



# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN**

Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2019

## **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

### **AUTORA**

Lloclla Jara, Marianella Nieves

ORCID: 0009-0006-1325-9101

### **ASESOR**

Abanto Marín, Roger Alejandro

ORCID: 0000-0003-4828-6290

**Lima, Perú**

**2023**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autora**

Lloclla Jara, Marianella Nieves

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 09974761

### **Datos de asesor**

Abanto Marín, Roger Alejandro

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 26698712

### **Datos del Comité de la Especialidad**

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

ORCID: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

ORCID: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

ORCID: 0000-0002-5222-2380

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

## **ANEXO N°1**

### **DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD**

Yo, Marianella Nieves Lloclla Jara, con código de estudiante N° 202113307, con DNI N° 09974761, con domicilio en jr Garcilaso de la Vega 205 dpto 302 distrito Bellavista, provincia y departamento del Callao, en mi condición de Médica Cirujana de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: "Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2019 " es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Roger Alejandro Abanto Marín, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 7% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 22 de diciembre de 2023

  
-----  
Marianella Nieves Lloclla Jara  
DNI N° 09974761

Marianella Nieves Lloclla Jara

DNI N° 09974761

# Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2019

## INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>7</b> %	<b>7</b> %	<b>0</b> %	<b>4</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>2</b> %
<b>2</b>	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martin de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>tesis.ucsm.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>6</b>	<b>dspace.unl.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>7</b>	<b>repositorio.unan.edu.ni</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	<b>www.clubensayos.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %

9	<b>Submitted to Grand Canyon University</b> Trabajo del estudiante	<1%
10	<b>repositorio.unc.edu.pe</b> Fuente de Internet	<1%
11	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Descripción de la realidad problemática</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Formulación del problema</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Línea de investigación</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4 Objetivos: General y específicos</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4.1 General</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4.2 Específicos</b> .....	<b>3</b>
<b>1.5 Justificación</b> .....	<b>4</b>
<b>1.6 Delimitación</b> .....	<b>5</b>
<b>1.7 Viabilidad</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Antecedentes de investigación</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2 Bases teóricas</b> .....	<b>7</b>
<b>2.4 Hipótesis</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 Tipo de estudio</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2 Diseño de investigación</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3 Población y muestra</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3.1 Población</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3.2 Muestra</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3.3 Selección de la muestra</b> .....	<b>13</b>
<b>3.4 Operacionalización de variables</b> .....	<b>13</b>
<b>3.4.1 Variables de estudio</b> .....	<b>13</b>
<b>3.4.2 Matriz de operacionalización de variables</b> .....	<b>13</b>
<b>3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b> .....	<b>17</b>
<b>3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos</b> .....	<b>17</b>
<b>3.7 Aspectos éticos</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Recursos</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2 Cronograma</b> .....	<b>18</b>

4.3 Presupuesto .....	18
<b>CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>26</b>
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	26
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	28
3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32

## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno psiquiátrico del desarrollo que en su génesis involucra componentes neurobiológicos y hereditarios, cuyo inicio es muy común en darse en la infancia y su persistencia es duradera a lo largo de la vida, caracterizado por grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad(1,2), siendo los tres componentes no necesarios para el diagnóstico. Es además importante recalcar la repercusión que estos tres ejes deben tener en la esfera personal, social o laboral-educativa del paciente para el diagnóstico (3). En niños y adolescentes se ha observado que su prevalencia mundial se encuentra alrededor del 8 %, lo que la vuelve uno de los trastornos más comunes de la niñez(4). Estos mismos datos indican que su desarrollo es más común entre varones que en mujeres, llegando a duplicar su prevalencia según el sexo (4,5). El diagnóstico va más allá de la edad pediátrica, pues se reconoce su presencia en el adulto, como mostró Kessler al señalar una prevalencia en el adulto alrededor del 4,4% (6).

La DSM 5 distingue tres subtipos de presentación del TDAH, a saber: de predominio inatento, de predominio hiperactivo y mixto (7). Entre las tres el predominio inatento es el más frecuente, seguido por el tipo hiperactivo, mucho más frecuente este último en varones (proporción 4: 1 comparado con las mujeres) que los otros dos subtipos (4).

La presencia de TDAH tiene fuerte impacto en el desarrollo de la vida escolar pues suele diagnosticarse desde sus primeros años (8) y se manifiesta en distintas esferas del desenvolvimiento del niño, como son: memoria, pensamiento, lenguaje y atención (9). En el curso del tiempo el diagnóstico TDAH puede asociarse a diversos problemas del desarrollo intrapersonal e interpersonal como es la baja autoestima y las dificultades en el desarrollo de su esfera social (10), lo que desencadena en problemas escolares, relaciones interpersonales infructuosas e incluso trasgresiones de la ley en la adultez temprana (8). Además el TDAH se asocia a varios diagnósticos de índole psiquiátrica, existiendo un aumento en el riesgo para el



desarrollo de síntomas de depresión, ansiedad (10), el desarrollo de trastorno de personalidad y conductas adictivas en la adolescencia y años posteriores (9,11).

Pese a la alta carga de morbilidad que acarrea en años posteriores a su desarrollo en la niñez, no existe un entendimiento pleno de la patogénesis del TDAH (5,12), lo que dificulta las potenciales intervenciones que se puedan desarrollar para controlarlo. Por ejemplo distintos factores ambientales se han estudiado como asociados al desarrollo de TDAH (influencias dietéticas, alteraciones del ritmo circadiano, enfermedades o medicamentos durante el desarrollo prenatal, exposición al tabaco en época prenatal, prematuridad, etc.) (5,13) pero el mecanismo en que interaccionan con el desarrollo de TDAH es controversial y no bien establecido, existiendo reportes contradictorios y poco concluyentes al respecto.

Debido a este desarrollo multifactorial las intervenciones terapéuticas en el curso del TDAH son múltiples y no excluyentes, usándose en ocasiones como conjunto. Entre las primeras empleadas se encuentran las intervenciones psicosociales enfocadas en primer lugar en la conducta y el entrenamiento de padres (14,15). El tratamiento farmacológico figura entre la primera línea de tratamiento en menores mayores de 6 años, siendo los psicoestimulantes los que han demostrado mejor efecto aunque no se limita a éste grupo farmacológico. Además contribuyen en potenciar los efectos de las intervenciones psicosociales que se puedan desarrollar sobre el paciente (16).

