



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Conocimiento de padres y el desapego al tratamiento de infantes con
TDAH

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR:

Uchpa Arellano, Kevin Jilber (orcid.org/0000-0002-2259-073X)

ASESORA:

Mg. Angulo Ramos, Marisol Janeth (orcid.org/0000-0003-4779-949X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO - PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mis queridos padres,

Cuyo amor y sacrificio me han dado las alas para alcanzar mis sueños. Su ejemplo de perseverancia y humildad ha sido la guía constante en mi vida y en este viaje académico. Este logro es tanto suyo como mío.

A mis hermanos,

Quienes siempre han sido mis primeros y eternos amigos, apoyándome incondicionalmente y brindándome momentos de alegría y escape en los tiempos más intensos de estudio. Su fe en mí nunca ha vacilado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a la Universidad César Vallejo, que no solo ha sido un recinto de aprendizaje sino un espacio de crecimiento personal y profesional. La excelencia y dedicación de esta institución han sido fundamentales en mi formación.

Expreso mi sincera gratitud a mis docentes, quienes con su conocimiento y pasión por la enseñanza han sembrado en mí la curiosidad intelectual y el rigor científico necesario para llevar a cabo esta investigación. Su guía académica y su disponibilidad para discutir ideas y resolver dudas han sido pilares en mi educación.

A mis compañeros, gracias por el compañerismo, los debates enriquecedores y el apoyo mutuo en los momentos más desafiantes. Cada uno de ustedes ha contribuido de manera especial a esta etapa de mi vida, ofreciendo su amistad y colaboración, lo que hizo más llevadero el proceso de investigación y escritura de esta tesis.

Mi experiencia en esta casa de estudios ha sido más enriquecedora y fructífera gracias a la comunidad universitaria que me ha rodeado. A todos, mi más profundo agradecimiento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de Investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población, muestra y muestreo	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	14
3.5. Procedimientos	15
3.6. Método de análisis de datos	16
3.7. Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES.....	24
VII. RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS	31

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Nivel de conocimiento de 96 padres de infantes con TDAH del Centro de Salud Progreso de Chimbote, 2023.	18
TABLA 2: Desapego al tratamiento de infantes con TDAH del Centro de Salud Progreso de Chimbote, 2023.	18
TABLA 3: Distribución del desapego al tratamiento de infantes con TDAH según nivel de conocimiento de los padres, Centro de Salud Progreso de Chimbote, 2023.	19
TABLA 4: Correlación entre el nivel de conocimiento de los padres con el desapego al tratamiento de infantes con TDAH en el Centro de Salud Progreso, 2023.	19

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre el conocimiento de los padres sobre el TDAH y su adherencia al tratamiento de sus hijos. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal correlacional en el Centro de Salud Progreso de Chimbote, involucrando a 194 padres de niños de 0 a 11 años diagnosticados con TDAH durante el año 2023. Se utilizó el “Test de Morisky-Green y Levine” para medir el apego al tratamiento, y el “Test de Creencias sobre el TDAH” para evaluar el nivel de conocimiento de los padres. **Resultados:** Se demostró que un 49,0% de los padres tenían un conocimiento deficiente sobre el TDAH, y un 51,1% mostró bajo desapego al tratamiento. Las pruebas estadísticas, incluyendo el chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Spearman, revelaron una asociación significativa entre el conocimiento de los padres y su adherencia al tratamiento ($\chi^2=27,39$, $p<0,001$; Rho de Spearman=0,570, $p<0,001$). **Conclusiones:** Existe una correlación directa y significativa entre el nivel de conocimiento de los padres sobre el TDAH y su apego al tratamiento de sus hijos, destacando la importancia de la educación parental en el manejo eficaz del TDAH.

Palabras clave: TDAH, apego al tratamiento, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between parents' knowledge about ADHD and their adherence to their children's treatment. **Material and Methods:** A cross-sectional correlational study was carried out at the Progreso Health Center in Chimbote, involving 194 parents of children aged 0 to 11 years diagnosed with ADHD during the year 2023. The “Morisky-Green and Levine Test” was used. to measure adherence to treatment, and the “Beliefs about ADHD Test” to evaluate the parents' level of knowledge. **Results:** It was shown that 49.0% of parents had poor knowledge about ADHD, and 51.1% showed low detachment to treatment. Statistical tests, including chi square and Spearman's evaluation coefficient, revealed a significant association between parents' knowledge and their adherence to treatment ($\chi^2=27.39$, $p<0.001$; Spearman's $\rho=0.570$, $p< 0.001$). **Conclusions:** There is a direct and significant improvement between the level of parents' knowledge about ADHD and their adherence to their children's treatment, highlighting the importance of parental education in the effective management of ADHD.

Keywords: ADHD, adherence to treatment, level of knowledge.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, el cual manifiesta su sintomatología antes de los 12 años de edad, siendo la inatención, la hiperactividad y la impulsividad sus síntomas cardinales, en el cual se aprecian diversas dificultades en las funciones ejecutivas, viéndose incluidos los problemas para el control de impulsos y del comportamiento, dificultad para prestar atención a diferentes estímulos, la forma de organizarse al realizar una tarea y el planeamiento de una acción. A la actualidad no existe una prueba analítica o psicométrica para su diagnóstico.^{1,2}

Por lo tanto, el diagnóstico del TDAH es clínico, donde el niño empieza a desarrollar las características mencionadas con anterioridad de manera evolutiva, por lo que el primer paso del diagnóstico es la realización de una historia clínica detallada, las entrevistas con los padres son esenciales para la valoración de los síntomas, la intensidad con la que se presentan, la frecuencia, la persistencia de los signos en base al tiempo.³ Los datos que se recopilan por parte de cuidadores, maestros y el entorno social del menor, son de gran utilidad para la valoración de la variabilidad de los síntomas en diferentes contextos. La recopilación de los antecedentes en estos casos es de gran importancia para la determinación diagnóstica, debido a la relación que tiene el TDAH con un patrón hereditario por parte de uno de los padres incrementa la susceptibilidad en la descendencia, elevando el riesgo de incidencia en el hijo o la hija entre un factor de dos y ocho respecto a la población general.⁴

Asimismo un estudio realizado en la provincia de KwaZulu-Natal en Sudáfrica plantearon que el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes iniciados en la infancia, el cual representa en el país un número alto de referencias a niños a servicios de salud mental psiquiátricos y pediátricos, viendo una merma en la adherencia al tratamiento debido a conceptos erróneos sobre el diagnóstico y medicación de la misma, por lo que realizaron encuestas a padres de familia con niños diagnosticados con TDAH llegando a la conclusión de que la adherencia al tratamiento depende

enteramente del conocimiento, actitud y percepción de los padres acerca de las condiciones psiquiátricas de sus menores hijos.⁵

Por lo que en un estudio realizado en Zaragoza - España, centrado en el hallazgo de la prevalencia de la TDAH en edad pediátrica, demostró que la media de la edad en la que se presentaba el trastorno es de 7.5 ± 2.5 años, su temprano desarrollo en menores de edad, siendo este de margen de tiempo el auge del desarrollo de personalidad e identidad, terminan generando problemas de funcionalidad, los cuales son asociados a alteraciones familiares importante, llegando a ver hasta en un 50% de niños con TDAH pobres relaciones con sus padres y hasta un 70% con problemas de relación social debido a sus limitaciones para la participación armónica de intercambios sociales propios de su edad.⁶

Asimismo, para considerar un tipo de abordaje en un niño con TDAH se debe tener en cuenta los siguientes aspectos: La gravedad de los síntomas que ocasiona el TDAH en niños y su impacto en el desarrollo neurológico o de salud mental en su día a día. Se incluyen también las metas del niño y la familia para su proceso de intervención. Su abordaje consta de dos aspectos, la terapia cognitivo conductual, el cual es una intervención que tiene como objetivo la reducción de los comportamientos del TDAH, mediante la inclusión de comportamientos positivos creando situaciones en las que se pueden producir los eventos más significativos del TDAH; el tratamiento farmacológico, en el que se usa el Metilfenidato, siendo este el medicamento de primera línea para el TDAH, siendo este el agente más efectivo, con una eficacia favorable y reducidos eventos adversos, siendo estos la reducción del apetito y los trastornos del sueño, por lo que se recomienda usar el medicamento después de las comidas para evitar parte de los efectos adversos.⁷

En Perú se tiene una prevalencia de niños diagnosticados con TDAH del 2 a 12%, donde se halló una relación niño/niña de 4/1, donde los niños llegan a exhibir mayor inatención, impulsividad, problemas externalizantes e hiperactividad, y, por otro lado, las niñas muestran problemas externalizantes (donde se encuentran la ansiedad y la depresión), compromiso cognitivo y mayor inatención. La evidencia mantiene que el

uso de medicación estimulante se ha reportado que puede reducir el deterioro social, económico, funcional y de la salud que experimentan algunos pacientes con TDAH.⁸

Por esta razón se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el desapego al tratamiento de infantes con TDH?

