



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 16 de ABRIL del 2024.

Visto, el Expediente N° 20-INR-012363-006 que contiene el Informe N° 063-2023-UFIDT-OEAIDE/INR y la Nota Informativa N° 068-2024-UFIDT-OEAIDE/INR de la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnología, con Proveídos N° 214-2023-OEAIDE-INR y N° 096-2024-OEAIDE-INR, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada; Acta N° 004-2024-CIEI/INR e Informe N° 004-2024-CIEI/INR del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud; así como la formación, capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, los artículos 16° y 113° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 13-2006-SA, señalan que dentro de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se podrán realizar actividades de Docencia e Investigación;

Que, es objetivo funcional de la entidad realizar investigaciones sobre temas de la especialidad e impulsar las acciones para incrementar continuamente la calidad y utilidad de la investigación especializada en el campo de rehabilitación y otras especialidades relacionadas que se desarrollan en la entidad, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, como de su rehabilitación integral y otros aspectos referidos al que hacer institucional;

Que, con Resolución Directoral N° 032-2022-SA-DG-INR, de fecha 28 de febrero de 2022, se aprueba la Directiva Administrativa para la Gestión de los Procesos de Investigación en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN, cuyo objetivo es establecer las disposiciones para la gestión de los procesos de investigación en salud en la institución. El Título VII, establece como funciones de la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnología-UFIDT de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, el asesoramiento y/o supervisión en las fases de elaboración de protocolos, ejecución de proyectos y publicación de las investigaciones institucionales, así como de la presentación de los informes de cada una de estas fases a las jefaturas de las unidades orgánicas a través de sus Direcciones/ Oficinas Ejecutivas;

Que, el Título VI de la mencionada Directiva, establece las fases a desarrollar para obtener la Aprobación Institucional del Proyecto de Investigación, la misma que deberá realizarse a través de



una Resolución Directoral, debiendo la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnología-UFIDT de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, realizar el trámite del proyecto de investigación con aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación;

Que, con documentos del visto, emitidos por la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnología con proveídos de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, informa que los investigadores Lic. Ernestina Normandis BOLÍVAR JOO, Lic. Zelidhet Karina CORNETERO MARTÍNEZ y la Lic. Rosibe NINAMANCCO AGUILAR, han elaborado el Protocolo de Investigación titulado: "Relación de los estilos de crianza y salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN";

Que, el citado Protocolo de Investigación, ha sido revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN; a través del Acta N° 004-2024-CIEI/INR de fecha 13 de marzo de 2024 y el Informe N° 004-2024-CIEI/INR de fecha 02 de abril de 2024; el cual se encuentra registrado con el Código 002-2023 en la UFIDT- OEAIDE, por lo que el citado comité recomienda seguir apoyando sus acciones de función, a fin de continuar con el proceso del desarrollo de las investigaciones en la especialidad, institucionales y extrainstitucionales, resultando pertinente su aprobación, con la resolución correspondiente, para su desarrollo y posterior publicación;

De conformidad con lo dispuesto, en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Decreto Supremo N° 13-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y la Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación, modificada mediante la Resolución Ministerial N° 356-2012/MINSA y en uso de las atribuciones conferidas por Ley, y

Con el visto bueno, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Protocolo de Investigación titulado: "**Relación de los estilos de crianza y salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**"; elaborado por los investigadores: Lic. Ernestina Normandis BOLÍVAR JOO, Lic. Zelidhet Karina CORNETERO MARTÍNEZ y la Lic. Rosibe NINAMANCCO AGUILAR, registrado con Código 002-2023 UFIDT- OEAIDE, que en anexo forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°. – REGISTRAR, el precitado Protocolo de Investigación, en la Base de Datos de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Investigación Especializada del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN.

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada de la Entidad, el monitoreo, implementación, aplicación y supervisión del cumplimiento del mencionado Protocolo de Investigación en el ámbito de su competencia.

Artículo 4°.- DISPONER a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional

Regístrese y Comuníquese,

EGV/FMSB/SMS
C.c:
() Unidades Orgánicas
() OEAIDE
() Oficina de Asesoría Jurídica
() Interesados
() Responsable del Portal Web INR

M.C. ERIKA GIRALDO VIZCARRA

Directora General
CMP N° 38989 RNE N° 20436
Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
Amistad Peru Japon

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN
OFICINA EJECUTIVA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ESPECIALIZADA



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
Relación de los estilos de crianza y salud mental de los niños con TDAH
atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza
Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

AUTORAS:

Lic. Ernestina Normandis Bolívar Joo
Lic. Zelidhet Karina Cornetero Martínez
Lic. Rosibe Ninamancco Aguilar

Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el
Aprendizaje

2024



RESUMEN

Planteamiento del problema: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por hiperactividad, impulsividad y dificultad para mantener la atención. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una prevalencia de 3.1%^{1,2}. El TDAH es una patología de origen multifactorial, lo que acarrea problemas afectivos, conductuales, sociales, deficiencias en el rendimiento académico y ocupacional. Considerar las relaciones entre el niño con TDAH y la familia es un aspecto relevante ya que muchas veces suelen ser conflictivas y ello puede estar asociado a la actitud de los padres, y estilos de crianza permisivo y autoritario ³.

Objetivo general: Conocer la relación entre los estilos de crianza y salud mental en niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN. **Métodos:** Es un diseño observacional descriptivo, prospectivo. La muestra será probabilística con un total de 75 pacientes que asistan al Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje del Instituto Nacional de Rehabilitación en un periodo de enero a diciembre del 2024 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizarán las pruebas SDQ-Cas para niños y APQ versión para padres y niños. Para el análisis estadístico se hallará la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas o cualitativas y luego se calcularán las medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar) para las variables numéricas, para establecer la comparación se empleará la prueba Chi cuadrado y prueba de Fisher el nivel de significancia será de $p < .005$.



INDICE

1. Capítulo 1:	
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Formulación del problema ..	5
1.3 Justificación:	5
1.4 Objetivos:	
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Hipótesis	5
2. Capítulo 2: Marco teórico	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Estructura teórica científica.....	8
3. Capítulo 3: Metodología	
3.1 Diseño de estudio	16
3.2 Ámbito de estudio	16
3.3 Población	16
3.3.1 Criterios de inclusión	16
3.3.2 Criterios de exclusión.....	16
3.4 Muestra y muestreo:	17
3.5 Operacionalización de las variables	18
3.6 Instrumentos de recolección de datos	21
3.7 Procedimientos de recolección de datos	23
3.8 Aspectos éticos	23
3.9 Plan de análisis estadístico	23
3.10 Limitaciones del estudio	24
4. Capítulo 4: Aspectos administrativos	
4.1 Cronograma	25
4.2 Presupuesto	26
5. Anexos	
5.1 Consentimiento informado.....	27
5.2 Asentimiento informado.....	29
5.3 Instrumentos.....	31
6. Referencias bibliográficas	38



CAPÍTULO 1

1.1. Planteamiento del problema

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los motivos más frecuentes por los que los niños son remitidos al pediatra, neuropsiquiatra o equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conducta; este desorden del neurodesarrollo es caracterizado por presentar hiperactividad, impulsividad y dificultad para mantener la atención¹. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud existe una prevalencia de este trastorno del 3.1%².

La prevalencia en varios países es variable, en los Estados Unidos durante los últimos 20 años ha habido un incremento de un 6.1% en el 1997, a un 10.2% en el 2016⁴ y en Latinoamérica el 7% de los niños diagnosticados recibe farmacoterapia y el 23% tiene abordaje psicosocial^{5,6}.

En el Perú, el TDAH afecta entre el 5% a 10% de la población infantil y adolescente peruana⁷. En el 2023 Instituto Nacional de Rehabilitación, el TDAH constituyó el 3,3% del total de diagnósticos principales atendidos y es uno de los principales motivos de consulta externa en el Departamento de Aprendizaje⁸.

El TDAH es una patología puede ser de origen multifactorial el reflejo de ello se muestra en el desarrollo del sistema nervioso central, lo que acarrea problemas afectivos, conductuales, sociales, deficiencias en el rendimiento académico y ocupacional⁹. Considerar las relaciones entre el niño o niña con TDAH y la familia es un aspecto relevante ya que muchas veces suelen ser conflictivas, probablemente porque estos niños son menos dóciles, menos sumisos y solicitan más estimulación y ayuda de sus padres que otros niños¹⁰. Se ha reportado la asociación de los problemas de conducta infantil como pensamientos negativos, baja autoestima, aislamiento, sentimiento de culpa, sentimientos de minusvalía e interrelaciones sociales negativas; con los estilos de crianza de los padres ya sea permisivo o autoritario cuya gravedad del problema radica en futuras relaciones familiares conflictivas^{3,11}.

En este contexto las dinámicas familiares cobran relevancia, pues se ha descrito que, en los niños, los factores familiares son predictores significativos de la persistencia del TDAH¹².

Por esta razón, se considera importante investigar los estilos de crianza de los padres, ya que las figuras parentales, así como los estilos educativos influirían en el desarrollo de la conducta y aprendizaje. Además, será posible conocer cuál es el estilo más frecuente, menos frecuente y sus consecuencias en su salud mental. Por lo expuesto, se buscará dar respuestas a la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los estilos de crianza y la salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

1.3. Justificación de la investigación

Debido al incremento en la prevalencia del TDAH y en el contexto de los últimos años como consecuencia del confinamiento por la pandemia del covid -19, la salud mental ha sido afectada generando mayores problemas de conductas antisociales, tales como el bullying, la intolerancia a la frustración en la escuela. Es por ello que las instituciones tienen mayor número de atenciones, siendo el caso del Instituto Nacional de Rehabilitación que al ser de alta complejidad los profesionales especializados observaron evidencias respecto a los estilos de crianza, problemas de conducta y salud mental en los niños, estos aspectos de evaluación de tipos de



crianza en niños con TDAH son actualmente tratados por DIDRIA (Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje) da cuenta de la importancia de su prevención e intervención oportuna para evitar la gravedad de estos. Por eso la necesidad de estudiar los fenómenos relacionados con el TDAH. En un sentido práctico los resultados de esta investigación permitirá conocer el estilo de crianza más apropiado o asertivo y la relación con la salud mental de los niños; con ello habrá una mejora en la intervención, autoestima, habilidades sociales y terapia psicopedagógica de los niños por consiguiente que ayudarán a que las madres y padres opten a conducir la disciplina de sus hijos, evitando el castigo físico y se tenga resultados favorables de comportamiento en el aula de terapia, lo que podrá trasladarse al ambiente escolar.