A pesar de que la opción farmacológica es bastante recomendada, se evidencia una percepción negativa relacionado al tratamiento (17) así como una serie de factores que disminuyen sus tasas de adherencia, con algunas revisiones que muestran valores altamente variables (entre 13 y 64%) (18). Esto muestra que la adherencia al tratamiento es un tema de importancia dentro del manejo del TDAH.

En Latinoamérica la prevalencia del TDAH se ha estimado según distintos estudios entre el 5 al 20% (19–21), observándose valores semejantes en el Perú (5-10%) (22–24). Pocos estudios de investigación en nuestro país han indagado sobre las características asociadas del TDAH, los pocos existentes se han enfocado principalmente en su coocurrencia con distintas comorbilidades (1) pero pocas respuestas se tienen sobre las preferencias familiares al tratamiento y los medicamentos mejor aceptados. Tampoco se ha estudiado la adherencia terapéutica (entendida esta como el grado en que el accionar de una persona se adecúa a las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (25)) en esta población ni en

los factores asociados a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Debido a este vacío en el conocimiento cobra relevancia la presente investigación que involucra tanto la adherencia como los factores asociados a la falta de esta en el curso del TDAH.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2019?

## **1.3 Línea de investigación**

Psiquiatría infantil.

## **1.4 Objetivos: General y específicos**

### **1.4.1 General**

Identificar los factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2019.

### **1.4.2 Específicos**

- Conocer la tasa de abandono al tratamiento en los pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH.
- Calcular la frecuencia de los factores identificados asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH
- Correlacionar la presencia de los distintos factores de riesgo con el abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH

## 1.5 Justificación

Aunque el TDAH constituye una patología pediátrica ampliamente difundida entre la población y con una proporción de casos muy importante en la edad pediátrica, poco se enfatiza en su carácter crónico y la importancia de su tratamiento oportuno por las múltiples consecuencias que tiene en la formación psicológica (baja autoestima, aumento de síntomas depresivos), social (conflictos familiares y relaciones interpersonales inestables), educativa (bajo rendimiento académico) y laboral (disminución del desempeño), además de otras comorbilidades psiquiátricas que pueden desarrollarse (Trastornos afectivos y uso de sustancias psicoactivas). Las repercusiones a largo plazo son sin duda importantes y por lo tanto iniciar el tratamiento es el mejor camino que se puede elegir para contribuir a disminuir el riesgo y mejorar la calidad de vida de los afectados. Más allá de mitos difundidos al respecto del tratamiento farmacológico, en edades mayores a los 6 años la terapia farmacológica se reconoce como parte de la primera línea del manejo pues se ha visto contribuye drásticamente a mejorar los síntomas y disminuir las tasas de todos los eventos descritos anteriormente. No resulta tampoco sorprendente ver que, producto del exceso de información proveniente del acceso a internet, muchos padres deciden dilatar el inicio del manejo farmacológico o alejarse de la posibilidad de iniciar la terapia farmacológica. En ocasiones también tras un periodo inicial de tratamiento deciden abandonarlo por distintos motivos entre los que normalmente se encuentra los temores a posibles efectos negativos sobre la salud física y/o mental de su hijo.

La especificidad de los fármacos empleados hace que sea necesario en muchas ocasiones la referencia de centros de atención donde no se cuenta con los especialistas o los fármacos requeridos (que en el caso de los psicoestimulantes requieren un permiso especial) para el manejo del TDAH. En ese sentido el Hospital Víctor Larco Herrera es un hospital de referencia nacional, donde acuden muchos pacientes en edad pediátrica y son atendidos por el servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. En este servicio en consecuencia la prevalencia del TDAH es elevada, constituyendo uno de los principales diagnósticos por los que los pacientes son derivados y acuden a consulta. La elección en consecuencia de realizar una investigación sobre el TDAH en este servicio resulta plenamente justificada pues se cuenta con la casuística deseada.

No se tiene un reporte específico a nivel nacional ni local o institucional que indique las cifras de abandono de tratamiento ante las que nos enfrentamos. Es necesario en primer lugar poder sistematizar esta información para luego poder comprender cuales son los motivos asociados al abandono del tratamiento y así poder desarrollar respuestas prácticas y efectivas que mejoren el tratamiento y el pronóstico a largo plazo de esta enfermedad. Por ello la utilidad de esta investigación que va a permitir conocer los factores asociados al abandono en este grupo de pacientes.

## **1.6 Delimitación**

La presente investigación tiene como eje los pacientes con diagnóstico de TDAH, cuyo diagnóstico y tratamiento ocurra dentro de los límites de la edad pediátrica. Se realizará sobre los pacientes tratados en nuestro centro hospitalario, el Hospital Víctor Larco Herrera, en el Departamento Psiquiátrico de Niños y Adolescentes, que atiende una población dispersa proveniente de distintos distritos de Lima pues es un centro de referencia para el manejo de diversos pacientes pediátricos. La presente investigación se limita además a aquellos pacientes que incluyan el manejo farmacológico en su terapéutica. En el aspecto temporal, solo se incluyen las atenciones realizadas durante el año 2019.

## **1.7 Viabilidad**

La institución ha autorizado la investigación y cuenta con el apoyo de los especialistas en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Víctor Larco Herrera, además el registro de las atenciones de los pacientes por parte del servicio y la información registrada en la historia clínica permiten la recolección de la información por parte de la investigadora en un periodo de tiempo breve.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de investigación**

En Países Bajos se ha mostrado que algunos de los factores asociados a la adherencia al tratamiento con Metilfenidato mostró que algunos componentes asociados a la estructura familiar (madres con un solo hijo), el factor económico (ingreso promedio) y la edad de inicio temprano se asoció con una mayor adherencia al tratamiento (26).

En Taiwán se revisó data población a lo largo de todo el país para evaluar la adherencia al tratamiento tanto de atomoxetina como de metilfenidato en distintas formulaciones (liberación inmediata y liberación controlada), una alta dosis y una edad mayor al momento de la primera indicación se asociaron con la discontinuación temprana del tratamiento y pobre adherencia (27).