Todo niño debe tener un plan integral de tratamiento que sea individualizado, donde tengamos que considerar el tiempo que padece el trastorno y el impacto que este ejerce sobre su condición, en el cual tendremos que involucrar medidas farmacológicas y conductuales, con la finalidad de mejorar las manifestaciones clínicas que se presentan en el TDAH, el bajo nivel de conocimientos en muchos sectores del país, ralentiza este tratamiento en muchos pacientes, debido a la poca información que tienen los padres con respecto a los tipos de tratamiento que existen, con lo que se busca lograr la optimización del funcionamiento y disminuir las dificultades conductuales.⁹

El tratamiento farmacológico para el TDAH está asociado positivamente con muchas medidas del rendimiento escolar logrando una mejora en los pacientes que han sido tratados, siempre con la evaluación previa de los pacientes para lograr una terapia óptima, siendo la finalidad de este trabajo el de informar sobre la terapia farmacológica y sus beneficios a largo plazo, en niños diagnosticados con TDAH, siendo esta una razón vital para la intervención temprana en niños, con el fin de reducir las repercusiones en la adolescencia y la adultez.¹⁰

Ante ello se describe **el objetivo general**; Evaluar si existe relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el desapego al tratamiento de infantes con TDAH, **y los objetivos específicos son**; a) Evaluar el nivel de conocimiento de los padres de infantes con TDAH b) Medir el desapego al tratamiento de infantes con TDAH c) Comparar el nivel de conocimiento de los padres con el desapego al tratamiento de infantes con TDAH. Así mismo se plantea como **hipótesis**; Existe relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el desapego al tratamiento de infantes con TDAH.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Saade S et al, en Sudáfrica, realizaron un estudio multinacional, buscando identificar las barreras que existen para que los niños y adolescentes con TDAH puedan acceder a tratamiento, para lo cual realizaron un metaanálisis. Se revisaron un total de 12 estudios, seleccionados de una salida de 15956 registros, procedentes de seis países africanos: Etiopía, Malí, Egipto, Sudáfrica, Nigeria y Túnez. se encontró disposición de tratamientos médicos psiquiátricos 25%, psicológicas 16,7% y tradicionales 33.3% y un 25% no reciben tratamiento. Se encontró como principales barreras para el tratamiento el desconocimiento de los padres de la condición médica de sus hijos y el estigma.¹¹

Schoeman R et al, en Sudáfrica investigaron cómo padres y educadores comprenden y experimentan el estigma asociado al TDAH en Ciudad del Cabo, utilizando un enfoque de métodos mixtos. Encontró que, aunque las barreras prácticas afectan el acceso al tratamiento, el estigma y la falta de conocimiento tienen un impacto significativo en el bienestar y actúan como obstáculos para la ayuda. Las entrevistas revelaron que el estigma conduce a discriminación y retrasa la atención. La investigación subraya la necesidad de una estrategia conjunta para combatir el estigma, mejorar el conocimiento que tienen los padres sobre TDAH, promover la detección y tratamiento tempranos del TDAH, mejorando así el bienestar de los afectados.¹²

Fan X et al, en China realizaron un estudio con el objetivo de comprender la percepción de los padres en China continental sobre el TDAH, para lo cual utilizaron un cuestionario semiestructurado de 25 ítems de verdadero/falso y otras preguntas sobre métodos de obtención de información y preferencias de tratamiento. Encontraron

que la puntuación media de conocimiento sobre el TDAH fue de 17,42 de 25, lo que señala un conocimiento insuficiente por parte de los padres, quienes se informaban principalmente a través de internet móvil. Preferían la psicoterapia sobre la medicación debido a preocupaciones sobre los efectos secundarios y la esperanza de encontrar alternativas de tratamiento. Concluyen que es esencial que los profesionales médicos proporcionen información basada en evidencia sobre el TDAH para mejorar la comprensión de la enfermedad y la toma de decisiones sobre el tratamiento entre los padres.¹³

Gerdes A et al, en Estados Unidos, investigaron la ampliación de hallazgos previos comparando dos tratamientos psicosociales para el TDAH en jóvenes latinos, centrando el análisis en la mejora del conocimiento de los padres sobre el TDAH tras el tratamiento y la existencia de diferencias de género en dicho conocimiento. Participaron 58 familias latinas con niños en edad escolar (media de 8 años), asignadas aleatoriamente a un tratamiento psicosocial adaptado culturalmente (CAT) o a un tratamiento estándar basado en evidencia (EBT). Los padres evaluaron su conocimiento sobre el TDAH antes y después del tratamiento. Los resultados mostraron que previo al tratamiento, las madres tenían un mayor entendimiento de la sintomatología del TDAH en comparación con los padres. Post tratamiento, la CAT mejoró el conocimiento del TDAH en ambos padres, mientras que el EBT no generó cambios significativos en las madres y disminuyó la comprensión de los padres. El estudio concluye discutiendo las implicaciones clínicas de estos hallazgos.¹⁴

See L et al., en Taiwán, realizaron un estudio buscando comparar y evaluar el conocimiento sobre el TDAH entre el público general, padres de niños con TDAH y maestros de escuela primaria en Taiwán, utilizando datos de asistentes a conferencias del Departamento de Salud Pública de Nuevo Taipéi en 2014. Los participantes incluyeron 122 personas del público general, 64 padres y 515 maestros. Se descubrió que la comprensión de la edad de inicio del TDAH era baja en los tres grupos. Los maestros mostraron un conocimiento significativamente mayor (75,3%) comparado con los padres (65,5%) y el público (59,2%). La puntuación disminuyó con la edad en

el público general, siendo más baja entre aquellos sin contacto personal con el TDAH. Los padres trabajadores y retirados/desempleados sabían menos que las amas de casa, y entre los maestros, el conocimiento de los hombres era inferior al de las mujeres, mientras que aquellos que enseñaban a niños con TDAH estaban mejor informados que los que no. Los factores que influyeron en el conocimiento sobre el TDAH variaron significativamente entre los grupos.¹⁵

Dixon J et al., en Estados Unidos investigaron la efectividad de un taller de una sola sesión diseñado para mejorar las creencias y conocimientos de los padres sobre el TDAH en niños y su influencia en la aceptación y uso del tratamiento. Respondiendo a las preocupaciones de los profesionales escolares sobre la falta de seguimiento del tratamiento del TDAH y las erróneas creencias parentales sobre la medicación, el estudio aplicó un diseño cuasiexperimental pre-post con 68 padres, que completaron evaluaciones de conocimiento y estrés antes y después del taller. Además, se efectuaron llamadas de seguimiento para evaluar la aplicación del tratamiento. Los resultados indicaron cambios significativos en los padres tras el taller, mostrando una mayor apertura a seguir las recomendaciones médicas y un rechazo a tratamientos no basados en evidencia. El seguimiento reveló que un 41% de los participantes consultaron a médicos sobre tratamientos farmacológicos y conductuales tras el taller. Estos hallazgos sugieren que incrementar el conocimiento de los padres puede influir positivamente en la gestión del tratamiento del TDAH en sus hijos.¹⁶