Finalmente se espera con este estudio la estandarización de la utilización de los instrumentos de evaluación para niños con TDAH y que sirva como base para posteriores estudios de investigación.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Conocer la relación de los estilos de crianza y salud mental en niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar que estilo de crianza es el más utilizado por los padres de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.
- Conocer el estado de salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.
- Determinar la relación entre el estilo de crianza permisivo y la salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.
- Determinar la relación entre el estilo de crianza autoritario y la salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.
- Determinar la relación entre el estilo de crianza democrático y la salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

1.4.3. Hipótesis

HG: Existe relación de los estilos de crianza y la salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

- HA1: Existe relación entre el estilo de crianza democrático y la salud mental normal de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN (cuando tengan un puntaje de 13 a menos en la prueba SDQ)
- HA2: Existe relación entre el estilo de crianza autoritario y la salud mental límite y/o anormal de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, (cuando tengan un puntaje que oscile entre 14 a 16 puntos en la prueba SDQ)
- HA3: Existe relación de los estilos de crianza permisivo y la salud mental límite y/o anormal de los niños con TDAH.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones antecedentes

Villavicencio, et.al. (2020), realizaron un estudio denominado conductas disruptivas infantiles y estilo de crianza en Ecuador, cuyo objetivo principal fue analizar los estilos de crianza parental y su relación con la aparición y mantenimiento de conductas disruptivas en escolares. Optaron por el método de estudio de caso descriptivo adaptado a la cotidianidad, al análisis de una situación problemática desde una lógica basada en el análisis principal del sujeto como objeto de estudio. En este estudio se observó la interacción entre los padres y los hijos y la interacción entre pares y de los participantes con los docentes de la unidad educativa donde cursaban su periodo académico. Se analizaron 6 casos de niños entre 5 y 9 años de edad. Emplearon los instrumentos de entrevistas y escala parental familiar. La Escala de Funcionamiento Parental (EFP), fue aplicada a progenitores, así como el cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL). Estos fueron clasificados en funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Para los niños aplicaron la Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) de Farré & Norbona, para evaluar la conducta infantil en el contexto educativo. Otro instrumento confirmatorio de la conducta aplicado por los docentes fue el inventario del comportamiento de niños/as (CBCL 6-18 años). En el estudio obtienen los siguientes resultados: Los estilos de crianza autoritario y permisivo tienden a formar conductas demandantes hasta llegar a ser agresivos con sus compañeros y otros a ser dependientes por los modelos punitivos, sobreprotectores y condescendientes a los cuales se ajustan las vivencias de los niños. La disposición hacia la disfuncionalidad del círculo familiar determina características en la conducta de los niños, especialmente a vivir con tensiones emocionales entre pares y dentro de la familia, una perspectiva alterada del orden jerárquico tanto en la escuela con sus docentes como el hogar. Los datos de la aplicación del Test EDAH en su mayoría tendiente a riesgo moderado y elevado en trastorno de conducta confirman las características presentadas por los niños durante la observación de interacción en el contexto educativo ¹³.

Aguilar, B et .al (2020), investigaron la relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. Emplearon una muestra de 554 niños con sus padres y madres pertenecientes a 6 centros educativos de la provincia de Córdoba y Jaén (España). Para el estudio emplean un diseño ex post facto prospectivo transversal. Tras obtener los principales datos descriptivos y hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables contempladas en el estudio, se ha realizado un análisis de regresión múltiple para obtener los factores relacionados con la depresión y ansiedad a fin de analizar la relación existente entre la depresión y la ansiedad en los niños, estas fueron medidas por sus padres a través de los siguientes instrumentos: Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), el estilo de crianza según el Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) que evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas (Agresividad, Hiperactividad, Problemas de conducta, Problemas de atención, Problemas de Aprendizaje, Atipicidad, Depresión, Ansiedad, Retraimiento y Somatización) y adaptativas (Adaptabilidad, Habilidades sociales, Liderazgo y Habilidades para el estudio). Para el estudio emplearon los instrumentos de cuestionario de datos familiares, que estuvo compuesto por 6 ítems: nivel educativo de ambos progenitores; horas que pasan con el hijo; frecuencia con que riñen o discuten y castigan a su hijo;



orden que ocupa el participante entre sus hermanos y grado de implicación de los padres en la educación de su hijo. Los resultados obtenidos indican que determinadas actitudes y pautas de crianza (satisfacción en la crianza, apoyo, distribución de rol y disciplina de ambos progenitores y autonomía del padre) así como variables familiares (frecuencia de riña del padre, horas que el hijo pasa con su madre, implicación de ambos progenitores y el orden del niño entre sus hermanos), pueden influir de manera significativa en el desarrollo y mantenimiento de algunos trastornos internalizantes en los hijos e hijas ¹⁴.

Álvarez, et al. (2022) realizaron un estudio sobre el "Impacto de la salud mental de los niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la Covid-19". El objetivo fue identificar el incremento de problemas de salud mental en niños y adolescentes en el Perú y su relación con la covid 19. El diseño metodológico fue descriptivo transversal con una muestra de 2639 niños y adolescentes. Se evaluaron dos estilos de conducta parental o llamados también estilo de crianza: la conducta hostil/coercitiva (estilo disciplinario punitivo) y la conducta de apoyo/compromiso (estilo disciplinario). El 31.1% de los informantes de niños de 1.5 a 5 años y el 30.1% de los informantes de niños de 6 a 11 años declararon una baja conducta hostil/coercitiva y baja conducta de apoyo/compromiso, respectivamente. En relación al rol materno los adolescentes están de acuerdo con su cercanía, monitoreo, y aprobación de sus pares; pero están en desacuerdo con su soporte (sentirse aceptado y valorado). En el caso de los niños de 1.5 a 11 años el confinamiento ha sido el causante del incremento del estrés. Con respecto a la comunicación afectiva, los niños indicaron que les satisfacía como conversaban con sus hijos. La tercera parte de la muestra estudiada 714 presentaron problemas emocionales y de conducta, los motivos principales por los que no fueron atendidos son diversos. Los resultados hacen referencia que los efectos negativos de la pandemia y el confinamiento sobre la salud mental de los niños, niñas, adolescentes y sus familias han permanecido latentes durante el tiempo de emergencia sanitaria y han cambiado el curso de sus vidas; y que los principales problemas de salud mental en la población infanto-juvenil, relacionados con la pandemia de la Covid-19, como el miedo y el estrés fueron elevados. Sin embargo, durante el confinamiento también hubo un cierto incremento en la frecuencia de comunicación de los padres con sus hijos 1.5 a 11 años. Finalmente, el acceso a los servicios de salud sigue siendo un punto crítico por mejorar, para la adecuada atención de la población infanto-juvenil, evidenciándose la necesidad de incorporar contenidos de salud mental y los que sean necesarios para el manejo asistencial pos-pandemia¹⁵.

Pizarro et. Al (2018), presentaron un estudio sobre la "Influencia de factores familiares en la evolución del Trastorno de Déficit atencional con Hiperactividad: a propósito de una serie de casos". El objetivo fue analizar la influencia de las dinámicas familiares y los estilos de crianza en la evolución del cuadro, a partir de la presentación de 3 casos clínicos. El caso 1 es un niño de 9 años con antecedentes de control neuropsiquiátrico y con problemas de lenguaje, inquietud, desconcentración y oposición. Los resultados en la casa son positivos los padres están más cercanos al menor, intentan conciliar posiciones y han adoptado responsabilidades diferentes para apoyarlo en el estudio y en el colegio. El caso 2 es un paciente de 11 años con antecedentes de Trastorno del Aprendizaje y Déficit Atencional. La dinámica familiar del paciente es de padres separados, vive con la madre, ella mantiene un estilo de crianza de sobreprotección y castigo. El caso 3 es un adolescente de 14 años con Déficit Atencional con Hiperactividad, Retraso simple del Lenguaje, Trastorno



Emocional -Conductual y Disfunción Familiar. El paciente es adoptado por padres mayores, el estilo de crianza que primó es la sobreprotección, como consecuencia pierden el control sobre él en el cumplimiento de las normas de la vida familiar y su lugar de acogida lo encuentra en la calle. Se concluye en este estudio que el análisis de los casos clínicos presentados nos permite ayudar a entender cómo a partir de un mismo diagnóstico de TDAH se configura un desarrollo individual diferente en cada uno de los pacientes, mediado claramente por el estilo de crianza y los conflictos familiares subyacentes ¹⁶.

Visalli et al. (2023) examinaron el afecto positivo y negativo de los niños de primaria con cinco conductas parentales: crianza positiva, compromiso, supervisión y control, disciplina incoherente y castigo físico. 777 alumnos de tercer a quinto grado de escuelas primarias públicas completaron el Cuestionario de Crianza de Alabama y el Programa de Afecto Positivo y Negativo para Niños. Se comprobaron los efectos positivos y negativos de los hábitos de crianza en los niños mediante correlaciones bivariadas y dos regresiones múltiples. La crianza positiva se asoció positivamente con el afecto positivo en los niños, la supervisión y el control deficientes se asociaron negativamente con el afecto positivo, y el castigo corporal se asoció positivamente con el afecto negativo. La supervisión y el control deficientes se relacionaron de forma sustancialmente positiva con el mal afecto de los niños, incluso después de ajustar por todos los demás comportamientos parentales. Los resultados implican que la buena crianza, el castigo físico y la supervisión/monitorización inadecuada pueden explicar el afecto positivo y negativo de los niños ¹⁷.