En Tokyo se estudió a través de una cohorte seleccionada de pacientes que iniciaron tratamiento ambulatoria entre los 6 a 17 años, se evaluó la adherencia con el tratamiento para metilfenidato de acción osmótica, la medicación con atomoxetina e hipnóticos añadidos fue un factor asociado al abandono de tratamiento, también se observó como factores asociados a menor adherencia el sexo femenino y una dosis de inicio bajo (28).

En un estudio en Toronto se evaluaron los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con TDAH, la adherencia estuvo asociado a la ausencia de trastorno negativista desafiante, unos síntomas de TDAH más altos en la calificación dada por el maestro en la escuela y una edad más joven al inicio del cumplimiento predicho (29). En otra revisión realizada en Toronto se evaluaron distintos factores posiblemente asociados a la adherencia a fármacos estimulantes donde se encontró que un estado socioeconómico alto, las familias de dos padre y las creencia en los efectos saludables y seguros de la medicación contribuye a su aceptación.(30)

En Texas un estudio observó que la adherencia fue mayor en el tratamiento farmacológico entre terapia con fármacos no estimulantes comparado con los fármacos estimulantes (31).

La tesis realizada en la universidad de Nuevo León observó una relación positiva entre la severidad de los síntomas evaluados y el apego al tratamiento farmacológico de TDAH (32). La percepción que los pacientes tienen sobre el tratamiento y el fármaco se ha visto

asociada a la adherencia al mismo, lo que se ha podido observar en adolescentes con TDAH (33). En niños este efecto sobre el conocimiento y la actitud hacia el tratamiento se ha evaluado en los padres, lo que es lógico por su rol de cuidadores, teniendo como resultado una correlación positiva entre la aceptación y la adherencia (34).

Otra perspectiva de estudio ha sido explorar los motivos de cada paciente para discontinuar los tratamientos, como fue hecho en Londres a través de entrevistas semiestructuradas a los pacientes, en este estudio se reconocieron como factores la percepción riesgo/beneficio y la visión del TDAH como un desorden de la infancia asociado a la educación y el aprendizaje (35).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad - TDAH**

El trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH en adelante, ADHD por sus siglas en inglés), es una condición del desarrollo neuropsicológico que se caracteriza por falta de atención, distraibilidad e hiperactividad (aunque puede no estar acompañado de esta última) (12). El DSM-5 incluye en su manual diagnóstico incluye distintos criterios clínicos, agrupados en dos ejes (2):

- Inatención.
- Hiperactividad e impulsividad.

Se ha observado que ambos ejes tienen contribución a la alteración del desarrollo, aunque con diferente evolución en el tiempo, siendo los síntomas de inatención más constantes y pudiendo los síntomas de hiperactividad disminuir con el tiempo (7).

La patología del diagnóstico es hasta ahora desconocida (12). Se intuye una componente genético por la asociación familiar entre desarrollar TDAH entre hermanos e hijos de paciente con TDAH (36). Además varios de los genes involucrados en el sistema de receptores de dopamina y serotonina se han visto asociados a la presentación de TDAH (37). Entre los factores ambientales la exposición intra útero al Valproato se ha

visto asociado a un riesgo incrementado de desarrollar TDAH (38). Otro factor estudiado ha sido el tener contacto con humo de “segunda mano” (de forma pasiva) (39).

Estudios neuropsicológicos sugieren que los circuitos entre la corteza frontal y los ganglios basales son críticos para la función ejecutiva que incluye a la atención y ejercer la inhibición (12). Además se ha visto que los principales neurotransmisores implicados en la función de la corteza frontal son las catecolaminas (Noradrenalina y Dopamina), por ello el manejo farmacológico incluye el metilfenidato que actúa aumentando la dopamina (40). Otras regiones afectadas incluyen los ganglios basales y la corteza cingulada anterior (41). Se ha observado también que una corteza más delgada se ha asociado con síntomas más severos asociados al déficit de atención (42).

### **Epidemiología.**

Contrario a lo que se suele sugerir, el TDAH es una condición que se ha reconocido previamente pero que es solo en esta época en que se le empieza a dar el énfasis requerido (43). Su definición misma se ha ido desarrollando y refinando desde su aparición en el DSM – II hasta la forma actual presente en el DSM 5 (44). Es una enfermedad de alta prevalencia y que ocasiona una alta carga de enfermedad y deterioro en los afectados (45), La prevalencia actual en los EEUU es de entre 3 a 7% de los niños. Es además un desorden con una larga lista de comorbilidades posibles, entre las que se mencionan: Síndrome de piernas inquietas, depresión, trastornos de personalidad, trastorno de abuso de sustancias, desórdenes conductuales, ansiedad, etc. (7). Sin embargo se reconoce que existe cerca de un cuarto de pacientes que no reciben el diagnóstico temprano (en la niñez) y por lo tanto no cuentan con ningún tratamiento. El diagnóstico en general va en aumento, mostrando algunos estudios esta tendencia creciente (12,46). Tal vez la principal importancia en su diagnóstico y manejo sea la amplia gama de pobres resultados funcionales en la vida adulta, que incluyen problemas en las relaciones interpersonales, el desempeño académico y la esfera laboral (47).

### **Presentación clínica**

El patrón de presentación puede darse en la primera infancia, siendo un diagnóstico no inusual entre los primeros años. Actualmente pese a esta tendencia de afectar en el desarrollo temprano, se reconoce que puede diagnosticarse en cualquier momento y por

lo tanto no se considera a la edad como una variable que intervengan en la consideración diagnóstica (7,48). Se reconoce así mismo que es un trastorno más frecuente en varones, siendo el sexo masculino un factor que incrementa el riesgo por sí solo entre 3 a 4 veces (12).

Al momento del diagnóstico, se suele identificar alteraciones en el examen psicopatológico suelen mostrar un niño con poca capacidad para completar las tareas, siendo en ocasiones un interrogatorio difícil pues pueden encontrarse inquietos, nerviosos e impulsivos (9). Además aunque el afecto y el lenguaje suelen manifestarse con normalidad, pueden encontrarse elevados, sin ser estas modificaciones sugestivas de un episodio maniaco pues este es diagnóstico diferencial importante a considerar (49). Además, producto de la afección sobre la atención los pacientes con TDAH suelen presentar dificultades para el cálculo y la memoria de corto plazo (9).