Breaux R et al., en Estados Unidos, realizaron un estudio buscando investigar cómo las actitudes y el conocimiento de los padres sobre el TDAH, así como su percepción de la respuesta al tratamiento, afectan la elección entre terapias conductuales y medicamentos en niños con TDAH, sin influencia previa de tratamientos. Incluyendo a 230 familias, mayoritariamente hispanas, se asignó a los niños a recibir terapia conductual o medicación estimulante. Tras 6 meses, aquellos niños que seguían presentando síntomas podían acceder a ambos tratamientos por 30 meses. La disposición de los padres a medicar correlacionó con una mayor utilización de fármacos y menor uso de terapia conductual, sin diferencias por

raza/etnia. Sin embargo, el conocimiento del TDAH solo influía en la elección de la terapia conductual en las familias blancas no hispanas. Entre las familias hispanas, una reducción significativa de síntomas aumentó la utilización de medicamentos. El estudio destaca la importancia de considerar las predisposiciones parentales y la gravedad de los síntomas, así como las diferencias étnicas al evaluar la adopción de tratamientos.¹⁷

Ishizuya et al., de la Universidad de Tokio, evaluaron por qué pacientes pediátricos con TDAH (6-17 años; n=1353) interrumpen o no adhieren bien al tratamiento con metilfenidato. En este estudio de cohorte, solo el 8.6% no interrumpió el tratamiento y el 51.9% tuvo un descanso de tratamiento de más de 3 meses. Las pacientes femeninas mostraron menor adherencia ([OR], 0.565; [IC] 95%). Se concluyó que los varones, con síntomas más evidentes, continuaban el tratamiento al ser más notorio su beneficio, mientras que las mujeres, con síntomas más internos, no veían los beneficios tan claramente y tendían a abandonar el tratamiento. Factores adicionales que afectan la adherencia incluyen la baja creencia de los padres en el tratamiento y la falta de apoyo familiar.¹⁸

Rajcumar N y Paruk S en Sudáfrica, realizaron un estudio exploró la comprensión que tienen los padres sobre el TDAH en KwaZulu-Natal, Sudáfrica, a través de una encuesta a 79 padres con hijos diagnosticados con TDAH en una clínica de psiquiatría infantil. Se encontró que un tercio había consultado a curanderos tradicionales, y muchos mantenían conceptos erróneos sobre el trastorno y su tratamiento, incluyendo creencias en la eficacia de dietas sin azúcar o castigos para aliviar los síntomas, y preocupaciones infundadas sobre la adicción futura debido al uso de medicamentos estimulantes. Estos resultados subrayan la necesidad de un programa de educación para padres que mejore la comprensión del TDAH y promueva el acceso temprano a intervenciones adecuadas.⁵

López J, en Lima, realizaron un estudio centrado en analizar las percepciones y opiniones de los padres sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en una escuela del distrito de Independencia. Se empleó un enfoque

descriptivo y se seleccionó una muestra de 255 padres de un total de 1200 en un colegio de Independencia, Lima. Se utilizó un cuestionario estructurado y previamente validado basado en experiencias anteriores. Los hallazgos revelaron que un 76.4% de los padres habían oído sobre el TDAH, y un 62.7% reconocía su gravedad en los niños. Un 68.6% atribuía el TDAH a prácticas de crianza deficientes y abuso, mientras que un 87.5% opinaba que los niños afectados enfrentan más retos de comportamiento y emocionales que sus pares. Además, un 74.5% afirmaba que estos niños necesitan tratamiento médico. En conclusión, existe variabilidad en el entendimiento y las actitudes parentales hacia el TDAH, un factor crucial a considerar en cualquier acción de promoción de salud relacionada con este trastorno. Estas diferencias son consistentes con hallazgos de investigaciones previas.¹⁹

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno neuroconductual crónico, tiene un origen neurobiológico, incluido por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V) en la categoría de Trastornos Del Neurodesarrollo y por el CIE 10 (Decima Revisión De La Clasificación Internacional Y Estadística De Las Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud) dentro de los Trastornos Hiperkinéticos, de inicio en la infancia^{20,21}, entre sus características se encuentran la dificultad para poner atención, la hiperactividad e impulsividad que puede llegar a persistir hasta la edad adulta, las cuales impactan en diferentes áreas como la académica, laboral y social.^{22,23}

El TDAH tiene etiología multifactorial y su presentación se debe a interacciones complejas entre múltiples elementos biológicos, estructurales, prenatales, de adversidad psicosocial, ambientales, la psicopatología de sus padres y las experiencias adversas en la niñez. Los estudios que se realizaron en gemelos y en familias han demostrado que existen un componente hereditario importante, con un mayor riesgo de desarrollar TDAH en los parientes de primer grado, más aún cuando este trastorno persistió hasta la adolescencia o la edad adulta²⁴. En los estudios de neuroimagen han mostrado diferencias estructurales y funcionales, en especial en la corteza parietal inferior, el cuerpo calloso, los ganglios basales y el vermis cerebeloso,

donde también se hallaron retrasos en la maduración cortical. También se describen los vínculos ambientales con la exposición prenatal a una serie de sustancias, donde se encuentra el alcohol, sustancias ilícitas, fármacos con recetas y la nicotina.^{25,26}

Entre las características clínicas que encontramos en el TDAH tenemos a la hiperactividad, la cual se muestra por el excesivo movimiento, la actividad motriz y/o cognitiva, con gran dificultad para mantenerse quietos cuando la situación lo requiere, tanto en lugares estructurados (aulas o la mesa a la hora de la comida), como aquellos no estructurados (patíos de recreo)²⁷. La dificultad para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en las áreas académicas y familiares, como sociales, mostrando dificultades para priorizar las tareas, persistir hasta finalizarlas y así evitan actividades que les mantenga un esfuerzo mental sostenido, cambiando tareas sin llegar a terminar ninguna.²⁸ En muchas ocasiones pareciera que no escucharan, no siguen órdenes ni instrucciones.²⁹ La impulsividad se manifiesta por impaciencia, con una muestra clara de dificultad para aplazar respuestas y esperar su turno, interrumpiendo constantemente a los demás, dando respuestas precipitadas antes de completarse las preguntas.³⁰ La prevalencia del TDAH en la niñez se encuentra entre el 6-10% según diferentes estudios, entre niños y niñas de 4 a 17 años.³¹

El diagnóstico del TDAH es un proceso clínico que incluye observación, entrevistas, examen mental y la recogida de información de los principales cuidadores y profesores del paciente. De acuerdo con el DSM-V, un diagnóstico completo de TDAH requiere que las manifestaciones clínicas sean evidentes por al menos seis meses a un nivel que interfiere con el desarrollo normal, impactando negativamente en las actividades sociales y en el desempeño académico o laboral. Los síntomas deben haber comenzado antes de los 12 años y ser observables en múltiples entornos, como el hogar y la escuela, comprometiendo significativamente el funcionamiento en estas áreas. Además, es esencial especificar la presentación del trastorno, ya sea combinada con inatención e hiperactividad, o predominantemente uno de los dos aspectos, en los últimos seis meses.³²

El manejo eficaz del TDAH comienza por aceptar su naturaleza crónica y educar a

niños y padres en su manejo, opciones de tratamiento y expectativas a largo plazo, fomentando su compromiso con la continuidad del cuidado. Un plan de tratamiento multimodal y personalizado es crucial, adaptándose a cada paciente individualmente. Las terapias psicológicas, como la cognitivo-conductual, la sistémica y la psicodinámica, complementan el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia familiar, todas orientadas a equipar a padres, parientes y cuidadores con estrategias efectivas para manejar los comportamientos asociados al TDAH. En conjunto con estas intervenciones, el tratamiento farmacológico juega un rol integral, buscando aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los afectados.^{33,34}