2.3 Estructura teórico-científica

2.3.1 Hiperactividad o trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es un trastorno de origen neurobiológico incluido por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) dentro de los Trastornos del neurodesarrollo y por el CIE 10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional y Estadística de las Enfermedades y Problemas relacionados con la salud) dentro de los Trastornos Hiperkinéticos, el cual, está flagrante desde la infancia, caracterizado principalmente por un modelo persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad en todos los ámbitos de este, perdurando en el tiempo y originando decaimiento en el funcionamiento global del individuo ¹⁸.

Los factores ambientales que podrían contribuir al desarrollo de TDAH sumado al riesgo hereditario son los antecedentes pre, peri y posnatales del niño, como son: la prematuridad, bajo peso al nacer, encefalopatía hipoxico-isquémica, consumo de tabaco y alcohol durante la gestación, además de exposición intrauterina a metales pesados como el plomo, zinc, entre otros, pueden condicionar a la aparición del TDAH. Durante el periodo posnatal y primera infancia, traumatismos encéfalo craneanos moderados a graves, infecciones del SNC son también factores de riesgo para dicho trastorno^{19,20}.

2.3.1.1 Los síntomas más frecuentes de pacientes con TDAH

Son de tipo combinado que es la más frecuentemente diagnosticada y en la que los 3 síntomas cardinales confluyen y pueden asociarse a otros problemas externalizantes (conductuales); la descripción predominantemente inatenta, se da mayormente en niñas y se asocia más a otros problemas internalizantes (ansiedad, depresión); y la descripción predominantemente hiperactiva/impulsiva que es la menos frecuentemente diagnosticada. El grado de inatención e hiperactividad-impulsividad está fuera de los límites de las variaciones normales conforme a la edad y nivel de funcionamiento intelectual e interfiere



significativamente en el ámbito académico, laboral o social ²¹. A continuación, se describen las características más frecuentes de cada síntoma.

2.3.1.1 Inatención

La inatención se refiere a una significativa dificultad para mantener la atención continuada en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distraibilidad y problemas con la organización, es así también la dificultad o incapacidad para mantener la atención en tareas que no son en gran medida motivadoras; olvidos, despistes, pérdidas de objetos; dificultad para seguir órdenes o instrucciones; dificultad para terminar tareas sin supervisión; interrupción de conversaciones; cambios de tema de manera brusca; no atender a detalles como signos de operaciones matemáticas o enunciados; rendimiento inferior a su capacidad por cometer errores por descuido; cambio frecuente de juego; dificultad para organización y planificación; rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental; distracción fácil ante estímulos externos²².

2.3.1.2 Hiperactividad

La hiperactividad se refiere a una excesiva actividad motora y dificultades para permanecer quieta, más evidente en situaciones que requieren autocontrol, es el movimiento corporal continuo, cambios de postura al estar sentados, movimiento de piernas y/o de manos; hacer ruidos con el lápiz; levantarse cuando es requerido estar sentado; correr o trepar de manera excesiva y accidentes frecuentes como consecuencia; actividad desorganizada; no terminar acciones que empezaron; generación de ruido excesivo a su alrededor; hablar excesivamente, rápidamente y a veces con tono muy alto ²³.

2.3.1.3 Impulsividad

La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias, es responder y actuar sin antes pensar, responder antes que la pregunta haya sido formulada totalmente, dificultad para entender enunciados largos; dificultades para esperar su turno; interrumpir conversaciones o los juegos de otros; accidentes frecuentes ⁹.

2.3.2 Diagnóstico de TDAH

Según el DSM-5 ^{21,24} se muestra en su manual que no hay diferencias muy significativas respecto a los criterios para el diagnóstico. Se sigue denominando igual, pero se encuentra inmerso en los trastornos del desarrollo neurológico, ya que se elimina el apartado de trastornos de la infancia y adolescencia. Respecto al precedente, también se diferencia en la edad de aparición de los síntomas que ha de ser anterior a los 12 años. Seguidamente, se dan a conocer los siguientes criterios:

A) Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2)¹:

1. Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.



a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

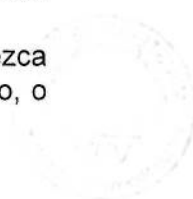
i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juega con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).



c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

j. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

k. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

l. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

m. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

La clasificación del TDAH, según el CIE-10, guarda gran similitud con DSM-5. El TDAH, se define como un patrón persistente (al menos 6 meses) de inatención y/o hiperactividad/impulsividad, con inicio durante el periodo de desarrollo, típicamente desde la niñez temprana hasta la mitad de la niñez. La CIE-10 requiere que el paciente presente al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad (6+3+1) que provoquen disfunción en al menos dos ambientes. Se clasifican en:

A. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

A.1 F90 Trastornos hiperkinéticos



Son un grupo de trastornos caracterizados por comienzo temprano (por lo general durante los 5 primeros años de la vida), combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, acompañan frecuentemente problemas de lectura o del aprendizaje. Excluye a los trastornos de ansiedad, afectivos, generalizados del desarrollo y esquizofrenia.

- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Incluye al Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno por hiperactividad con déficit de atención y síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

- F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.

Trastorno hiperkinético disocial asociado a alteraciones de conducta.

- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos
- F90.9 Trastorno hiperkinético no especificado

Reacción hiperkinética de la infancia o de la adolescencia sin especificar. Síndrome hiperkinético.

2.3.3 Tratamiento en aspectos generales

El tratamiento del TDAH debe incluirse desde un enfoque multidisciplinar y multimodal, ya que tiene un efecto en la vida del niño y su familia, requiere un régimen de intervenciones planificadas y coordinadas que integre a las organizaciones de salud, educativas y una familia entrenada/educada. El tratamiento debe estar basado en una valoración global y un diagnóstico correcto. Es preciso atender e intervenir los aspectos cognitivos, conductuales, educativos, afectivos, familiares y sociales ²⁰.

Los cuatro pilares básicos que conforman este tratamiento son:

- a. Tratamiento farmacológico: estos medicamentos pueden ser: medicamentos psicoestimulantes o no psicoestimulantes.
- b. Intervención psicológica: la intervención atiende tanto aspectos cognitivos como emocionales, afectivos, sociales y conductuales. Trata de modificar aquellas conductas disfuncionales, fortalece aquellas áreas cognitivas más deficitarias, atender las dificultades emocionales y entrenar en el manejo de habilidades y estrategias de funcionamiento para el día a día, a través de técnicas de modificación de conducta, cognitivas o intervenciones neuropsicológicas.
- c. Intervención educativa: tiene como objetivo mejorar el rendimiento académico del niño/a o adolescente en la escuela mediante la reeducación psicopedagógica y la intervención mediante adaptaciones curriculares, medidas específicas y acciones dirigidas a la mejora de su adaptación escolar y académica y reducir así los efectos negativos del TDAH en relación a su aprendizaje y competencia académica (Martínez Martín, y cols., 2013).

Los principales focos de intervención educativa son:

- Formación del profesorado y personal docente sobre el TDAH.
- Dificultades de aprendizaje y problemas cognitivos.
- Protocolo de actuación familiar-escuela.
- Protocolo del servicio de orientación.
- Legislación educativa de atención a la diversidad para TDAH.



d. Intervención familiar: se recoge un impacto mayor del trastorno. Este impacto se traduce en una mala comunicación emocional, problemas de sobrecarga cognitiva y tensional, ausencia de estrategias y habilidades para responder a los comportamientos disruptivos, necesidad de apoyo psicológico, y todas estas dificultades hacen necesaria una intervención familiar para abordar los posibles focos problemáticos de la dinámica familiar (Martínez Martín y cols., 2013). Las intervenciones destinadas a trabajar con los padres, madres y la familia de los/as afectados/as de TDAH abarcan los siguientes aspectos:

- Psicoeducación.
- Escuelas de padres y grupos de apoyo.
- Entrenamiento en habilidades y estrategias de gestión del TDAH.
- Reestructuración y organización de la dinámica familiar.
- Técnicas de modificación de conducta.
- Técnicas de manejo del estrés y la ansiedad.

2.4 Estilos de crianza

Existe acuerdo entre los autores al afirmar que suelen utilizarse como equivalentes las expresiones de estilos de crianza, pautas de crianza, estilos parentales modelos de crianza ²⁵. Es entonces que la implicación parental de los padres se presenta en dos elementos esenciales: el tiempo-energía y los conocimientos-competencias, en esta se asevera que los padres que dispongan de menos tiempo por razones de horarios de trabajo o empleos inestables tienden a una limitada participación de las actividades escolares y hasta emocionales de sus hijos, a comparación de padres que disponen de tiempo y flexibilidad laboral²⁶.

Es posible definir la crianza según la Real Academia Española²⁷: el vocablo *criar* deriva de *create*, que significa “nutrir y alimentar”, “cuidar, instruir, educar y dirigir”. Hace referencia a la manera en la que los padres recompensan, negocian, establecen reglas y castigos para sus hijos, también se define como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar ²⁸.

Algunos estudios encontraron evidencia de que algunas prácticas de crianza, las creencias y los estilos educativos de los padres son factores de riesgo para la aparición de problemas relacionados con la violencia, problemas de atención e hiperactividad, conductas agresivas y delincuencia ²⁹.