### **Manejo**

Al ser el TDAH una condición compleja, su manejo involucra tanto un componente conductual, familiar, escolar y farmacológico. El entrenamiento conductual de los padres y el aula representa una condición fundamental en su manejo (50,51). En efecto hay evidencia que indica que tratar a niños y adolescentes mediante intervenciones conductuales puede contribuir con el funcionamiento y desempeño no solo en el caso de los menores sino también en los padres. El entrenamiento de los padres es parte fundamental del manejo de TDAH y debería incluirse en su manejo siempre que sea posible, pues contribuye con el comportamiento desafiante y mejora la crianza y el desempeño social en los pacientes con TDAH (51). Sin embargo las intervenciones terapéuticas no se han visto efectivas por sí solas en el control de las principales características del TDAH (hiperactividad e impulsividad) en la mayoría de niños.

### **Terapia farmacológica**

Aunque la mayoría de sociedades consideran que el inicio del manejo debe ser la psicoeducación y el manejo conductual, otras consideran que la medicación debe ser el tratamiento inicial (44). Más allá de esta diferencia todas las sociedades coinciden en que los psicoestimulantes son el medicamento de elección para el manejo farmacológico



del TDAH (44,52). Entre los psicoestimulantes más usados incluyen el metilfenidato, dextranfetamina, dexmetilfenidato, lisdexanfetamina, serdexmetilfenidato y anfetamina; todos con eficacia semejante pero diferente dosis y efectos adversos (50). Aunque se reconoce la utilidad de estos fármacos en el manejo del corto plazo, su importancia en el largo plazo aún no está completamente definida (53). Otra de las preocupaciones frecuentes a este tratamiento es el desarrollo de trastornos asociados al uso de sustancias, sin embargo diversos estudios han evidenciado que no hay un aumento de dicho riesgo (54).

Otros fármacos no psicoestimulantes incluyen la atomoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de norepinefrina que clásicamente se ha considerado de segunda línea porque en comparación con los estimulantes tienen un menor respuesta por lo que se reserva para pacientes que no responden o no pueden o no desean usar psicoestimulantes (44). Existe evidencia menor de que otros fármacos antidepresivos podrían tener algún efecto (Bupropion, venlafaxina, imipramina, desipramina, nortriptilina) pero no son de uso rutinario por su perfil de seguridad (50).

Una dificultad presente en el tratamiento farmacológico del TDAH es la adherencia al mismo, observándose en la revisión de la literatura tasas de abandono de hasta el 64% (18). Estas tasas también se han visto diferenciadas según el tipo de medicamento empleado, siendo mejor aceptadas y continuadas los no estimulantes, mientras que siendo los estimulantes de acción de corta los que muestran mayor tasa de adherencia (31). Otros factores que se afectan la adherencia al tratamiento farmacológico son la edad de los padres, la gravedad del TDAH, la relación en tratamientos previos con el personal de salud figuran como los principales condiciones que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico (30).

Debido a los factores mencionados y la trascendencia del diagnóstico, la Academia Americana de Pediatría menciona algunas recomendaciones globales para el diagnóstico y manejo del TDAH, como las siguientes: Cualquier menor entre 4 a 18 años que presente problemas académicos o de comportamiento y síntomas de falta de atención, hiperactividad o impulsividad debe ser evaluado para TDAH, además se deben tener en cuenta las posibles condiciones comórbidas (55). Durante la edad preescolar (4 a 6 años) el manejo inicial debe incluir capacitación para los padres en manejo del

comportamiento, basado en evidencia y/o intervenciones conductuales en el aula; el metilfenidato puede ser considerado si estas intervenciones no funcionan. En niños de edades mayores estas intervenciones deben acompañarse de medicación aprobada para el uso de TDAH (55).

### **2.3 Definiciones conceptuales**

Abandono de tratamiento.- El abandono de tratamiento comprende en esencia el perderse o no realizar el tratamiento durante un período de tiempo que puede afectar la capacidad de curar o controlar la enfermedad.

TDAH.- Condición del desarrollo neuropsicológico que se caracteriza por falta de atención, distraibilidad e hiperactividad, pudiendo estar presentes en distintas maneras y no siendo necesarias las tres (26). El DSM-5 incluye en su manual diagnóstico incluye distintos criterios clínicos, agrupados en dos ejes (2):

- Inatención.
- Hiperactividad e impulsividad.

### **2.4 Hipótesis**

Existen diferentes factores asociados al abandono del tratamiento de los niños diagnosticados con TDAH en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2019.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo de estudio**

Observacional analítico, de tipo transversal y retrospectivo.

### **3.2 Diseño de investigación**

Se decide el uso observacional analítico, debido a que el grupo poblacional que se observará sus características esta ya definido en el año del 2019, donde se buscará las frecuencias de aparición de los factores de riesgo asociado

### **3.3 Población y muestra**

#### **3.3.1 Población**

Población pediátrica del Hospital Víctor Larco Herrera con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y tratamiento farmacológico como parte de la terapéutica.

#### Criterios de inclusión:

- Población pediátrica con un mínimo de 6 años hasta los 14 años 11 meses y 29 días.
- Pacientes con diagnóstico de TDAH (Trastorno Hiperactivo).
- Pacientes a los que se les ha indicado tratamiento farmacológico para el manejo de su diagnóstico de TDAH.

#### Criterios de exclusión

- Apoderados del paciente se han negado al tratamiento farmacológico en un primero momento, dejando en claro que no desean dicho tratamiento.
- Pacientes provenientes de casas-hogares, albergues
- Pacientes que han tenido menos de dos atenciones en el Consultorio Externo del Hospital Víctor Larco Herrera.

#### **3.3.2 Muestra**

Se seleccionará al subconjunto de la población que fue atendida a lo largo del año 2019.

### **3.3.3 Selección de la muestra**

Mediante recolección de información de las historias clínicas y registro de atenciones del Hospital Víctor Larco Herrera.