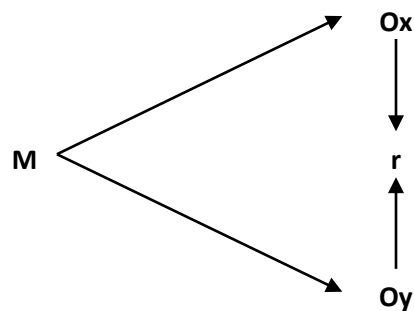
No hay una forma factible de prevención para evitar la presentación de los síntomas de TDAH, pero si es posible intervenir sobre algunos de los desencadenantes, como el consumo de elementos tóxicos durante el embarazo (nicotina y alcohol) presentando charlas que promuevan el conocimiento de las consecuencias de su consumo durante este periodo dirigido a adolescentes y futuras madres dirigidos en relación a que es el TDAH y como evitar algunas causas de su desarrollo, así también promoviendo el seguimiento y los controles prenatales.^{35,36}

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de Investigación

Tipo: La investigación fue de naturaleza aplicada ya que se fundamentó en ideas previamente establecidas que analizaron la relación entre el conocimiento de los padres y la falta de adherencia al tratamiento en niños con TDAH. Fue además observacional y transversal.

Diseño de investigación: Fue correlacional.



- M : Padres de niños con TDAH
Ox : Nivel de conocimiento de los padres
Oy : Desapego al tratamiento
r : relación (coeficiente de correlación)

Diseño de investigación

3.2. Variables y operacionalización

Variable dependiente:

- Desapego al tratamiento

Variable independiente:

- Nivel de conocimiento de los padres.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: Estuvo compuesta por padres de niños de 0 a 11 años con diagnóstico de TDAH, usuarios del Centro de Salud Progreso durante el 2023. El total de usuarios de entre 0 a 11 años es de 7235 menores, entre los cuales se registró TDAH en 194 casos.

Población ideal:

Fueron los padres de niños diagnosticados con TDAH con una edad entre 6 a 11 años, siendo un total de 194 sujetos.

Población accesible:

Estuvo constituida por 194 padres con niños diagnosticados con TDAH del Centro de Salud Progreso de Chimbote.

Marco muestral:

De acuerdo con los registros del centro de salud, se encontraron 150 padres de niños que fueron diagnosticados con TDAH que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

a) Criterios de inclusión:

- Padres de niños entre 6-12 años diagnosticados con TDAH.
- Menores con indicación de tratamiento para TDAH desde unos 6 meses como mínimo.
- Haber firmado el asentimiento informado para participar en el estudio.

b) Criterios de exclusión:

- Padres de niños que presentaron un examen físico-neurológico anormal, presencia de discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista, bipolaridad, trastornos psicóticos.

- Padres que no participaron en el tratamiento de sus hijos.
- Haber participado en otro estudio que pueda influir en el apego al tratamiento de TDAH.
- Haber recibido indicación médica de suspensión del tratamiento.
- Padres que no completaron el test de conocimientos sobre TDAH o el test de Morisky-Green por cualquier motivo.

c) Muestra:

Se utilizó la fórmula correspondiente para calcular el tamaño de la muestra en una población específica, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Como resultado de este cálculo, se obtuvo el tamaño de la muestra necesario.

$$n = \frac{N \times Z_{1-\alpha/2}^2 \times P \times Q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \times P \times Q}$$

Donde: N es la población, $Z_{1-\alpha/2}^2$ es el nivel de confianza, e es el error máximo admisible en términos de proporción, P es la proporción de menores con TDAH. Se asume la proporción de 0.1, según el estudio de Mohammadi M³¹. Reemplazando datos se tiene:

$$n = \frac{194 \times 1.96^2 \times 0.10 \times 0.90}{0.05^2 \times (196 - 1) + 1.96^2 \times 0.10 \times 0.90} = 80.9$$

Ajustando el tamaño a pérdidas se tiene:

$$n = n' \left(\frac{1}{1 - R} \right)$$

Donde: n' es el tamaño de muestra previo y R la proporción esperada de pérdidas. Reemplazando datos se tiene: $n'=80.9$ y se asume 15% de perdidas esperadas por lo que R es 0.15.

$$n = 80.9 \left(\frac{1}{1 - 0.15} \right) = 95.3 \cong 96$$

Por lo que el tamaño final de la muestra fue de 96 padres de menores con TDAH.

3.3.3. Muestreo: Fue probabilístico, aleatorio simple

3.3.4. Unidad de análisis: Cada padre del paciente con TDAH.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Se realizó aplicación de encuesta

Instrumento: En el estudio se consideraron 2 instrumentos: Test de Morisky-Green y el Test de creencias sobre TDAH.

- a) El test de Morisky-Green fue validado para diversas patologías crónicas, elaborado de primera mano por Morisky, Green y Levine. Desde su introducción el 2008, este test tiene 2 dimensiones: 1) memoria con los ítems (1,4,5 y 8) y 2) confianza con los ítems (2,3,6 y 7). Su aplicación toma 5 minutos; se aplica de forma individual. El tipo de respuesta es sí/no. El rango y calificación es de la forma: 0 a 4 es baja adherencia, de 5 a 7 adherencia media y de 8 a 10 adherencia alta.³⁷ Este test se puede revisar en el anexo 3.
- b) Encuesta denominada "Test de Creencias sobre el TDAH", sus autores fueron Visser S y Weyan dt P, fue publicado el año 2007, tiene 10 dimensiones con 2 ítems por dimensión, se aplica de forma individual o grupal y dura 15 minutos, las respuestas son V/F, el rango de calificación son de 0 a 20 y se califica de la forma: < a 11 es deficiente, de 11 a 15 es regular y > 15 es bueno.¹⁹ Este instrumento puede ser consultado en el anexo 4.

Validación y confiabilidad:

La escala Morisky-Green de 8 ítems fue validada por los autores originales, Morisky, Ang, Krousel-Wood y Ward, en un estudio publicado en el año 2008. En este estudio, los autores evaluaron la validez y fiabilidad de la escala en una muestra de 2138 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La V de Aiken, índice de fiabilidad que mide la consistencia interna de un instrumento de medición fue en este caso de 0.72, lo que indica que la escala tiene una buena fiabilidad. Los autores también calcularon la sensibilidad y especificidad de la escala para detectar a los pacientes con baja adherencia. La sensibilidad fue de 0,83 y la especificidad fue de 0,72. Estos valores indicaron que la escala es un buen instrumento que detectó a los pacientes con baja adherencia a la medicación.³⁸

El test de Morisky-Green ha sido usado en Perú en los últimos 5 años. En un estudio publicado en el año 2022, Barra Malig y colaboradores utilizaron la escala Morisky-Green de 8 ítems para evaluar la adherencia a la medicación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en 7 localidades de la costa de Perú. El estudio incluyó a 284 pacientes, de los cuales el 47,7% tenía una adherencia baja. La validez divergente se evaluó mediante la comparación de las puntuaciones del test con las puntuaciones de una escala de satisfacción con el tratamiento y la fiabilidad fue de 0.75 cuando se calculó el coeficiente alfa de Cronbach.³⁹ En otro estudio publicado en el año 2019 por Salinas L, quién utilizó la escala Morisky-Green de 8 ítems para evaluar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial en el hospital María Auxiliadora de Lima, Perú. El estudio incluyó a 180 pacientes, la confiabilidad reportada fue de 0.811 para el alfa de Cronbach.⁴⁰

3.5. Procedimientos

Se solicitó y obtuvo la autorización correspondiente del centro de salud para acceder a los registros de los pacientes pediátricos diagnosticados con TDAH. Una vez concedido el acceso, fueron identificados los padres o cuidadores de

los pacientes siendo invitados a participar en el estudio.