Así en amor, la comunicación, el control que tienen los padres hacia sus hijos y el grado de madurez que esperan que estos tengan son distintivos frecuentes en los procesos de crianza de las familias, los estilos de crianza que promovían el comportamiento competente en los niños y niñas preescolares, para dar búsqueda a qué estilos de crianza se asociaban con un niño o niña feliz, independiente, autónomo, amistoso y cooperativo, y cuáles estilos se asociaban a un niño o niña aislado o inmaduro, se aprecia que estos estudios se apoyaron en las dimensiones del control y del apoyo. Estas dimensiones mencionadas terminan siendo primordiales para los padres. El control está esencialmente relacionado con el mandato parental y el apoyo está afín a la comunicación que favorece el razonamiento, el afecto y la comprensión ³⁰.

Los diferentes estilos de crianza que los padres asumen con sus hijos van dependiendo del número de hijos, el orden, estado de salud y la apariencia física y asimismo se ven influido por el factor social, religioso y cultural ²⁵.



2.4.1 Clasificación de los estilos de crianza

A la revisión literaria se definen tres estilos fundamentales de crianza²⁵.

La teoría de Baurrind, quien aborda los estilos de crianza en tres formas, ellas son: estilo de crianza democrática, autoritaria y permisiva.

Por tanto, el medio familiar juega un rol importante en el desarrollo de las personas, ya que el conjunto de acciones que ejercen los padres sobre los hijos como agentes principales de transmisión de principios, conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que de una generación pasa a la siguiente son considerados como estilos de crianza. Por tanto, hay que considerar que los estilos de crianza son la forma de actuar de los adultos sobre el niño diariamente y en todo momento, por ejemplo, en toma de decisiones o resolución de conflictos, lo cual ayuda a que el niño regule sus conductas, así como también marcan los límites, que serán relevantes en el desarrollo del menor las que pueden estar relacionadas con los niños, las relacionadas a los padres y aquellas que se relacionan a la situación en donde se lleva a cabo la interacción. Desde la perspectiva que los padres influyen positivamente en los resultados académicos del niño, ya que refuerzan procesos y aspectos específicos escolares. Este apoyo en los trabajos escolares por parte de los padres es directo y puede tener un carácter abierto, como preguntar, solicitar explicación, planificar, anticipar, o un carácter cerrado, como ordenar, mandar y dirigir³¹.

- **Estilo de Crianza autoritaria**

En este estilo, los padres valoran la obediencia como una virtud. Utilizan medidas de castigo o de fuerza, y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel subordinado y en restringir su autonomía

Se esfuerzan en influir, controlar y evaluar el comportamiento de sus hijos en función de patrones rígidos, no facilitan el dialogo e incluso llegan a utilizar el rechazo como medida disciplinaria. Este estilo es el que más repercusiones negativas tiene en el desarrollo de sus hijos, puesto que faltan de autonomía personal y creatividad, menor competencia social, baja autoestima y genera niños descontentos, reservados, poco tenaces, comunicativos y afectuosos y con tendencia a interiorizar pobre valores morales. La obediencia es priorizada y reforzada a través del castigo que limita la autonomía del niño cuando esta no va en coherencia con las ideas de los padres, esperando que los hijos las acepten como verdaderas³².

- **Estilo de Crianza permisiva**

Los padres se comportan de una manera aceptadora y benigna hacia los impulsos y acciones de su hijo, lo libera de todo control de autoridad, las restricciones y evita utilizar el castigo, no son exigentes en cuanto a la responsabilidad en las tareas. Los padres no son capaces de marcar límites en la permisividad, pudiendo llegar a efectos socializadores negativos en cuanto a conductas agresivas y logro de independencia, los niños son dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y bajos niveles de madurez y éxito personal. Los padres no buscan la obediencia ni el moldeamiento de la conducta de los hijos, sino que se orientan a cumplir sus deseos y evitar el sufrimiento³².

- **Estilo de crianza democrático**

En este estilo los padres intentan dirigir la actividad del niño, pero utilizan el razonamiento y la negociación, aceptan los deberes y derechos de ellos y de los niños, lo que Baumrind denomina responsabilidad jerárquica, es decir cada miembro de la familia tiene derechos y responsabilidades con respecto a los



demás. Se caracteriza por la comunicación bidireccional y por el énfasis de la responsabilidad social de sus acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia del menor. Este estilo produce efectos positivos en la socialización, elevada autoestima y bienestar psicológico, nivel inferior de conflictos entre padres e hijos, forma niños interactivos, hábiles con la relaciones con sus iguales, dependientes y cariñosos ³³.

2.5 Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como, “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Sumado a esta definición, se releva la importancia de los entornos sociales, económicos y físicos que afectan la experiencia de salud de las personas y que estructuran lo que se conoce como determinantes sociales en salud. Por otra parte, la OMS ha planteado también que “los trastornos mentales son variados y con múltiples presentaciones, caracterizados comúnmente por pensamientos anormales, percepción alterada de la realidad, alteraciones emocionales, del comportamiento y de la relación con otros”. Además, se ha estimado que la población de mayor riesgo se centra en personas con menor nivel educacional, jóvenes y mujeres, con una presentación de inicio temprano en la vida ³⁴.

La pandemia por coronavirus COVID-19 y las medidas sanitarias para su contención, han generado cambios abruptos y drásticos en los estilos de vida de la población peruana. Con la implementación del estado de emergencia nacional y la cuarentena se produjo el cierre de colegios, universidades, espacios de encuentro social masivos, ocasionando falta de estímulos, aislamiento, privación sensorial, pérdida repentina de lazos emocionales directos con familiares, amistades, compañeros de estudios, y la interrupción de apoyos psicosociales y de salud, afectando en mayor grado a las poblaciones vulnerables ³⁵.

La salud mental en nuestra investigación la detectaremos a través del test SDQ, que ha sido utilizado en varias investigaciones, muchas de ellas en relación con el TDAH, se usa con fines de detección, reafirmación del diagnóstico obtenido por los criterios del DSMV como prevención de problemas mayores, ya que la hiperactividad puede causar problemas emocionales, trastornos de conducta, problemas de interacción con compañeros en la escuela y no posesión de conductas prosociales, que pueden conducir a problemas de salud mental muy serios y ocasionar daño al mismo niño, su familia y comunidad³⁶⁻³⁸.

El SDQ puede ayudar a los médicos para identificar a los niños que requieren evaluación mental en atención primaria.

Es un test que lo largo de los últimos años se han realizado grandes avances en la medición y evaluación del ajuste psicológico de los niños y adolescentes, se usa como un medio de evaluación en el área de psicología ³⁹.



CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Diseño de estudio

Es una investigación observacional descriptiva prospectiva. Este tipo de diseño busca y recoge información actual con respecto a una situación previamente determinada (objeto de estudio). No se realiza control de tratamiento, sino que se registran las relaciones existentes sin manipular ninguna variable.

3.2. Ámbito de estudio

Ambientes de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN

3.3. Población

La población estará conformada por todos los pacientes con diagnóstico TDAH que asistan al Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje del Instituto Nacional de Rehabilitación y el padre o madre a cargo del niño. Los datos serán recolectados en un periodo de 12 meses desde abril del 2024. De acuerdo a un cálculo aproximado proporcionado por años anteriores es de 646 pacientes anuales.

Nota: El margen de referencia se toma de estadísticas de los pacientes atendidos anualmente en periodos anteriores.

3.3.1.1 Criterios de inclusión para padres

- Padres que hayan cursado estudios de la secundaria completa.
- Padre o madre que convivan con el niño; y que estén presente para que se pueda realizar la evaluación.

3.3.1.2 Criterios de exclusión para padres

- Que no esté a cargo de la crianza actual de su hijo

3.3.2 Criterios de inclusión para niños

- Niños con rango de edades de 7 años a 11 años.
- Niños que convivan con uno de los padres o los dos; y estos estén presente para que se pueda realizar la evaluación.
- Que cuenten con el diagnóstico de TDAH F 90.0 perturbación de la actividad y de la atención.
- Que cuenten con el diagnóstico de TDAH F 90.1 trastorno hiperactivo de la conducta.
- Que cuenten con el diagnóstico de TDAH F 90.8 otros trastornos hiperactivos.
- Que cuenten con el diagnóstico de TDAH F 90.9 otros trastornos hiperactivos no especificados.
- Que cuenten con cociente intelectual superior a 80 de C.I.

3.3.3 Criterios de exclusión para niños

- Que esté a cargo de su crianza actual otra persona que no sean los padres.
- Pacientes con TDAH con un nivel intelectual límite y extremadamente Bajo, según el DSM V.



- Pacientes con trastornos emocionales severos con tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes con esquizofrenia
- Pacientes con trastornos generalizados del desarrollo
- Pacientes con trastornos afectivos o del humor.

3.3. Muestra y muestreo

La muestra será no probabilística por conveniencia, los resultados obtenidos se realizaron en base al análisis del tamaño del efecto de la población de estudio a través del software G* Power 3.16, considerando un tamaño del efecto de 0.40, un nivel de significancia α de 0.05, que corresponde a un 95% de confiabilidad y un poder estadístico ($1-\beta$) convencional del 80%, por tanto se considera un total de 75 pacientes participantes que serán elegidos considerando los criterios de selección y los tiempos de atención de los pacientes con TDAH en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje.





3.4. Operacionalización de variables

En la tabla a continuación se detallan las variables del estudio.

COVARIABLES NIÑOS

	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	DE	ESCALA MEDICIÓN	VALORES	INSTRUMENTO
Edad	Edad de la persona en años cumplidos	Cuantitativa		Intervalos	7.6 a 11.11 años	Ficha de recolección de datos.
Género	Sexo de la persona	Cualitativa dicotómica		Nominal	Femenino (F) Masculino (M)	Ficha de recolección de datos.
Procedencia	Lugar donde nace o deriva una persona	Cualitativa politómica		Nominal	Lima- Metropolitana Costa Sierra Selva	Ficha de recolección de datos.
Residencia	Lugar donde vive una persona	Cualitativa politómica		Nominal	Lima- Metropolitana Costa Sierra Selva	Ficha de recolección de datos.
Grado escolaridad de	Define el grado promedio de escolaridad	Cualitativa politómica		Nominal	Primaria Secundaria	Ficha de recolección de datos.