La elección de la muestra se realizará mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se seleccionará a los pacientes que registren atención con diagnóstico de TDAH durante el año 2019. El tamaño de muestra equivaldrá al total de la población atendida durante este año.

## **3.4 Operacionalización de variables**

### **3.4.1 Variables de estudio**

- Variable Independiente:
  - Variable 1: Sexo
  - Variable 2: Edad
  - Variable 3: Nivel educativo de los padres
  - Variable 4: Ingreso familiar
  - Variable 5: Factores adversos leves reportados
  - Variable 6: Estructura familiar
  - Variable 7: Falta de respuesta al tratamiento
- Variable dependiente:
  - Variable 8: Abandono de tratamiento

### **3.4.2 Matriz de operacionalización de variables**

Ver en la hoja siguiente:

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Valores</b>	<b>Instrumento de medición</b>	<b>Función en la investigación</b>
<b>Sexo.</b>	Condición orgánica que distingue a los seres como masculinos o femeninos.	Sexo de nacimiento del paciente señalado en la Historia clínica.	Biológica	Cualitativa	Nominal dicotómica	1 = Femenino. 2 = Masculino	Historia clínica	Independiente
<b>Edad.</b>	Tiempo desde que ha nacido una persona.	Tiempo desde nacido del paciente expresado en años.	Biológica	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos en números naturales.	Historia clínica	Independiente
<b>Nivel educativo de los padres</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado de educación más alto concluido por los padres y referido por ellos en la Historia Clínica.	Educativa	Cualitativa	Nominal politómica	1 = Sin concluir educación primaria completa 2 = Educación primaria, sin educación secundaria completa 3 = Educación secundaria completa sin educación superior completa 4 = Educación superior completa (Universidad o Instituto)	Historia clínica.	Independiente
<b>Ingreso familiar</b>	Ingresos combinados de todas las personas que conviven y comparten un hogar o el núcleo familiar.	Montos referidos de ingresos reunidos de todos los miembros que conforman el núcleo familiar en la ficha de atención de Trabajo Social.	Económico	Cualitativa	Nominal politómica	Muy bajo = < a 1 sueldo mínimo Bajo = Entre 1 a 3 sueldos mínimos Medio = Entre 3 a 5 sueldos mínimos Alto = Mayor a 5 sueldos mínimos	Historia clínica.	Independiente
<b>Factores adversos leves reportados</b>	Respuesta nociva, no deseada y no intencionada que no compromete la vida ni la función permanente de un órgano en el	Reporte en la Historia Clínica de efectos adversos leves calificados por los padres en la primera consulta	Farmacológico	Cualitativo	Nominal dicotómica	Con efecto adverso leve reportado. No se reporta efecto adverso leve.	Historia clínica.	Independiente

	cuerpo y que se produce tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad.	posterior al tratamiento indicado						
<b>Falta de respuesta al tratamiento</b>	Falta de consecuencia de un tratamiento médico de cualquier tipo, cuyos resultados se esperaban por considerarse deseables y beneficiosos.	Reporte en la Historia Clínica de falta de efecto esperado según es observado por los padres en la primera consulta posterior al tratamiento indicado	Clínico	Cualitativo	Nominal dicotómica	Padres refieren no ha habido efecto esperado. Padres refieren sí ha habido efecto esperado.	Historia clínica.	Independiente
<b>Estructural Familiar</b>	Componentes y configuración en roles del conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo y que coexisten económica y socialmente, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.	Montos referidos de ingresos reunidos de todos los miembros que conforman el núcleo familiar en la ficha de atención de Trabajo Social	Social	Cualitativo	Nominal politómica	Nuclear = Dos padres + hijos. Extendida = Nuclear + Otros miembros de la familia. Monoparental = Solo un progenitor. Reconstituida = Proveniente de la separación de uno o dos núcleos familiares. Otros.	Historia Clínica	Independiente
<b>Abandono de tratamiento.</b>	No completar la terapia para una enfermedad que podría curarse o controlarse definitivamente.	Omisión de todo el tratamiento durante un período de tiempo mínimo de 3 meses hasta el punto de afectar la capacidad de curar o controlar	Farmacológico.	Cualitativa.	Nominal dicotómica	1 = Abandono. 2 = No abandono.	Historia clínica	Dependiente

		definitivamente la enfermedad						
--	--	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

### **3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Los datos se recolectarán de la historia clínica de cada paciente, tanto de la evaluación clínica que se realiza en la atención del consultorio como de los datos aportados por la ficha de trabajo social. Para la recolección de los datos se diseñará una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora a cargo, que incluye las variables a estudiar y los datos demográficos del paciente. Dicha ficha de recolección de datos puede verse en la sección de anexos.

### **3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos**

Para todas las variables que se van a analizar en el presente estudio se procederá al análisis descriptivo que se llevará a cabo con el programa SPSS (IBM SPSS Statistics Version 25.0 ®) y dependerá de la naturaleza de la variable a estudiar. Para las variables cualitativas mencionadas se procederá a describirlas según su proporción unida a intervalo de confianza al 95%. Para el contraste de hipótesis se usará la prueba de hipótesis X<sup>2</sup> (chi-cuadrado). La decisión de rechazar la hipótesis nula, que presupone la independencia de los datos, se tomará si se encuentra un valor  $p < 0.05$ , no siendo significativo un valor mayor. Los datos a través de tablas de contingencia, asociados al valor p hasta en 2 decimales.

### **3.7 Aspectos éticos**

El estudio empleará información de los pacientes que no será directamente obtenida por lo que no será necesario aplicar el consentimiento informado. Se tiene permiso por parte de la institución para acceder a las historias clínicas de los pacientes. No se transmitirá ningún dato asociado a un paciente, garantizando el el investigador el anonimato de los participantes. Se garantiza también que esta información solo se usará en esta investigación.

Al no ser un estudio experimental el paciente se encuentra excluido de cualquier daño o riesgos potenciales directos sobre su salud.

Finalmente, el autor no tiene conflictos de interés con el presente trabajo.



## CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

### 4.1 Recursos

Humanos : Residente de Psiquiatría y Asesor de Tesis

Financieros : Propios

Logísticos : Señalados en el presupuesto

### 4.2 Cronograma

ETAPAS	2022						2023	
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	ENE	FEB
Elaboración del proyecto	X	X						
Presentación del proyecto	X	X						
Revisión bibliográfica	X	X						
Trabajo de campo y captación de información			X					
Procesamiento de datos				X				
Análisis e interpretación de datos				X				
Elaboración del informe					X	X		
Presentación del informe							X	X

### 4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (S/)	
			UNITARIO	TOTAL
<b>PERSONAL</b>				
Asesor estadístico	Horas	150	-	-
<b>BIENES</b>				
Papel bond A-4	Paquete (100 unidades)	4	12.70	50.80
Lapiceros	1	12	02.60	31.20
Corrector	1	3	01.60	04.80
Resaltador	1	6	03.10	18.60

Perforador	1	1	12.40	12.40
Engrapador	1	1	10.50	10.50
Grapas	Paquete (100 unidades)	4	04.20	16.80
USB	1	1	26.90	26.90
Espiralado	1	4	05.00	20.00
Internet	Mensual	3	60.00	180.00
Fotocopias	1000	1000	100.00	100.00
Movilidad	-	-	60.00	60.00
<b>COSTO TOTAL</b>				531.70

## **CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Velásquez-Molina EG, Ordóñez-Huamán C. Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. *Rev Neuropsiquiatr.* 2015;78(2):73.
2. Sadock B, Alcott V RP, editor. *Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 9a ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
3. American Psychiatric Association. Attention-deficit/hyperactivity disorder. En: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision.* Washington; DC; 2022. p. p.68.
4. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord [Internet].* el 15 de octubre de 2023 [citado el 16 de agosto de 2023];339:860–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37495084/>
5. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis - UpToDate [Internet]. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-pathogenesis?search=adhd&source=search\\_result&selectedTitle=6~150&usage\\_type=default&display\\_rank=6#H4](https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-pathogenesis?search=adhd&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6#H4)
6. Kessler RC, Adler L, Berkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry.* 2006;163(4):716–23.
7. Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Practice Essentials, Background, Pathophysiology [Internet]. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://emedicine.medscape.com/article/912633-overview?icd=ssl\\_login\\_success\\_220915#a6](https://emedicine.medscape.com/article/912633-overview?icd=ssl_login_success_220915#a6)
8. Cuffe SP, Visser SN, Holbrook JR, Danielson ML, Geryk LL, Wolraich ML, et al. ADHD and Psychiatric Comorbidity: Functional Outcomes in a School-Based Sample of Children. *J Atten Disord.* el 1 de julio de 2020;24(9):1345–54.
9. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Clinical Presentation: Physical, Causes [Internet]. *Medscape.* 2022 [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/289350-clinical#showall>
10. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=adhd&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H15721103](https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=adhd&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H15721103)

11. Upadhyaya HP, Carpenter MJ. Is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptom severity associated with tobacco use? *Am J Addict.* mayo de 2008;17(3):195–8.
12. Soreff S, Talavera F, Xiong GL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Background, Pathophysiology, Epidemiology [Internet]. Medscape. 2022 [citado el 17 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/289350-overview>
13. Banerjee T Das, Middleton F, Faraone S V. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* [Internet]. septiembre de 2007 [citado el 23 de agosto de 2023];96(9):1269–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17718779/>
14. Wolraich ML, Hagan JF, 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]. 2019 [citado el 23 de agosto de 2023];144(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31570648/>
15. Floet AMW, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Rev* [Internet]. febrero de 2010 [citado el 23 de agosto de 2023];31(2):56–69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124275/>
16. Carlson CL, Pelham WE, Milich R, Dixon J. Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. abril de 1992 [citado el 23 de agosto de 2023];20(2):213–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593027/>
17. Charach A, Fernandez R. Enhancing ADHD medication adherence: Challenges and opportunities topical collection on attention-deficit disorder. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. el 1 de julio de 2013 [citado el 15 de septiembre de 2022];15(7):1–8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-013-0371-6>
18. Adler LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgrad Med* [Internet]. enero de 2010 [citado el 27 de septiembre de 2022];122(1):184–91. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.2010.01.2112>
19. Schilling Poeta L, Rosa Neto FR. Epidemiological study on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and behavior disorders in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(3):150–5.
20. Cornejo Ochoa JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colombian children and teenagers. *Rev Neurol.* 2005;40(12):716–22.
21. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gomez LF, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol.* 1999;27(6):455–62.

22. Saavedra A. Comorbilidad En Dependencia a Sustancias. *Psicoactiva*. 2001;19:63–103.
23. Filomeno A. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en las últimas cuatro décadas y media en el Perú.: Problemas actuales y búsqueda de soluciones. *Rev Medica Hered*. 2006;17(3):119–21.
24. Delgado -Hideyo Noguchi Lima Perú H, Tirado-Hurtado BC, Salirrosas-Alegría C, Armas-Fava L, Asenjo-Pérez C. Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. septiembre de 2012;75(3):77–84.
25. Carratalá-Munuera C, Cortés-Castell E, Márquez-Contreras E, Castellano JM, Perez-Paramo M, López-Pineda A, et al. Barriers and Solutions to Improve Therapeutic Adherence from the Perspective of Primary Care and Hospital-Based Physicians. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2022 [citado el 24 de agosto de 2023];16:697. Disponible en: [/pmc/articles/PMC8923680/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33470894/)
26. Cheung K, Dierckx B, El Marroun H, Hillegers MHJ, Stricker BH, Visser LE. Methylphenidate Treatment Adherence and Persistence in Children in the Netherlands. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. el 1 de abril de 2021 [citado el 15 de septiembre de 2022];31(3):205–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33470894/>
27. Wang LJ, Yang KC, Lee SY, Yang CJ, Huang TS, Lee TL, et al. Initiation and persistence of pharmacotherapy for youths with attention deficit hyperactivity disorder in Taiwan. *PLoS One*. el 1 de agosto de 2016;11(8).
28. 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. *Sci Rep* [Internet]. el 1 de diciembre de 2021 [citado el 15 de septiembre de 2022];11(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33462331/>
29. Thiruchelvam D, Charach A, Schachar RJ. Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2001;40(8):922–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200108000-00014>
30. Charach A, Gajaria A. Improving psychostimulant adherence in children with ADHD. *Expert Rev Neurother*. 2008;8(10):1563–71.
31. Barner JC, Khoza S, Oladapo A. ADHD medication use, adherence, persistence and cost among Texas Medicaid children. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(SUPPL. 2):13–22.
32. Grijalva Martínez A. Percepción de síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad por padres y adherencia a tratamiento de pacientes en resguardo domiciliario por COVID-19. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021.
33. Pacheco B, Aránguiz C. Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2011;49(1):69–78.
34. Hébert J, Polotskaia A, Joobar R, Grizenko N. Adherence to psychostimulant medication

in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The role of attitudes. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(4):317–23.