Durante las pasadas sesiones de terapia cognitiva de los menores, se estableció un contacto directo con los padres o cuidadores. Se les proporcionó información detallada sobre el estudio y se les solicitó su consentimiento informado.

Con el consentimiento firmado, los padres o cuidadores fueron dirigidos a una sala de espera adecuada, donde se les aplicaron los instrumentos de evaluación: el Test de Morisky-Green y el Test para evaluar el conocimiento sobre el TDAH. Cada sesión de evaluación estuvo planificada para ser completada en un período de 10 minutos.

Los datos recopilados fueron registrados en formatos preestablecidos y luego tabulados para su análisis. Finalmente, se incorporaron de manera sistemática en una base de datos para el procesamiento estadístico.

3.6. Método de análisis de datos

Una vez que la información fue ingresada en una base de datos utilizando el programa de Microsoft Office Excel 365, para su respectivo análisis descriptivo e inferencial se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 27.

En la fase descriptiva del análisis, se calcularon las medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas continuas. Para las variables categóricas, se determinaron los porcentajes. Este proceso permitió obtener una visión general de las tendencias centrales y la dispersión de los datos, así como de la distribución de frecuencias en las categorías establecidas.

En la etapa analítica, se evaluó la asociación entre las variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman. La elección entre Pearson o Spearman dependió de la normalidad de los datos, la cual se demostró a través de pruebas de normalidad, como la prueba de Kolmogorov-Smirnov o la prueba de Shapiro-Wilk. Si los datos se distribuyeron normalmente, se utilizó el

coeficiente de correlación de Pearson; de lo contrario, se aplicó el coeficiente de Spearman.

3.7. Aspectos éticos

Los datos obtenidos se manejaron con un alto grado de confidencialidad, teniendo en cuenta que era un estudio descriptivo, donde la identidad de los participantes se mantuvo en el anonimato, cumpliendo con los principios éticos de la declaración de Helsinki enfocados en la confidencialidad, privacidad y no maleficencia que están descritos en los artículos 99, 88 y 77 respectivamente.

En el estudio se respetaron las pautas de investigación dadas por el Ministerio de Salud del Perú, en relación con la investigación en el país. También se consideraron las Normas de Helsinki, en los artículos 99, 88, 77, relacionados con la confidencialidad, la no maleficencia y privacidad. Asimismo, se tuvo en cuenta el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento de 96 padres de infantes con TDAH del Centro de Salud Progreso de Chimbote, 2023.

		Frecuencia	%
Nivel de conocimiento	Deficiente	47	49,0%
	Regular	24	25,0%
	Bueno	25	26,0
	Total	96	100,0

Fuente: Datos de aplicar test de creencias sobre TDAH.

La tabla 1 muestra que el nivel de conocimiento deficiente fue el más frecuente con 49,0%, seguido del nivel de conocimiento bueno (26,0%) y un porcentaje muy cercano fue regular 25,0%.

Tabla 2. Desapego al tratamiento de infantes con TDAH del Centro de Salud Progreso de Chimbote, 2023.

		Frecuencia	%
Nivel de desapego (adherencia Morisky-Green)	Baja	49	51,1
	Media	20	20,8
	Alta	27	28,1
	Total	96	100,0

Fuente: Datos de aplicar test de creencias sobre TDAH.

La tabla 2 muestra que el nivel de desapego más prevalente fue bajo (51,1%), seguido de alto (28,1%) y regular (20,8%).

Tabla 3. Distribución del desapego al tratamiento de infantes con TDAH según nivel de conocimiento de los padres, Centro de Salud Progreso de Chimbote, 2023.

		Apego al tratamiento			Total n (%)
		Baja	Media	Alta	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Nivel de conocimiento	Deficiente	35 (71,4)	7 (35,0)	5 (18,5)	47 (49,0)
	Regular	9 (18,4)	8 (40,0)	7 (25,9)	24 (25,0)
	Bueno	5 (10,2)	5 (25,0)	15 (55,6)	25 (26,0)
	Total	49 (100,0)	20 (100,0)	27 (100,0)	96 (100,0)

$X^2(n=96; gl=4)=27.39; p \text{ valor} < 0.0001$

La tabla 3 indica que un mayor conocimiento sobre el TDAH está correlacionado con un mayor apego al tratamiento: un 55.6% de los padres con un buen conocimiento mantienen un alto apego al tratamiento, en contraste con solo un 18.5% de los padres con conocimiento deficiente. Con un total de 96 participantes, la significancia estadística de los hallazgos es alta, con un valor de p menor que 0.0001 según la prueba de Chi-cuadrado, sugiriendo que el nivel de conocimiento de los padres podría ser un factor importante en la adherencia al tratamiento de TDAH en niños.

Tabla 4. Correlación entre el nivel de conocimiento de los padres con el desapego al tratamiento de infantes con TDAH en el Centro de Salud Progreso, 2023.

		Apego al tratamiento	
Rho de Spearman	Nivel de conocimiento	Coefficiente Rho	0,570
		Sig. (bilateral)	<0,001
		n	96

La tabla 4 muestra el coeficiente Rho de Spearman es de 0,570, lo que indica una correlación positiva moderada; es decir, a medida que aumenta el nivel de

conocimiento de los padres sobre el TDAH, también lo hace su tendencia a adherirse al tratamiento de sus hijos. La significancia de esta correlación es alta, con un valor p bilateral menor que 0,001, lo cual es estadísticamente significativo. Esta correlación se ha establecido con una muestra de 96 sujetos, reforzando la idea de que el conocimiento parental juega un rol importante en el manejo efectivo del TDAH en niños.

Fue calculado el coeficiente Rho de Spearman en lugar de r de Pearson debido a la ambos puntajes para el apego y el nivel de conocimientos no presentaron distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov; siendo para el apego ($KS=0,187$, $gl=96$, $p<0,001$) y para el nivel de conocimiento ($KS=0,155$, $gl=96$, $p<0,001$).

V. DISCUSIÓN

El presente estudio se enfocó en evaluar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el desapego al tratamiento de infantes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), una relación que ha sido poco explorada, pero de gran relevancia en el manejo de esta condición. Los resultados obtenidos indican una correlación significativa entre el conocimiento deficiente de los padres sobre TDAH y un bajo apego al tratamiento en sus hijos, una observación que está en sintonía con varios estudios previos a nivel mundial.

Nuestro estudio presenta robusta validez interna y externa. La muestra de 96 padres fue seleccionada utilizando un método probabilístico, asegurando una representatividad adecuada y, por ende, una mayor generalización de los resultados. La utilización de instrumentos validados y reconocidos, como el test de Morisky-Green para la adherencia al tratamiento y el test de creencias sobre TDAH para medir el conocimiento, otorga una base sólida y fiable para las conclusiones obtenidas.

Además, la aplicación de técnicas estadísticas como el cálculo del Rho de Spearman, proporciona un análisis detallado y matizado de las correlaciones entre variables. Este enfoque estadístico no solo confirma la fuerza y dirección de las relaciones entre el conocimiento de los padres sobre el TDAH y su apego al tratamiento de sus hijos, sino que también subraya la precisión metodológica del estudio. En conjunto, estos aspectos metodológicos refuerzan la validez interna, asegurando que los resultados obtenidos son consecuencia directa de las variables estudiadas, como la validez externa, permitiendo una extrapolación cuidadosa de los hallazgos a poblaciones similares.

Los hallazgos de Saade S et al., en Sudáfrica, destacan el desconocimiento y el estigma como barreras principales para el tratamiento eficaz del TDAH. Estos elementos, conjuntamente con los resultados del presente estudio, resaltan la

necesidad crítica de mejorar la comprensión del TDAH entre los padres para facilitar una mayor adherencia al tratamiento. El estigma asociado al TDAH, mencionado también por Schoeman R et al., contribuye a la discriminación y retrasa la atención, lo que podría explicar en parte el desapego al tratamiento observado en padres con bajo nivel de conocimiento.