COVARIABLES PADRES

	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	DE	ESCALA MEDICIÓN	VALORES	INSTRUMENTO
Edad	Edad de la persona en años cumplidos	Cuantitativa		Intervalos	7 a 11 años	Ficha de recolección de datos.
Género	Sexo de la persona	Cualitativa dicotómica		Nominal	Femenino (F) Masculino (M)	Ficha de recolección de datos.
Procedencia	Lugar donde nace o deriva una persona	Cualitativa politómica		Nominal	Lima- Metropolitana Costa Sierra Selva	Ficha de recolección de datos.
Residencia	Lugar donde vive una persona	Cualitativa politómica		Nominal	Lima- Metropolitana Costa Sierra Selva	Ficha de recolección de datos.
Ocupación laboral	Actividades o tareas que desempeña un individuo en su empleo, oficio o puesto.	Cualitativa politómica		Nominal	Administrativa Obrero	Ficha de recolección de datos.



	independientemente de la actividad económica que realice			Empresarial Otros		
Grado de escolaridad	Define el grado promedio de escolaridad	Cualitativa politómica	Nominal	Sin instrucción Primaria Secundaria	Ficha de recolección de datos.	
Apoyo psicológico	Orientación y apoyo psicológico que reciben los padres por un profesional especializado en el área.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos.	

Variable principal: Estilos de crianza⁴⁰

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Tipos de Estilos	Definición conceptual	INDICADORES	Escala de medición	Valores	Instrumento
Estilos de crianza	Es el clima emocional en el cual los padres crían a sus hijos. Y las prácticas son conductas específicas que los padres utilizan para socializar a sus hijos ⁴¹ .	Cualitativa politómica	Nominal	Autoritario	Alta implicación parenteral, pero de una manera más controladora baja crianza positiva. Utilizan el castigo como principal método de disciplina, incluyendo posiblemente el castigo corporal, alta supervisión, por lo que el énfasis puede estar en la obediencia más que en la comprensión de las acciones. y alta disciplina inconsistente que se basa más en el castigo que en una guía constructiva, por lo que conlleva a una salud mental limite o alterada con mayores problemas de conducta muchos síntomas emocionales, problemas con compañeros y malas conductas prosociales	Alta implicación parental	Intervalo	32 - 40 puntos	APQ Padres- niños
					Baja crianza positiva	Menos de 17 puntos			
					Máximo castigo físico	25 a 21 puntos			
					Alta supervisión	Menos de 28 puntos			
					Alta disciplina inconsistente	65 a 42 puntos			
	Baja implicación parental Disciplina inconsistente, pobre	Permisivo			Baja implicación parental	Intervalo	Menos de 23 puntos	APQ Padres- niños	



				supervisión, crianza positiva menos estructurada disciplina inconsistente por la falta de reglas claras por lo que su salud mental estaría a nivel límite o alterada que involucra muchos síntomas emocionales, algunos problemas de conducta, problemas con compañeros y malas conductas prosociales.	• Baja crianza positiva • Bajo castigo físico • Baja supervisión	Menos de 17 puntos Menos de 15 puntos 50 a 40 puntos	
			Democrático	Alto implicación parental, en donde muestran un alto nivel de participación en la vida de sus hijos, alta crianza positiva, por lo que se enfocan en reforzar comportamientos deseables mediante el elogio y las recompensas, existe comunicación y ausencia de castigo físico, centrándose en métodos más positivos y constructivos para la enseñanza y la corrección y disciplina consistente en la aplicación de reglas y por ello involucra una salud mental normal, que involucra menos síntomas emocionales, menos problemas de conducta, buena relación con compañeros, aceptable conductas prosociales.	• Alta implicación parenteral • Alta crianza positiva • Bajo castigo físico • Alta supervisión • Baja disciplina consistente	32 s 42 puntos 25 a 30 puntos Menor a 15 puntos Menos de 28 puntos Menos de 38 puntos	APQ Padres- niños



Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Tipos	Definición conceptual	INDICADORES	Puntajes	Escala de medición	Valores	Instrumento
Salud mental	Es la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida 42.	Cualitativa politómica	Normal		Sintomas emocionales	0-3	Intervalo	0-13 puntos	SDQ- Padres
					Problemas de conducta	0-2			
					Hiperactividad	0-5			
					Problemas con compañeros/as	0-2			
					Prosocial	6-10			
			Límite		Sintomas emocionales	4	Intervalo	14-16 puntos	
					Problemas de conducta	3			
					Hiperactividad	6			
					Problemas con compañeros/as	3			
					Prosocial	5			
			Alterada		Sintomas emocionales	5-10	Intervalo	17-40 puntos	
					Problemas de conducta	4-10			
					Hiperactividad	7-10			
					Problemas con compañeros/as	4-10			
					Prosocial	0-4			



3.4 Instrumento

Se utilizará una ficha de recolección de datos (Anexo N°1) y 3 pruebas para la evaluación (2 para padres y 1 para niños) (Anexo N°2 y 3):

- Cuestionario de capacidades y dificultades SDQ-Cas. (padres)⁴³
- Cuestionario Alabama Parenting Questionnaire (APQ versión para padres).
- Cuestionario Alabama Parenting Questionnaire (APQ versión para niños)

3.4.1 Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) Anexo N°2

Es una herramienta útil para discriminar a niños con TDAH de niños sin esta patología, con el propósito de optimizar las derivaciones a Atención Especializada y tiene por finalidad tamizar las principales psicopatologías en niños y adolescentes, permitiendo establecer, de manera breve, un perfil completo del evaluado ya que abarca aspectos conductuales deficientes como positivos, por lo que es una de las pruebas más utilizadas en salud mental. Este cuestionario se realizará únicamente para padres.

Función a valorar: Consta de 2 cuestionarios que serán respondidos por los padres, a fin de identificar fortalezas y dificultades en la conducta, emociones y relaciones de niños y adolescentes entre de 7 años 6 meses a 11 años.

Este instrumento consta de ítems que se responden con una escala Likert de tres categorías (1= No es cierto, 2= Un tanto cierto y 3= Totalmente cierto).

Está dividida en cinco escalas (Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Problemas con compañeros y Escala prosocial) constituidas cada una de 5 ítems que son puntuados individualmente con una escala tipo Likert que va de 0 a 2 correspondiente a las categorías de "no es cierto", "un tanto cierto", "absolutamente cierto". El valor asignado es variable para cada escala que describe problemas, pero tienen en común que van de manera ascendente (0: "no es cierto" y 2: "absolutamente cierto"). Cabe mencionar que la Escala Prosocial está enfocada netamente en fortalezas por lo que los valores son inversos (0: "absolutamente cierto" y 2: "no es cierto").

Luego de llenados los ítems, se procede a cuantificar el rendimiento en cada uno de ellos y según el puntaje obtenido en cada escala, se agrupa en las siguientes categorías de "Normal", "Límite" y "Anormal". Las puntuaciones han sido escogidas de tal manera que el 80% de los niños de la población están dentro de la normalidad, el 10% en el límite y el 10% restante en la anormalidad. Las puntuaciones se distribuyen de la siguiente manera:

La salud mental vendría a ser el resultado del puntaje total de dificultades obtenido por el niño/a en la suma de las 4 de las escalas del SDQ: Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad y Problemas con pares. Este puntaje puede variar de 0 a 40. De este modo si un sujeto obtiene entre 0 y 13 puntos será caracterizado como normal (ausencia de psicopatología), entre 14 y 16 puntos como límite (sujeto donde no es posible con el instrumento determinar la presencia o ausencia de psicopatología, sugiriéndose una evaluación posterior que permita determinarlo de mejor manera) y entre 17-40 puntos el sujeto será caracterizado como anormal⁴⁴.

Tabla 2. Puntuación del cuestionario de capacidades y dificultades

	Normal	Límite	Anormal
Puntuación total de dificultades	0-13	14-16	17-40
Puntuación de síntomas emocionales	0-3	4	5-10
Puntuación de problemas de conducta	0-2	3	4-10



Puntuación hiperactividad	0-5	6	7-10
Puntuación problemas con compañeros	0-2	3	4-10
Puntuación conducta prosocial	6-10	5	0-4

En el presente estudio utilizaremos la versión en español del test ³².

Investigaciones muestran que las evaluaciones del SDQ predicen los diagnósticos clínicos y de investigación de TDAH (OR = 10,20; IC 95%: 2,18-48,71, p = 0,003) y de trastorno hiperactivo (OR = 4,02; IC 95%: 1,13-14,25, p = 0,031). Las clasificaciones adicionales de hiperactividad "probable" del SDQ indicaron una fuerte especificidad del TDAH (84,5%-74,5%)³⁷. Respecto a su validez³⁹ hay resultados mixtos. Algunos estudios reportan que el SDQ tiene una consistencia interna fuerte ($\alpha > 0.70$) con una buena validez concurrente. Hay estudios en que su consistencia interna es satisfactoria ($\alpha > 0.81$) y otros en los que se halla baja consistencia interna con preocupación por la fiabilidad de las subescalas. Algunos autores recomiendan que se use el SDQ con fines de seguimiento principalmente^{45,46}.

3.4.2 Cuestionario Alabama Parenting Questionnaire (APQ versión para padres) Anexo N°3

Es un instrumento que permite una evaluación multimétodo y multifuente de las prácticas educativas parentales desde una perspectiva bidireccional creada en Estados Unidos por Shelton, Frick y Wootton (1996), y adaptado en España por Servera en el 2007.