35. Titheradge D, Godfrey J, Eke H, Price A, Ford T, Janssens A. Why young people stop taking their attention deficit hyperactivity disorder medication: A thematic analysis of interviews with young people. *Child Care Health Dev* [Internet]. el 1 de septiembre de 2022 [citado el 15 de septiembre de 2022];48(5):724–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35102579/>
36. Arcos-Burgos M, Jain M, Acosta MT, Shively S, Stanescu H, Wallis D, et al. A common variant of the latrophilin 3 gene, LPHN3, confers susceptibility to ADHD and predicts effectiveness of stimulant medication [Internet]. Vol. 15, *Molecular Psychiatry*. 2010 [citado el 26 de septiembre de 2022]. p. 1053–66. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/20157310/a-common-variant-of-the-latrophilin-3-gene-lphn3-confers-susceptibility-to-adhd-and-predicts-effectiveness-of-stimulant-medication>
37. Faraone S V., Mick E. Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. marzo de 2010 [citado el 26 de septiembre de 2022];33(1):159. Disponible en: </pmc/articles/PMC2847260/>
38. Christensen J, Pedersen L, Sun Y, Dreier JW, Brikell I, Dalsgaard S. Association of Prenatal Exposure to Valproate and Other Antiepileptic Drugs With Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring. *JAMA Netw Open* [Internet]. el 4 de enero de 2019 [citado el 26 de septiembre de 2022];2(1):e186606. Disponible en: </pmc/articles/PMC6324310/>
39. Padrón A, Galán I, García-Esquinas E, Fernández E, Ballbè M, Rodríguez Artalejo F. Exposure to secondhand smoke in the home and mental health in children: A population-based study. *Tob Control* [Internet]. 2016 [citado el 26 de septiembre de 2022];25(3):307–12. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/25808665/exposure-to-secondhand-smoke-in-the-home-and-mental-health-in-children-a-population-based-study>
40. Rosack J. PET Scans Reveal Action Of Methylphenidate in Brain. <https://doi.org/10.1176/pn36180018> [Internet]. el 21 de septiembre de 2001 [citado el 26 de septiembre de 2022];36(18):18–18. Disponible en: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/pn.36.18.0018>
41. Shaw P, Gilliam M, Liverpool M, Weddle C, Malek M, Sharp W, et al. Cortical development in typically developing children with symptoms of hyperactivity and impulsivity: Support for a dimensional view of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2011;168(2):143–51.
42. Sobel LJ, Bansal R, Maia T V., Sanchez J, Mazzone L, Durkin K, et al. Basal ganglia surface morphology and the effects of stimulant medications in youth with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado el 26 de septiembre de 2022];167(8):977–86. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/20595414/basal-ganglia-surface-morphology-and-the-effects-of-stimulant-medications-in-youth-with-attention-deficit-hyperactivity-disorder>

43. Martínez-Badía J, Martínez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatry* [Internet]. el 12 de diciembre de 2015 [citado el 26 de septiembre de 2022];5(4):379. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4694551/](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
44. Posner J, Polanczyk G V., Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10222):450–62. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
45. Gallo EF, Posner J. Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *The lancet Psychiatry* [Internet]. el 1 de junio de 2016 [citado el 27 de septiembre de 2022];3(6):555. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4893880/](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
46. Akinbami LJ, Liu X, Pastor PN, Reuben CA. Attention deficit hyperactivity disorder among children aged 5-17 years in the United States, 1998-2009. *NCHS Data Brief* [Internet]. 2011 [citado el 26 de septiembre de 2022];(70):1–8. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/22142479/attention-deficit-hyperactivity-disorder-among-children-aged-5-17-years-in-the-united-states-1998-2009>
47. Ougrin D, Chatterton S, Banarsee R. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Review for primary care clinicians. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2010;(1):45–51.
48. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. American Psychiatric Publishing. Washington, DC: U.S: American Psychiatric Publishing; 2014.
49. Halmøy A, Halleland H, Dramsdahl M, Bergsholm P, Fasmer OB, Haavik J. Bipolar symptoms in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A cross-sectional study of 510 clinically diagnosed patients and 417 population-based controls. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado el 26 de septiembre de 2022];71(1):48–57. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/20129005/bipolar-symptoms-in-adult-attention-deficit-hyperactivity-disorder-a-cross-sectional-study-of-510-clinically-diagnosed-patients-and-417-population-based-controls>
50. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Treatment & Management: Approach Considerations, Medical Care, Diet [Internet]. *Medscape*. 2022 [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/289350-treatment#showall>
51. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2014;53(8):835-847.e5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
52. Salazar JO. Pharmacotherapy of adult attention deficit / hyperactivity disorder : review of evidence-based practices. 2008;1299–310.
53. Chang Z, Ghirardi L, Quinn PD, Asherson P, D’Onofrio BM, Larsson H. Risks and benefits of ADHD medication on behavioral and neuropsychiatric outcomes: a

qualitative review of pharmacoepidemiology studies using linked prescription databases. *Biol Psychiatry* [Internet]. el 9 de septiembre de 2019 [citado el 27 de septiembre de 2022];86(5):335. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6697582/](#)

54. Volkow ND, Swanson JM. Does childhood treatment of ADHD with stimulant medication affect substance abuse in adulthood? *Am J Psychiatry*. 2008;165(5):553–5.
55. Wolraich ML, Hagan JF, 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]. 2019 [citado el 27 de septiembre de 2022];144(4). Disponible en: [/pmc/articles/PMC7067282/](#)



## ANEXOS

### 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>Problema de investigación</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables e indicadores</b>	<b>Metodología</b>	<b>Población y muestra</b>	<b>Técnicas o instrumentos</b>
----------------------------------	------------------	------------------	--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------------