El estudio de Fan X et al., en China, revela que, a pesar de un acceso considerable a la información a través de internet, aún persiste un conocimiento insuficiente sobre el TDAH entre los padres. Esto se correlaciona con los hallazgos de este estudio, donde el 49,0% de los padres presentaron un nivel de conocimientos sobre TDAH deficiente. Esta brecha en el conocimiento puede conducir a decisiones menos informadas sobre el tratamiento, inclinando a los padres hacia opciones menos efectivas o incluso abandonando el tratamiento recomendado.

La estrategia de capacitación a padres implementada en Estados Unidos por Gerdes A et al. y los resultados positivos reportados por Dixon J et al. sugieren que mejorar el conocimiento de los padres sobre el TDAH puede influir positivamente en la gestión del tratamiento. Este enfoque podría ser crucial en contextos donde el desapego al tratamiento es elevado, como se evidencia en el presente estudio.

Los resultados de See L et al., en Taiwán, que muestran una baja comprensión de la edad de inicio del TDAH entre padres, público en general y maestros, refuerzan la idea de que el desconocimiento sobre aspectos fundamentales del TDAH es un problema generalizado. Esto podría contribuir a las tasas de desapego al tratamiento observadas en este estudio, donde el conocimiento deficiente se asoció con un bajo apego al tratamiento.

Breaux R et al., en Estados Unidos, señalan una divergencia en la influencia del conocimiento del TDAH en la elección del tratamiento entre diferentes grupos étnicos. Esta observación es relevante para el contexto del presente estudio,

sugiriendo que las estrategias para mejorar el conocimiento y la adherencia al tratamiento deben ser culturalmente sensibles y adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo.

El estudio de Ishizuya et al., de la Universidad de Tokio, enfoca en cómo la percepción de los beneficios del tratamiento y el apoyo familiar influyen en la adherencia al mismo. Los resultados de este estudio respaldan la idea de que, además del conocimiento sobre el TDAH, otros factores como las creencias y el apoyo familiar juegan un rol crucial en el apego al tratamiento.

a investigación de Rajcumar N y Paruk S en Sudáfrica resalta la necesidad de programas educativos para padres, lo cual se alinea con los resultados del presente estudio. La educación y el conocimiento pueden servir como herramientas poderosas para mejorar la adherencia al tratamiento en infantes con TDAH.

El estudio realizado por López J en Lima, Perú, revela una conciencia considerable sobre el TDAH entre los padres, pero también destaca las percepciones erróneas y estigmas asociados. Esto sugiere que, además de proporcionar información factual, es crucial abordar y corregir las ideas erróneas y los estigmas asociados al TDAH para mejorar la adherencia al tratamiento.

Los resultados de este estudio, en conjunción con la literatura existente, subrayan una correlación significativa entre el conocimiento de los padres sobre el TDAH y el apego al tratamiento en infantes. Se hace evidente la necesidad de estrategias educativas y de concienciación dirigidas a los padres, que no solo proporcionen información factual sobre el TDAH, sino que también aborden las percepciones erróneas y los estigmas asociados. Estas estrategias deben ser culturalmente sensibles y adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo para ser efectivas. Así, se puede esperar una mejora en la adherencia al tratamiento, lo cual es esencial para el manejo efectivo del TDAH en infantes.

VI. CONCLUSIONES

1. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de los padres sobre el TDAH y el desapego al tratamiento en infantes, subrayando la importancia de la educación parental en la gestión del TDAH.
2. Un porcentaje considerable de padres posee un conocimiento deficiente sobre el TDAH en infantes.
3. Se encontró un desapego variado al tratamiento en infantes con TDAH, con una tendencia hacia el bajo apego en casos de conocimiento parental deficiente.
4. Existe una correlación directa y significativa entre el nivel de conocimiento de los padres y su apego al tratamiento de sus hijos con TDAH.

VII. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas educativos dirigidos a padres para mejorar su comprensión sobre el TDAH y promover una mayor adherencia al tratamiento.
2. Implementar estrategias informativas y formativas para aumentar el conocimiento de los padres sobre el TDAH.
3. Fomentar el seguimiento continuo y el apoyo psicoeducativo a los padres para mejorar la adherencia al tratamiento.
4. Realizar evaluaciones periódicas del conocimiento de los padres y proporcionar recursos educativos ajustados a sus necesidades.

REFERENCIAS

1. Morris-Rosendahl DJ, Crocq MA. Neurodevelopmental disorders—the history and future of a diagnostic concept. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [Internet]. 31 de marzo de 2020 [citado 5 de noviembre de 2023];22(1):65-72. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/macrocq>
2. Riglin L, Leppert B, Dardani C, Thapar AK, Rice F, O'Donovan MC, et al. ADHD and depression: investigating a causal explanation. *Psychological Medicine* [Internet]. agosto de 2021 [citado 5 de noviembre de 2023];51(11):1890-7. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/adhd-and-depression-investigating-a-causal-explanation/02FC95F0E26F6265C7024856227DC510>
3. Abdelnour E, Jansen MO, Gold JA. ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? *Missouri Medicine* [Internet]. octubre de 2022 [citado 5 de noviembre de 2023];119(5):467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9616454/>
4. Moustafa Y, Chauhan M, Rummans TA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Overdiagnosis and Overprescriptions: Medicalization of Distractions. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 5 de noviembre de 2023];97(7):1339-44. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(22\)00130-6/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(22)00130-6/fulltext)
5. Rajcumar NR, Paruk S. Knowledge and misconceptions of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder at a hospital in South Africa. *S Afr Fam Pract* (2004) [Internet]. 3 de septiembre de 2020;62(1):e1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8378172/>
6. Vázquez Sánchez M, Castejón Ramírez S, López Campos M, Puig García C, Genzor Ríos C, Alcón Grases M. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Aragón: ¿Realmente sobrediagnosticado? *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* [Internet]. 2023 [citado 5 de noviembre de 2023];(1):16-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8967436>
7. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacology & Therapeutics* [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 5 de noviembre de 2023];230:107940. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016372582100142X>

8. Celis G, Casas M, Mauricio D, Santisteban J. Dilud: A Mobile Application to Reinforce Rote Learning in Elementary School Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of Interactive Mobile Technologies* [Internet]. 2023 [citado 5 de noviembre de 2023];17(6). Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=18657923&AN=162570191&h=Unl86pigF4eluZnNBI%2BKZYhlo1SyZMEdmKf4NpfpurHr%2FHdALd3NvFYLv1CU3ybuPm0%2FCSN3%2F8yT%2BVcYR61q7g%3D%3D&crl=c>
9. Chung W, Jiang SF, Paksarian D, Nikolaidis A, Castellanos FX, Merikangas KR, et al. Trends in the Prevalence and Incidence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adults and Children of Different Racial and Ethnic Groups. *JAMA Network Open* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 5 de noviembre de 2023];2(11):e1914344. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14344>
10. Alvarado C, Modesto-Lowe V. Improving Treatment in Minority Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 1 de febrero de 2017 [citado 5 de noviembre de 2023];56(2):171-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0009922816645517>
11. Saade S, Lamarche AP, Khalaf T, Makke S, Legg A. What barriers could impede access to mental health services for children and adolescents in Africa? A scoping review. *BMC Health Services Research* [Internet]. 6 de abril de 2023 [citado 5 de noviembre de 2023];23(1):348. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09294-x>
12. Schoeman R, Voges T. Attention-deficit hyperactivity disorder stigma: The silent barrier to care. *S Afr J Psychiatr* [Internet]. 8 de diciembre de 2022 [citado 5 de noviembre de 2023];28:1865. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9772730/>
13. Fan X, Ma Y, Cai J, Zhu G, Gao W, Zhang Y, et al. Do Parents of Children with ADHD Know the Disease? Results from a Cross-Sectional Survey in Zhejiang, China. *Children* [Internet]. noviembre de 2022 [citado 5 de noviembre de 2023];9(11):1775. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/11/1775>
14. Gerdes AC, Malkoff A, Kapke TL, Grace M. Parental ADHD Knowledge in Latinx Families: Gender Differences and Treatment Effects. *J Atten Disord* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 4 de noviembre de 2023];25(14):1955-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1087054720951853>
15. See LC, Li HM, Chao KY, Chung CC, Li PR, Lin SR. Knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder among the general public, parents, and primary school teachers. *Medicine* [Internet]. 26 de marzo de 2021 [citado 4 de noviembre de 2023];100(12):e25245. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2021/03260/knowledge_of_attention_deficit_hyperactivity.95.aspx