Función a valorar: Mide las prácticas parentales a partir de la percepción de los padres y puede aplicarse entre el rango de edad de 7 años 6 meses a 11 años. Este instrumento consta de 42 ítems que se responden con una escala Likert de cinco categorías (1= Nunca, 2= Casi Nunca, 3= A veces, 4= A menudo y 5= Siempre). Estos ítems se agrupan en cinco dimensiones: Implicación parental, pobre supervisión, disciplina inconsistente, crianza positiva y castigo físico.

La versión para padres tiene una 81,00% (IC95% 72,81-89,19), con una especificidad del 53,66% (IC95% 46,59-60,73) y un área bajo la curva de 0,71 (IC95% 0,65-0,77), como herramienta útil para discriminar a niños con TDAH⁴⁷.

La puntuación de la consistencia interna, medida por el alfa de Cronbach, figura en la siguiente lista para toda la muestra ⁴⁰.

	Alfa
Implicación parental	0.80
Crianza positiva	0.80
Pobre supervisión	0.67
Disciplina inconsistente	0.67
Castigo físico	0.46

3.4.2.1 Estilos de crianza en relación a las dimensiones del Test de Alabama Parenting Questionnaire

A continuación se explica de acuerdo a las referencias la relación de los estilos de crianza democrático, permisivo y autoritario con las cinco dimensiones (Implicación parental, pobre supervisión, disciplina inconsistente, crianza positiva y castigo físico) del Test Alabama Parenting Questionnaire ^{40,48}



La crianza democrática

- Alta Implicación Parental: Los padres muestran un alto nivel de participación en la vida de sus hijos, están comprometidos emocionalmente y buscan establecer conexiones positivas.
- Crianza Positiva: Se enfocan en reforzar comportamientos deseables mediante el elogio y las recompensas. Utilizan la comunicación efectiva y la empatía para guiar el comportamiento de sus hijos.
- Buena Supervisión: Están atentos a las actividades de sus hijos y proporcionan una supervisión adecuada para garantizar la seguridad y el bienestar.
- Disciplina Consistente: Aplican reglas y consecuencias de manera coherente, buscando enseñar a sus hijos sobre las responsabilidades y las consecuencias de sus acciones.
- Sin Castigo Corporal: Evitan el uso de castigo físico, centrándose en métodos más positivos y constructivos para la enseñanza y la corrección.

Estilo de Crianza Permisivo con Pobre Supervisión:

- Baja Implicación Parental: Los padres pueden mostrar un nivel más bajo de participación emocional y atención hacia sus hijos.
- Crianza Menos Estructurada: Pueden tener poca estructura en cuanto a reglas y límites, permitiendo una mayor libertad a sus hijos.
- Pobre Supervisión: La falta de atención y supervisión puede llevar a situaciones en las que los niños no están adecuadamente monitoreados.
- Disciplina Inconsistente: La falta de reglas claras puede llevar a una disciplina inconsistente, ya que los límites no están bien establecidos.

Estilo de Crianza Autoritario con Castigo Corporal:

- Alta Implicación Parental: Los padres pueden estar altamente involucrados en la vida de sus hijos, pero de una manera más controladora.
- Enfocado en el Castigo: Utilizan el castigo como principal método de disciplina, incluyendo posiblemente el castigo corporal.
- Supervisión Variable: La supervisión puede variar, pero el énfasis puede estar en la obediencia más que en la comprensión de las acciones.
- Disciplina Inconsistente: La disciplina puede ser inconsistente, ya que se basa en el castigo más que en una guía educativa y constructiva.

3.4.2 Cuestionario Alabama Parenting Questionnaire (APQ versión para niños)

Anexo N°3.1

El cuestionario evalúa, en formato de autoinforme, las prácticas parentales percibidas por los niños dentro de la familia.

Función a valorar: Mide las prácticas parentales a partir de la percepción de los niños y puede aplicarse entre el rango de edad de 7 años 6 meses a 11 años.

Este instrumento consta de 42 ítems que se responden con una escala Likert de cinco categorías (1= Nunca, 2= Casi Nunca, 3= A veces, 4= A menudo y 5= Siempre). Estos ítems se agrupan en cinco dimensiones: Implicación parental, pobre supervisión, disciplina inconsistente, crianza positiva y castigo físico.

La fiabilidad de la prueba, nos aporta que presenta una consistencia interna superior a $\alpha = 0,70$ y, respecto de la validez de constructo, se encuentran correlaciones negativas fuertes entre las dimensiones Implicación de la madre, Implicación del padre y Estilo parental positivo y los problemas conductuales indicados en el DSM, y correlaciones positivas entre las dimensiones Pobre



disciplina y Castigo corporal y los problemas conductuales indicados en el DSM (todas correlaciones con un nivel de confianza del 99%, $\alpha = 0,01$)^{49,50}.

3.5 Procedimiento para recolección de información

Se seguirá según los siguientes pasos:

- a) Se solicitará la aprobación del protocolo al Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.
- b) A partir de allí se empezará con las gestiones para iniciar el proceso de ejecución, pidiendo permiso a la jefatura Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje (DIDRIA) y la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales (DEIDRIFMET) para el conocimiento del desarrollo de la investigación, con el fin de socializar y solicitar el apoyo de los médicos del área para la comunicación del desarrollo de investigación a los padres de los pacientes.
- c) Se gestionará horas para socializar el uso de los instrumentos (fichas de evaluación APQ y SDQ) por las autoras. Las investigadoras serán previamente entrenadas para la aplicación de las pruebas por la especialista en psicología Lic. Ernestina Bolívar Joo quien se encargará de la calificación de cada una de las pruebas
- d) Se continuará con la gestión de la solicitud del listado de pacientes con TDAH que cumplan con los criterios de selección a la Oficina de Estadística e Informática para el llenado de ficha de recolección de datos.
- e) Una vez identificados, las autoras coordinarán con el personal encargado de las programaciones de pacientes para que las autoras se comuniquen con el padre o madre y se le invite a participar en el estudio, con la aceptación las autoras coordinarán los horarios que permitan la evaluación con los padres y los niños, los cuales no afectarán sus atenciones ya establecidos sino serán fuera de ellas.
- f) Si los padres y niños están de acuerdo con la participación en el estudio se hará entrega del consentimiento informado/ asentimiento informado (Anexo N°4 y 5) para confirmar autorización y participación. Asimismo, se explicará a los padres que la aplicación de los test no afectará las atenciones enviadas por los médicos tratantes, ya que las evaluaciones se realizarán en horarios programados y coordinados con las autoras.
- g) El tiempo estimado para para el llenado de cada test SDQ padres, APQ versión para padres y APQ versión para niños, se realizará en un solo día, aproximadamente de 30 minutos de duración por cada prueba (90 minutos).
- h) La aplicación será individual para padre y niño y no implicará costo de atención del padre y/o de la institución. Las evaluaciones serán realizadas en los horarios programados, coordinados y autorizados para las autoras, los cuales serán asumidos con fines de cumplimiento de la misión institucional de investigación, asimismo el sustento de ello es que con los posibles resultados futuros servirán para identificar el mejor uso del estilo de crianza en la educación de sus hijos.
- i) Las pruebas se aplicarán en los ambientes de la OEAIDE-UFIT con las que cuenta la institución.
- j) Una vez concluida la aplicación de los instrumentos a padres y niños, se solicitará horas para la revisión de las pruebas para el análisis de cada una de las pruebas y el vaciado en una base de datos.

3.5.1 Descripción del ambiente

El ambiente donde se aplicarán las pruebas tendrá que ser un ambiente amplio, ventilado, con buena iluminación, libre de ruidos y de interrupciones, que garanticen privacidad, y que este equipado con una pizarra acrílica para la aclaración de datos e instrucciones de las pruebas. Ambientes de la UFIDT- OEAIDE.



3.6 Aspectos éticos

Este proyecto será revisado por el Comité Institucional de Ética en investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, tomando en consideración los aspectos éticos basados en la Declaración de Helsinki, la cual lo estipula en el artículo N°9, se solicitará permiso al Departamento de Docencia, investigación y rehabilitación de problemas de aprendizaje (DIDRIA), se respetará los principios éticos de autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia. Para la fase de ejecución del estudio se recopilará la información en una base de recolección de datos la cual no utilizará identificadores personales, sino se realizará el uso de un código por cada paciente partiendo del 1 hasta donde corresponda. Solo las investigadoras tendrán acceso a la base de datos (se colocará contraseña) y al concluir el estudio la base de datos será almacenada por 5 años, y luego se eliminará.

3.6 Plan de análisis estadístico

Se armará una base de datos que contemple las variables de estudio en el programa Excel. Luego de verificar la limpieza de la base de datos se exportará al programa R en su versión más reciente para iniciar el análisis. Primero se hallará la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas o cualitativas y luego se calcularán las medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar) para las variables numéricas, para establecer la comparación entre grupos según las variables categóricas, se empleará la *prueba Chi cuadrado* y *prueba de Fisher* el nivel de significancia será de $p < .005$.

3.7 Limitaciones

- La recolección de los datos es de tiempo prolongado debido a la programación de atenciones de pacientes de la DIDRIA.
- Información de historias clínicas incompletas.
- El tiempo de evaluación de los test.
- El estudio realiza la recolección de información de una sola institución y la selección de los participantes se realizará por conveniencia, por lo que los datos no se podrán generalizar a toda la población con TDAH.
- La recolección de información está restringido al grupo etario de 7 años 6 meses a 11 años 11 meses.



CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 CRONOGRAMA

	2023												2024											
ETAPAS/MESES	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR				
1 Elaboración del protocolo	X	X																						
2 Revisión por el CIEI			X	X	X	X	X	X																
3 Aprobación del protocolo									X															
3 Emisión de RD									X															
4 Recolección de datos									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2025																							
5 Vaciado de base de datos y análisis estadístico									X															
Elaboración de manuscrito										X	X													
Publicación												X	X	X										



4.2 PRESUPUESTO

	Recursos		Cantidad	Costo por Unidad (en soles)	Total (en soles)
Recursos Humanos	Costo hora / investigadores (3 INR) INR:	Fase de Elaboración del proyecto de investigación	25 horas*3	17.00	S/.1275
		Fase de ejecución, recolección de datos y análisis estadístico.	130 horas <i>Total para la 3 invest</i>	17.00	S/.2210
		Fase de elaboración de manuscrito y publicación	34 horas*3	17.00	S/. 1734
	Costo hora / UFIDT-OEAIDE	Fase de Elaboración del proyecto de investigación	25 horas	26.7	S/. 667.5
		Fase de ejecución, recolección de datos y análisis estadístico.	10 horas	26.7	S/. 260.7
		Fase de elaboración de manuscrito y publicación	34 horas	26.7	S/. 907.8
Recursos (Bienes)	Materiales	Material para socialización de test con autoras	Una laptop y un retroproyector Una pizarra acrílica	INR	INR
		Lapiceros tinta azul	01 cajas de 50 unidades	40.00	S/ 40.00
		Archivador	2	15.00	S/. 30.00
		Otros materiales de escritorio	12 plumones para pizarra de color 4 azul, 4 rojo y 4 negro	4.0	S/. 48.00
		3 fichas de evaluación de 2 hojas c/u. (2 para el padre y 1 para el niño)	420 copias	0.20	S/.84.00
		70 consentimiento informado 70 y asentimiento informado	140 copias	0.20	S/. 56.00
Total					S/. 7313



5.2 ANEXOS

ANEXO N°1: Ficha de recolección de datos

CÓDIGO

1.	Sexo:	<table border="1"><tr><td>M</td><td>F</td></tr></table>	M	F	Fecha:	<table border="1"><tr><td>/</td><td>/</td></tr></table>	/	/
M	F							
/	/							
2.	Edad:	<table border="1"></table>						
3.	Diagnóstico CIE-10 /DSM5:	<table border="1"></table>						
4.	Religión:	<table border="1"></table>						
5.	Residencia del niño:	<table border="1"></table>						
6.	Grado de escolaridad del niño:	<table border="1"></table>						
7.	Número de miembros de la familia:	<table border="1"></table>						
8.	Orden en número de hijos:	<table border="1"></table>						
9.	¿Con quién vive actualmente el niño? (marque lo que corresponda)							
	Padre	<table border="1"></table>						
	Madre	<table border="1"></table>						
	Pareja de padre o madre	<table border="1"></table>						
	Abuelos/as	<table border="1"></table>						
	Hermanos mayores de edad	<table border="1"></table>						
	Otros familiares	<table border="1"></table>						
	Otros no familiares	<table border="1"></table>						

Datos del cuidador

1.	Sexo:	<table border="1"><tr><td>M</td><td>F</td></tr></table>	M	F	Fecha:	<table border="1"><tr><td>/</td><td>/</td></tr></table>	/	/
M	F							
/	/							
2.	Edad:	<table border="1"></table>						
3.	Religión:	<table border="1"></table>						
4.	Procedencia del tutor:	<table border="1"></table>						
5.	Residencia del tutor:	<table border="1"></table>						
6.	Grado de instrucción:	<table border="1"></table>						
7.	Ocupación laboral del tutor:	<table border="1"></table>	<table border="1"><tr><td># de horas</td></tr></table>		# de horas			
# de horas								
8.	Si recibe apoyo psicológico:	<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO				
SI	NO							



INSTRUMENTOS

ANEXO 2:

Ficha técnica del Cuestionario de capacidades y dificultades SDQ⁵¹

Nombre del instrumento	Cuestionario de capacidades y dificultades SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)
Autor y año- Procedencia:	Robert Goodman 1994, 1997, 1999 Inglaterra
Duración	30 min aprox.
Usuarios:	A padres de familia (padre, madre, cuidador) y docentes (inicial-primaria)
Puntuación:	Calificación manual o computarizada
Objetivo del instrumento:	Interpretación del perfil socioemocional del niño o niña/ identificación de capacidades y dificultades.
Forma de administración o modo de aplicación:	Individual
Validez:	De acuerdo a las propiedades psicométricas ha sido evaluado en diferentes contextos internacionales, obteniéndose evidencia de validez y confiabilidad en Gran Bretaña, Italia, Finlandia, Australia, Alemania, España, Nicaragua y Chile ⁵²
Confiabilidad:	Alfa de Cronbach,883

CONSOLIDADO SDQ

La salud mental vendría a ser el resultado del puntaje total de dificultades obtenido de las 4 de las escalas del SDQ: Este puntaje puede variar de 0 a 40. Entre 0 y 13 normal (ausencia de psicopatología), entre 14 y 16 puntos como límite y entre 17-40 puntos el sujeto será caracterizado como anormal⁴⁴

Datos recolectados

	No es cierto	Un tanto cierto	Absoluta -mente	Interpretación (Normal/ Límite/
Escala de síntomas emocionales				
Escala de problemas de conducta				
Escala de hiperactividad				
Escala de problemas con compañeros				
Escala prosocial				
Total				

Guía para interpretación

	Normal	Límite	Alterada
Puntuación total de dificultades	0-13	14-16	17-40
Puntuación síntomas emocionales	0-3	4	5-10
Puntuación problemas de conducta	0-2	3	4-10
Puntuación hiperactividad	0-5	6	7-10
Puntuación problemas con compañeros	0-2	3	4-10
Puntuación prosocial	6-10	5	0-4



SDQ

CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES

Edad	
Tutor:	Madre () Padre () otro()
Grado de instrucción	
Ocupación	
Orden y número de hijos	
Fecha de aplicación	

Coloque una cruz en el cuadro que crea que responde mejor las preguntas. Agradecemos responda todas las preguntas, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Favor responder las preguntas acordes al comportamiento del niño/a en los últimos seis meses o durante el presente año escolar.

1	2	3
No es cierto	Un tanto cierto	Totalmente cierto

N°		No es cierto	Un tanto cierto	Totalmente cierto
1.	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas.	1	2	3
2.	No puede permanecer quieto/a por mucho tiempo o más de 20 minutos.	1	2	3
3.	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas.	1	2	3
4.	Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juegos, lápices, etc.	1	2	3
5.	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio.	1	2	3
6.	Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a.	1	2	3
7.	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos.	1	2	3

N°		No es cierto	Un tanto cierto	Totalmente cierto
8.	Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a.	1	2	3
9.	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo.	1	2	3
10.	Está continuamente moviéndose y es revoltoso.	1	2	3
11.	Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a.	1	2	3
12.	Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas.	1	2	3
13.	Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso.	1	2	3
14.	Por lo general cae bien a los otros niños/as.	1	2	3
15.	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse.	1	2	3
16.	Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a.	1	2	3
17.	Trata bien a los niños/as más pequeños/as.	1	2	3
18.	A menudo miente o engaña.	1	2	3
19.	Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella.	1	2	3
20.	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as).	1	2	3
21.	Piensa las cosas antes de hacerlas.	1	2	3
22.	Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios.	1	2	3
23.	Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as de su edad.	1	2	3
24.	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente.	1	2	3
25.	Termina lo que empieza, tiene buena concentración.	1	2	3

ANEXO N° 3:

Ficha técnica Alabama Parenting Questionnaire-APQ-Parent

Servera M. 2007 versión en español del Alabama Parenting Questionnaire APQ ⁵³

Nombre del instrumento	Cuestionario Adaptación del Cuestionario de Prácticas Parentales (Parenting Practices Questionnaire)
Autor y año:	Original: de Robinson (1995) Adaptación:
Objetivo del instrumento:	Medir las dimensiones y estructura interna dentro de las tipologías de estilos de crianza.
Usuarios:	Padres de familia con niños de 7 años 6 meses
Modo de aplicación:	Individual
Validez:	Se validó con juicio de expertos: ^{54,55} Dr. Ulises Córdova García Mg. Eric Arenas Sotelo Mg. Eutropia Delgado Castro
Confiabilidad:	Alfa de Cronbach,883

ESCALAS POSITIVAS

Escala	Item
Implicación Parental	1,4,7,9,14,15, 20 y 26
Crianza positiva	2,11,13,18,23 y 27

ESCALAS NEGATIVAS

Escala	Item
Pobre supervisión	6,10,17,19,21,24,28,30,31,32
Disciplina inconsistente	3,5,8,12, 13,16,22,25,29, 34,36,40 y 42
Castigo corporal	33,35,38,39 y 41

Puntuaciones

Alta implicación parental	entre 40 y 32 puntos
Regular implicación parental	entre 32 y 24 puntos
Baja implicación parental	menos de 23 puntos
Alta crianza positiva	entre 30 y 25 puntos
Regular o media Crianza positiva	entre 24 y 18 puntos
Baja crianza positiva	17 a menos puntos
Baja supervisión	entre 50 a 40 puntos
Regular supervisión	entre 39 y 29 puntos
Alta supervisión	Menos de 28 puntos
Baja disciplina inconsistente	entre 65 y 42 puntos
Regular Disciplina inconsistente	entre 42 y 39 puntos
Alta Disciplina inconsistente	menos de 38 puntos
Alto castigo físico	entre 25 y 21 puntos
Regular castigo físico	entre 20 y 16 puntos
Bajo castigo físico	menos de 15 puntos



Alabama Parenting Questionnaire-APQ-Parent

Código

Edad	
Tutor:	Madre () Padre () otro()
Grado de instrucción	
Ocupación	
Orden y número de hijos	
Fecha de aplicación	

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a situaciones sobre su familia. Por favor, evalúe cada ítem según lo que ocurre habitualmente en su hogar. Las posibles respuestas son:

