

9. ¿TE HAS ATRASADO ALGUNA PROMOCION? SI NO

10. ¿VIVE AQUÍ SOLO O CON SUS PADRES? _____

11. ¿USTED SOLO ESTUDIA O ESTUDIA Y TRABAJA? _____

12. CONSIDERA USTED QUE ES BUENO TENER METODOS DE ESTUDIO (¿RESUMENES, RESALTAR U HACER MAPAS CONCEPTUALES?)

SI NO

Teste de tdah en adultos.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
¿Con que frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que termino con las partes difíciles?					
¿Con que frecuencia tiene usted para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
¿Con que frecuencia tiene usted para recordar citas u obligaciones?					
¿Con que frecuencia tiene usted mueve continuamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
¿Con que frecuencia se siente demasiado activo o impulsado hacer cosas, como si lo empujara un motor?					

Parte II a continuación, tendrá que responder marcando con una “x” en los casilleros, como se siente en las diferentes situaciones.

1. Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, intensidad).	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: ausente. ○ 1: Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. ○ 2: Estas sensaciones las relata espontáneamente. ○ 3: sensaciones no comunicadas verbalmente (tendencia al llanto). ○ 4: manifiesta estas sensaciones en su actitud verbal y no verbal.
2. sensación de culpabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: ausente. ○ 1: Se culpa así mismo, cree haber decepcionado a la gente. ○ 2: tiene ideas de culpabilidad o medita sobre sus errores pasados o malas acciones. ○ 3: siente que la enfermedad actual es un castigo. ○ 4: oye voces acusatorias o de denuncia y/ o experimenta alucinaciones mentales.

3. suicidio	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: ausente. ○ 1: le parece que la vida no vale la pena vivirla. ○ 2: desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. ○ 3: ideas de suicidio o amenazas. ○ 4: Intentos de suicidio (cualquier intento serio).
4. insomnio precoz.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: no tiene dificultad. ○ 1: dificultad ocasional para dormir (ej. más de media hora antes de conciliar el sueño). ○ 2: dificultad para dormir cada noche.
5. insomnio intermedio.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: no tiene dificultad. ○ 1: esta desvelado o inquieto o se despierta varias veces en la noche. ○ 2: Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
6. insomnio tardío.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: no tiene dificultad. ○ 1: se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. ○ 2: no puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. trabajo y actividades.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: no hay dificultad. ○ 1: ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos o pasatiempo). ○ 2: pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión, vacilación). ○ 3: Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. ○ 4: Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: palabra y pensamiento normal. ○ 1: Ligero retraso en el habla. ○ 2: Evidente retraso en el habla. ○ 3: Dificultad para expresarse. ○ 4: Incapacidad para expresarse
9. Agitación psicomotora.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: Ninguna. ○ 1: Juega con sus dedos. ○ 2: Juega con sus manos, cabello, etc. ○ 3: No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. ○ 4: Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.
10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: No hay dificultad

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1: Tensión subjetiva e irritabilidad ○ 2: Preocupación por pequeñas cosas ○ 3: Actitud aprensiva en la expresión o en el habla ○ 4: Expresa sus temores sin que le pregunten
11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración).	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: Ausente ○ 1: Ligera ○ 2: Moderada ○ 3: Severa ○ 4: Incapacitante
12. Síntomas somáticos gastrointestinales.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: Ninguno ○ 1: Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen ○ 2: Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0: Ninguno ○ 1: Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. ○ 2: Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Débil. ○ 1: ausente. ○ 2: grave.
15. hipocondría.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Ausente. ○ 1. preocupado de sí mismo (corporalmente). ○ 2: preocupado por su salud. ○ 3: se lamenta constantemente, solicita ayuda.
16. pérdida de peso.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana. ○ 2. Pérdida de peso más de 500 gr en una semana. ○ 3. pérdida más de 1 kg en una semana.
17. Introspección (insight)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo. ○ 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. ○ 2. No se da cuenta que está enfermo.

PARTE III. A continuación, tendrá que responder marcando una aspa, en los casilleros del 0 al 4, que tan seguido se siente en cada situación.

Considerando la siguiente frecuencia:

- 0. ausente
- 1. Leve
- 2. Moderado
- 3. Grave
- 4. muy incapacitante.

	0	1	2	3	4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual. (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de					

estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					

PARTE IV. A continuación, tendrá que responder marcando una aspa, en los casilleros del 0 al 3, que tan seguido se siente en cada situación.

HOJA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA CONYUGAL

(Cuestionario Woman Abuse Screening Tool)

1. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?
Muy tensa (3) con cierta tensión (2) sin tensión (1)
2. ¿Usted y su pareja resuelven sus discusiones con ...
Mucha dificultad (3) alguna dificultad (2) sin dificultad (1)
3. ¿Al terminar las discusiones se siente decaída o mal consigo misma?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, empujones o patadas?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
6. ¿Su pareja la ha maltratado a usted físicamente?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
7. ¿Su pareja ha abusado sexualmente de usted?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RECIBA COORDIALES SALUDOS.

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes es esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Diana Karina Curay Roque, de la universidad privada Antenor Orrego. El objetivo de este estudio es medir la posible relación entre **TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMO FACTOR DE BAJO RENDIMIENTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA**, de esta misma forma podremos tener resultados actualizados de este campus de estudio y así , considerar , alguna técnica para mejorar su rendimiento académico y culminar sin problemas la carrera universitaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de las siguientes encuestas. Lo cual le tomara aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recoge es anónima y totalmente confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas con números de identificación, y por lo tanto serán anónimas.

Si en caso usted desee conocer sus resultados se le pide poner su nombre y correo electrónico o un numero de contacto. Cuando la evaluación de las encuestas se finalice, podre alcanzar sus resultados personales.

Desde ya se le agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta encuesta

(Firma)