16. Dixon JF, Akins R, Miller E, Breslau J, Gill S, Bisi E, et al. Changing Parental Knowledge and Treatment Acceptance for ADHD: A Pilot Study. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 1 de mayo de 2023 [citado 4 de noviembre de 2023];62(4):301-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00099228221124676>
17. Breaux R, Waschbusch DA, Marshall R, Humphrey H, Pelham WE, Waxmonsky JG. The Role of Parental Knowledge and Attitudes about ADHD and Perceptions of Treatment Response in the Treatment Utilization of Families of Children with ADHD. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 2020 [citado 4 de noviembre de 2023];5(1):102-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7192343/>
18. Ishizuya A, Enomoto M, Tachimori H, Takahashi H, Sugihara G, Kitamura S, et al. Risk factors for low adherence to methylphenidate treatment in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *scientific reports* [Internet]. 2021 [citado 4 de noviembre de 2023];11(1):1707. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-81416-z>
19. López-Rodas J, Alvarado-Broncano B, Huerta-Lovatón B. Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un colegio de Independencia, Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. 2010 [citado 5 de noviembre de 2023];73(2):45-51. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1657>
20. Abad L, Moreno P, Monzó AV, Borondo RM, Orrico AI, Mengodbalbas P, et al. Percepción de la ansiedad y de las dificultades de aprendizaje según los criterios de la familia y de los profesores de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina (Buenos Aires)* [Internet]. 2023;83(2):17-21. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/36820477.pdf>
21. Vázquez M, Ramírez SC, Grases MA, Roca EP, Lozano CF, Campos ML. TDAH en atención primaria: prevalencia y derivación a atención especializada. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* [Internet]. 30 de marzo de 2022 [citado 5 de noviembre de 2023];39(1):3-9. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/853>
22. Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, González Torres HJ, Puentes Roza P, Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. septiembre de 2019 [citado 5 de noviembre de 2023];21(83):e101-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322019000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*

- [Internet]. octubre de 2020 [citado 5 de noviembre de 2023];51(5):315-35. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0040-1701658>
24. Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C, Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. julio de 2020 [citado 5 de noviembre de 2023];83(3):148-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972020000300148&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 25. DeMaso D, Walter H. Psicofarmacología. En: Nelson Tratado de Pediatría. 21ª. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 189-252.
 26. Ávila VM, Sarmiento EI, Brenes M, Cárdenas JA, Gutiérrez M, Escoto J, et al. Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [Internet]. 2ª. México: Secretaría de Salud México; 2018. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/304293/Trastorno_por_Deficit_de_Atencion_e_Hiperactividad__TDAH__2018.pdf
 27. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18.; 2011. Disponible en: https://www.psie.cop.es/uploads/Illes%20Balears/GUIA%20DE%20PRACTICA%20CLINICA%20SOBRE%20EL%20TDAH%20EN%20NIN_OS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf
 28. Leffa DT, Caye A, Rohde LA. ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. En: Stanford SC, Sciberras E, editores. *New Discoveries in the Behavioral Neuroscience of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [citado 5 de noviembre de 2023]. p. 1-18. (Temas actuales en neurociencias del comportamiento). Disponible en: https://doi.org/10.1007/7854_2022_329
 29. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Mol Psychiatry* [Internet]. marzo de 2019 [citado 5 de noviembre de 2023];24(3):390-408. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41380-018-0116-3>
 30. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet* [Internet]. 8 de febrero de 2020 [citado 5 de noviembre de 2023];395(10222):450-62. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)33004-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)33004-1/fulltext)

31. Mohammadi MR, Zarafshan H, Khaleghi A, Ahmadi N, Hooshyari Z, Mostafavi SA, et al. Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *J Atten Disord* [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 5 de noviembre de 2023];25(8):1058-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>
32. Mowlem FD, Rosenqvist MA, Martin J, Lichtenstein P, Asherson P, Larsson H. Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 5 de noviembre de 2023];28(4):481-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
33. Enriquez-Geppert S, Smit D, Pimenta MG, Arns M. Neurofeedback as a Treatment Intervention in ADHD: Current Evidence and Practice. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 28 de mayo de 2019 [citado 5 de noviembre de 2023];21(6):46. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1021-4>
34. Mucci F, Carpita B, Pagni G, Vecchia AD, Bjedov S, Pozza A, et al. Lifetime evolution of ADHD treatment. *J Neural Transm* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 5 de noviembre de 2023];128(7):1085-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02336-w>
35. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 5 de noviembre de 2023];128:789-818. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976342100049X>
36. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 5 de noviembre de 2023];144(4):e20192528. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
37. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* [Internet]. abril de 2017 [citado 5 de noviembre de 2023];34(2):245-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342017000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Retracted: Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension* [Internet]. 2008 [citado 5 de noviembre de 2023];10(5):348-54. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>

39. Barra SF. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de Perú [Internet] [Tesis de maestría]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3737>
40. Salinas LE. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital María Auxiliadora, Febrero 2019, Lima – Perú [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Lima, Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2100>

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
V1. Nivel de conocimiento de los padres	Los niveles de información y habilidades que tienen los padres sobre un tema en específico.	Se aplicará prueba de nivel de conocimiento sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno - Regular - Deficiente 	Cualitativa nominal
V2. Desapego al tratamiento	Carencia de adherencia a un tratamiento planteado por un personal especializado con respecto a una patología.	Se aplicará un test sobre el nivel de apego que tiene los pacientes a los tratamientos predispuestos por el personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno - Regular - Deficiente 	Cualitativa nominal
V3. Intervinientes		Nivel de escolaridad de los padres	<ul style="list-style-type: none"> - Superior completa - Superior incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Primaria completa - Primaria incompleta - Sin estudios - Analfabetas 	Cualitativa nominal
		Nivel de escolaridad de los infantes	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria completa - Primaria incompleta - Sin estudios 	Cualitativa nominal
		Bienestar familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Disfunción leve - Disfunción moderada - Disfunción severa 	Cualitativa nominal

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

El presente estudio tiene tres instrumentos de recolección de datos: 1) una ficha de recolección que recopila información general sobre los encuestados. 2) el test de Morisky-Green de 8 ítems y 3) el Test de Creencias sobre TDAH.

1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos de los padres:

Edad y sexo del padre/madre: ____ años, () Masculino, () Femenino

Nivel de escolaridad de los padres

- () Superior completa
- () Superior incompleta
- () Secundaria completa
- () Secundaria incompleta
- () Primaria completa
- () Primaria incompleta
- () Sin estudios
- () Analfabetas

Datos del menor:

Edad y sexo del menor: ____ años, () Masculino, () Femenino

Nivel de escolaridad del menor

- () Primaria completa
- () Primaria incompleta
- () Sin estudios

Datos del bienestar familiar:

- () Normal
- () Disfunción moderada

() Disfunción leve

() Disfunción severa

2. TEST DE MORISKY-GREEN DE 8 ÍTEMS

En el cuadro siguiente se presentan 8 preguntas cerradas, es decir en las 7 primeras solo puede marcar SI o NO, no las dos a la vez. En la octava pregunta marque solo uno de los paréntesis.

Gracias por su colaboración.