<p>¿Cuáles son los factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH?</p>	<p>Identifica los factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH</p>	<p>Existen diferentes factores asociados al abandono del tratamiento de los niños diagnosticados con TDAH</p>	<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono de Tratamiento</li> </ul> <p><b>Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono</li> <li>• No abandono</li> </ul> <p><b>Variables Independientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sexo</li> <li>○ Edad</li> <li>○ Nivel educativo de los padres</li> <li>○ Ingreso familiar</li> <li>○ Factores adversos leves reportados</li> <li>○ Estructura familiar</li> <li>○ Falta de respuesta al tratamiento</li> </ul> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino, Masculino</li> <li>• Años</li> <li>• Factores asociados</li> </ul>	<p>Estudio Observacional Descriptivo. Obtención de datos mediante historia clínica</p>	<p>Población pediátrica de 6 a 14 años 11 meses y 29 días perteneciente al Hospital Víctor Larco Herrera, con diagnóstico de Trastorno Hiperactivo</p>	<p>Historia Clínica</p>
---	---	---	---	--	--	-------------------------

## **2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Valores</b>	<b>Instrumento de medición</b>	<b>Función en la investigación</b>
<b>Sexo.</b>	Condición orgánica que distingue a los seres como masculinos o femeninos.	Sexo de nacimiento del paciente señalado en la Historia clínica.	Biológica	Cualitativa	Nominal dicotómica	1 = Femenino. 2 = Masculino	Historia clínica	Independiente
<b>Edad.</b>	Tiempo desde que ha nacido una persona.	Tiempo desde nacido del paciente expresado en años.	Biológica	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos en números naturales.	Historia clínica	Independiente
<b>Nivel educativo de los padres</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado de educación más alto concluido por los padres y referido por ellos en la Historia Clínica.	Educativa	Cualitativa	Nominal politómica	1 = Sin concluir educación primaria completa 2 = Educación primaria, sin educación secundaria completa 3= Educación secundaria completa sin educación superior completa 4 = Educación superior completa (Universidad o Instituto)	Historia clínica.	Independiente
<b>Ingreso familiar</b>	Ingresos combinados de todas las personas que conviven y comparten un hogar o el núcleo familiar.	Montos referidos de ingresos reunidos de todos los miembros que conforman el núcleo familiar en la ficha de atención de Trabajo Social.	Económico	Cualitativa	Nominal politómica	Muy bajo = < a 1 sueldo mínimo Bajo = Entre 1 a 3 sueldos mínimos Medio = Entre 3 a 5 sueldos mínimos Alto = Mayor a 5 sueldos mínimos	Historia clínica.	Independiente
<b>Factores adversos leves reportados</b>	Respuesta nociva, no deseada y no intencionada que no compromete la vida ni la función permanente de un órgano en el cuerpo y que se produce tras la administración de un fármaco, a dosis	Reporte en la Historia Clínica de efectos adversos leves calificados por los padres en la primera consulta posterior al tratamiento indicado	Farmacológico	Cualitativo	Nominal dicotómica	Con efecto adverso leve reportado. No se reporta efecto adverso leve.	Historia clínica.	Independiente

	utilizadas habitualmente para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad.							
<b>Estructura Familiar</b>	Componentes y configuración en roles del conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo y que coexisten económica y socialmente, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.	Montos referidos de ingresos reunidos de todos los miembros que conforman el núcleo familiar en la ficha de atención de Trabajo Social	Social	Cualitativo	Nominal politómica	Nuclear = Dos padres + hijos. Extendida = Nuclear + Otros miembros de la familia. Monoparental = Solo un progenitor. Reconstituida = Proveniente de la separación de uno o dos núcleos familiares. Otros.	Historia Clínica	Independiente
<b>Falta de respuesta al tratamiento</b>	Falta de consecuencia de un tratamiento médico de cualquier tipo, cuyos resultados se esperaban por considerarse deseables y beneficiosos	Reporte en la Historia Clínica de falta de efecto esperado según es observado por los padres en la primera consulta posterior al tratamiento indicado	Clínico	Cualitativo	Nominal dicotómica	Padres refieren no ha habido efecto esperado. Padres refieren sí ha habido efecto esperado.	Historia clínica.	Independiente
<b>Abandono de tratamiento.</b>	No completar la terapia para una enfermedad que podría curarse o controlarse definitivamente.	Omisión de todo el tratamiento durante un período de tiempo mínimo de 3 meses hasta el punto de afectar la capacidad de curar o controlar definitivamente la enfermedad	Farmacológico.	Cualitativa.	Nominal dicotómica	1 = Abandono. 2 = No abandono.	Historia clínica	Dependiente



### 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Ficha de recolección de datos

1. Número Identificación para el estudio: \_\_\_\_\_
2. Historia clínica: \_\_\_\_\_
3. Edad: \_\_\_\_\_ años.
4. Sexo:
  - a. Femenino
  - b. Masculino
5. Diagnósticos: formato CIE10
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
6. Estructura Familiar:
  - a. Nuclear = Dos padres + hijos.
  - b. Extendida = Nuclear + Otros miembros de la familia.
  - c. Monoparental = Solo un progenitor.
  - d. Reconstituida = Proveniente de la separación de uno o dos núcleos familiares.
  - e. Otros.
7. Nivel educativo de los padres:
  - a. Madre:

i. Primaria:	Incompleta	Completa
ii. Secundaria:	Incompleta	Completa
iii. Instituto / Universidad:	Incompleta	Completa
  - b. Padre:

i. Primaria:	Incompleta	Completa
ii. Secundaria:	Incompleta	Completa
iii. Instituto / Universidad:	Incompleta	Completa
8. ¿Indicó la familia que ocurrió un factor adverso leve el día de la primera consulta tras la indicación farmacológica?      Sí              NO
  - a. ¿Qué factor adverso reportó?: \_\_\_\_\_
9. ¿Indicó la familia falta de efecto del tratamiento el día de la primera consulta tras la indicación farmacológica?      Sí              NO

10. ¿Abandonó el tratamiento?

- a. Si cumplió
- b. Abandonó el tratamiento