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	SI	NO
2. Algunas veces las personas no se toman sus medicinas por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	SI	NO
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	SI	NO
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	SI	NO
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	SI	NO
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	SI	NO
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	SI	NO
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? <p style="text-align: right;">() Nunca/Raramente () De vez en cuando () A veces () Normalmente () Siempre</p>		

3. TEST DE CREENCIAS SOBRE EL TDAH

A continuación, se presenta un cuadro con 20 preguntas y se le pide marcar verdadero (V) o falso (F) según usted lo considere correcto.

PREGUNTA	V	F
1.- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se debe a una causa hereditaria		
2.- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser independiente		
3.- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño tiene como una de sus características ser curioso		
4.- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es en un niño tiene como una de sus características ser más inteligentes		
5.- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un problema importante para el niño		
6.- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad mejorará espontáneamente solo en algunos casos		
7.- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser causado por la mala práctica de crianza y maltrato de los padres		
8.- Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad están en un riesgo más alto de ausentismo escolar y escaparse de clase		
9.- Las dificultades relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad sin tratamiento persisten para toda la vida en la mayoría de los casos		
10.- Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir educación especial, lo cual sería más favorable		
11.- Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un alto riesgo de convertirse en delincuentes al ser adolescentes		
12.- Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen inteligencia más alta que los niños sin TDAH		
13.- Las mismas reglas de conducta deben aplicarse por igual a los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad como con los niños que no lo tienen		
14.- Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades conductuales y emocionales en relación a sus compañeros de clase		
15.- El rendimiento escolar de los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es menor que el de sus compañeros sin TDAH		
16.- Los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan más dificultades en sus relaciones con los miembros de su familia		
17.- Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben recibir menos tareas que los niños sin ese problema		
18.- Los estudiantes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad deben ser evaluados de forma oral		
19.- El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser tratado con medicación adecuada		
20.- El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a menudo puede ser causado por el azúcar u otros aditivos alimentarios		

Anexo 3. Evaluación por juicio de expertos

Ambos instrumentos ya fueron validados.

Anexo 4. Modelo del asentimiento informado

Estimados padres:

Nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar su colaboración en un estudio llamado "Conocimiento de Padres y Desapego al Tratamiento con TDAH" para evaluar su conocimiento sobre el TDAH y cómo esto afecta la adhesión al tratamiento de sus hijos. Los participantes completarán cuestionarios, incluido el test de Morisky-Green, en una sesión de 10 minutos mientras los niños están en terapia. La participación es voluntaria y confidencial, y pueden retirarse sin consecuencias. Se requiere firma de consentimiento y se proporcionará una copia del asentimiento. Para más información, contactar al investigador.

La participación es voluntaria y confidencial, y pueden retirarse sin consecuencias. Se requiere firma de consentimiento y se proporcionará una copia del asentimiento. Para más información, contactar al investigador.

Agradecemos de antemano su colaboración y el tiempo que dediquen a este estudio.

Atentamente: UCHPA ARELLANO, KEVIN JILBER

Por favor, indique su acuerdo:

Yo, [_____], he leído la información proporcionada y cualquier pregunta que tenía ha sido respondida a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo [_____] participe en el estudio de investigación mencionado anteriormente.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Anexo 5: Ficha de derivación al comité de ética en investigación

A :
 Presidente del Comité de Ética en Investigación

De :
 Presidente del Comité de Ética en Investigación

Asunto : Solicita revisión de producto de investigación

Datos informativos:

Campus o sede	Nivel (*)	Programa Académico	Semestre	Ciclo
Link donde se alojan los productos de investigación (*)				

Datos del Proyecto:

Nro	Apellidos y Nombres (**)	Título del Producto de Investigación	Evaluación del Comité de Ética en Investigación (***)
1	Uchpa Arellano Kevin Jilber	Conocimiento De Padres y el Desapego al Tratamiento de Infantes Con TDAH	
2			
3			
.			

(*) Pregrado o Posgrado

(**) El archivo en el drive debe corresponder a los apellidos y nombres de los autores (***) Revisión o VºBº

Angulo Ramos Marisol Janeth

DNI: 42074639

Anexo 6: Autorización de la organización para publicar su identidad en los resultados de las investigaciones

Datos Generales

Nombre de la Organización:	RUC:
Nombre del Titular o Representante legal:	
Nombres y Apellidos Uchpa Arellano Kevin Jilber	DNI: 75489848

Consentimiento:

De conformidad con lo establecido en el artículo 8º, literal “c” del Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo (RCU Nro. 0470-2022/UCV) (*), autorizo , no autorizo publicar LA IDENTIDAD DE LA ORGANIZACIÓN, en la cual se lleva a cabo la investigación:

Nombre del Trabajo de Investigación	
Conocimiento de Padres y el Desapego al Tratamiento Infantes con TDAH	
Nombre del Programa Académico:	
Autor: Nombres y Apellidos Uchpa Arellano Kevin Jilber	DNI: 75489848

En caso de autorizarse, soy consciente que la investigación será alojada en el Repositorio Institucional de la UCV, la misma que será de acceso abierto para los usuarios y podrá ser referenciada en futuras investigaciones, dejando en claro que los derechos de propiedad intelectual corresponden exclusivamente al autor (a) del estudio.

Lugar y Fecha:

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD PROGRESO
Mg. Obst. Betty Luzmaría Meneses
COP 11827
ISEFATUHA

Firma: _____

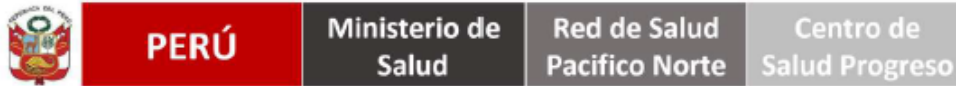
(Titular o Representante legal de la Institución)

(*) Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo-Artículo 8º, literal “c” Para difundir o publicar los resultados de un trabajo de investigación es necesario mantener bajo anonimato el nombre de la institución donde se llevó a cabo el estudio, salvo el caso en que haya un acuerdo formal con el gerente o director de la organización,

para que se difunda la identidad de la institución. Por ello, tanto en los proyectos de investigación como en las tesis, no se deberá incluir la denominación de la organización, ni en el cuerpo de la tesis ni en los anexos, pero sí será necesario describir sus características.

Anexo 7. Formato de autorización

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



Chimbote 30 de noviembre 2023

Sr.

Uchpa Arellano, Kevin Jilber

Es un placer comunicarme con usted. Después de revisar su solicitud sobre su investigación, titulada "**Conocimiento de padres y el desapego al tratamiento de infantes con TDAH**", he decidido proporcionarle acceso a las historias clínicas y proporcionarle los datos pertinentes de los usuarios que necesiten para su tesis.

Comprendo la importancia de su trabajo y valoro la dedicación y el esfuerzo que conlleva.

Sin embargo, quiero enfatizar que se deben seguir todas las normas y protocolos de privacidad y seguridad de la información. La información identificable de los pacientes debe manejarse con la más estricta confidencialidad y solo puede ser utilizada para los fines de su tesis.

Por favor, coordine con nuestro personal administrativo para organizar el acceso a las historias clínicas y rol de citas de los servicios de Salud Mental. Estamos a su disposición para apoyarla en este importante proyecto.

Le deseo mucho éxito en su investigación.

Atentamente,



Mg. Llamas Méndez Betty Isabel

Jefe del Centro de Salud Progreso



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, ANGULO RAMOS MARISOL JANETH, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Conocimiento de padres y el desapego al tratamiento de infantes con TDAH", cuyo autor es UCHPA ARELLANO KEVIN JILBER, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 01 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
ANGULO RAMOS MARISOL JANETH DNI: 42074639 ORCID: 0000-0003-4779-949X	Firmado electrónicamente por: MANGULO22 el 01- 12-2023 18:56:27

Código documento Trilce: TRI - 0676803