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE

N°		Nunca	Casi Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1.	Tiene conversaciones amistosas con su hijo.	1	2	3	4	5
2.	Le dice a su hijo cuando está haciendo un buen trabajo.	1	2	3	4	5
3.	Amenaza a su hijo que lo va a castigar, pero no lo hace.	1	2	3	4	5
4.	Ayuda voluntariamente en actividades propias que le gustan a su hijo.	1	2	3	4	5
5.	Premia o da algo extra a su hijo cuando obedece.	1	2	3	4	5
6.	Su hijo le deja notas o le avisa a donde va.	1	2	3	4	5
7.	Juega o hace otras cosas divertidas con su hijo.	1	2	3	4	5
8.	Su hijo le convence de que no lo castigue después de que ha hecho algo malo o incorrecto.	1	2	3	4	5
9.	Le pregunta a su hijo acerca de cómo estuvo su día en el colegio.	1	2	3	4	5
10.	Su hijo se queda fuera de la casa pasada la hora de regresar a casa	1	2	3	4	5
11.	Ayuda a su hijo con sus tareas escolares.	1	2	3	4	5
12.	Siente que el hecho de conseguir que su hijo le obedezca es un problema	1	2	3	4	5
13.	Felicita a su hijo cuando hace algo bueno.	1	2	3	4	5
14.	Le pregunta a su hijo qué va a hacer durante el día.	1	2	3	4	5
15.	Lleva a su hijo a sus actividades preferidas.	1	2	3	4	5

N°		Nunca	Casi Nunca	A veces	A menudo	Siempre
15.	Su hijo sale con amigos que usted no conoce.	1	2	3	4	5
16.	Elogia a su hijo si se porta bien	1	2	3	4	5
17.	Su hijo sale con amigos que usted no conoce	1	2	3	4	5
18.	Le da abrazos o besos a su hijo cuando hace algo bien.	1	2	3	4	5
19.	Su hijo sale sin tener hora fija para regresar.	1	2	3	4	5
20.	Conversa con su hijo acerca de sus amigos.	1	2	3	4	5
21.	Su hijo está fuera de casa al llegar la noche, sin compañía de un adulto.	1	2	3	4	5
22.	Retira los castigos a su hijo antes de tiempo.	1	2	3	4	5
23.	Su hijo da su opinión para planear actividades familiares	1	2	3	4	5
24.	Usted está tan ocupada que se le olvida donde está su hijo o qué está haciendo.	1	2	3	4	5
25.	Su hijo recibe castigo cuando hace algo malo .o incorrecto	1	2	3	4	5
26.	Asiste a reuniones de padres en el colegio de su hijo.	1	2	3	4	5
27.	Usted le dice a su hijo que le agrada cuando le ayuda en casa.	1	2	3	4	5
28.	Usted controla la hora en que su hijo llega a casa.	1	2	3	4	5
29.	Usted no le dice a su hijo adónde va	1	2	3	4	5
30.	Su hijo llega a casa del colegio más de una hora después de lo que usted espera.	1	2	3	4	5
31.	El castigo que le dé a su hijo depende de su estado de ánimo.	1	2	3	4	5
32.	Su hijo está en la casa sin supervisión de un adulto.	1	2	3	4	5
33.	Le da palmadas a su hijo cuando ha hecho algo malo o incorrecto	1	2	3	4	5
34.	No le hace caso a su hijo cuando se está portando mal	1	2	3	4	5
35.	Le da cachetadas a su hijo cuando ha hecho algo malo o incorrecto	1	2	3	4	5
36.	Le quita premios o dinero a su hijo como castigo.	1	2	3	4	5
37.	Manda a su cuarto a su hijo como castigo					
38.	Le pega a su hijo con correa u otro objeto cuando ha hecho algo malo.	1	2	3	4	5
39.	Le grita a su hijo cuando ha hecho algo malo o incorrecto	1	2	3	4	5
40.	Calmadamente le explica a su hijo el motivo de su mal comportamiento.	1	2	3	4	5
41.	Usa como castigo para su hijo el tiempo fuera (Lo manda a su habitación, lo sienta o para en una esquina, etc.).	1	2	3	4	5
42.	Le da a su hijo responsabilidades adicionales como castigo	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración.



ANEXO N° 3.1:
Alabama Parenting Questionnaire – APQ - Child Version

Código

Fecha de nacimiento	
Grado	
Fecha de aplicación	

Instrucciones:

Las siguientes afirmaciones se refieren a situaciones o conductas sobre tus padres. Por favor, evalúa cada afirmación que te hacen según lo que ocurre habitualmente en tu casa. **Marca con una cruz (X)** las posibles respuestas:

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE

Importante: Recuerda que nos interesa sólo tu opinión y que **no** informaremos a tus padres sobre ella (será anónima).

N°		Nunca	Casi Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1.	Tienes conversaciones amistosas con tu mamá.	1	2	3	4	5
2.	Cuando haces un buen trabajo tu mamá te dice que está bien.	1	2	3	4	5
3.	Tu mamá te amenaza con castigarte y luego no lo hace.	1	2	3	4	5
4.	Tú mamá te ayuda en las actividades extraescolares u otras que te gustan (deportes, música, etc)	1	2	3	4	5
5.	Tu mamá te premia cuando te portas bien.	1	2	3	4	5
6.	Cuando sales a la calle avisas a tu mamá a dónde vas.	1	2	3	4	5
7.	Juegas o haces otras cosas divertidas con tu mamá.	1	2	3	4	5
8.	Convinces a tu mamá para que no te castigue después de haberte portado mal.	1	2	3	4	5
9.	Tú mamá te pregunta cómo te ha ido en el colegio	1	2	3	4	5
10.	Estás hasta altas horas fuera de casa					
11.	Tu mamá te ayuda con las tareas del colegio.	1	2	3	4	5
12.	Tu mamá se da por vencida cuando no le obedeces	1	2	3	4	5
13.	Tú mamá te felicita cuando haces algo bien.	1	2	3	4	5
14.	Tú mamá te pregunta que vas a hacer durante el día.	1	2	3	4	5
15.	Tú mamá te lleva a las actividades que te gustan (deportes, música, danza, robótica etc.)	1	2	3	4	5
16.	Tú mamá te felicita cuando te portas bien.	1	2	3	4	5
17.	Tu mamá no conoce a tus amigos del colegio	1	2	3	4	5
18.	Tu mamá te abraza o te besa cuando haces algo bien.	1	2	3	4	5
19.	Sales a la calle todo el tiempo que quieras.	1	2	3	4	5
20.	Tu mamá habla contigo sobre tus amigos	1	2	3	4	5
21.	Tú sales de noche sin que ningún adulto vaya contigo.	1	2	3	4	5
22.	Tu mamá te quita los castigos muy pronto.	1	2	3	4	5

N°		Nunca	Casi Nunca	A veces	A menudo	Siempre
23.	Te piden tu opinión para planear actividades familiares.	1	2	3	4	5
24.	Tu mamá está tan ocupada que no te presta atención.	1	2	3	4	5
25.	Tu mamá te castiga cuando haces algo malo.	1	2	3	4	5
26.	Tu mamá va a las reuniones del colegio.	1	2	3	4	5
27.	Tu mamá te dice que le gusta cuando ayudas con las tareas de la casa.	1	2	3	4	5
28.	Regresas a casa más tarde de la hora en que deberías hacerlo y tu mamá no se entera.	1	2	3	4	5
29.	Tu mamá sale y no te dice a dónde va	1	2	3	4	5
30.	Después del colegio vuelves a casa una hora más tarde de lo esperado.	1	2	3	4	5
31.	El castigo que te da tu mamá depende de que si esta alegre o molesta.	1	2	3	4	5
32.	Estás en casa solo sin que nadie te cuide.	1	2	3	4	5
33.	Tu mamá te pega con la mano cuando haces algo malo.	1	2	3	4	5
34.	Tu mamá te ignora cuando te portas mal	1	2	3	4	5
35.	Tu mamá te cachetea cuando haces algo malo.	1	2	3	4	5
36.	Tu mamá te quita premios o dinero como castigo.	1	2	3	4	5
37.	Tu mamá te envía a tu habitación como castigo	1	2	3	4	5
38.	Tu mamá te golpea con una correa u otro objeto cuando haces algo malo.	1	2	3	4	5
39.	Tu mamá te grita cuando haces algo malo	1	2	3	4	5
40.	Tu mamá te explica con paciencia por qué tu conducta fue incorrecta	1	2	3	4	5
41.	Tu mamá usa "tiempo fuera " como castigo (es decir, te mandan a una habitación, a un rincón o te sientan en una silla para que te estés un tiempo como castigo).	1	2	3	4	5
42.	Tu mamá te manda a hacer muchas cosas	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración.

Nota: El cuestionario revisado por las investigadoras fue tomado de referencia de la versión española: Escribano, et.al. 2013. Factor structure and psychometric properties of spanish versión of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) for children. *Psicothema*, 25(3) 324-329.

ANEXO N° 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE CRIANZA Y SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS CON TDAH ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN “DRA. ADRIANA REBAZA FLORES” AMISTAD PERÚ-JAPÓN

INVESTIGADORAS:

Lic. Ernestina Normandis Bolívar Joo,
Lic. Zelidhet Karina Cornetero Martínez
Lic. Rosibe Ninamancco Aguilar

Propósito: Es conocer cómo se relaciona el tipo de crianza que tiene el padre y/o madre con la salud mental de los niños con TDAH atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Participación

Los padres participantes responderán a dos cuestionarios; uno referente a la percepción de los estilos de crianza y el otro referente a la salud mental de su hijo, cuando haya comprendido y aceptado que desea participar, se le solicitará su firma en este documento llamado consentimiento informado.

Costo de estudio de investigación

El estudio no generará ningún costo adicional a su tratamiento médico o programa de terapias.

Riesgo del estudio de investigación

El estudio no representa ningún riesgo.

Beneficios del estudio

Conocimiento de la mejor forma de crianza de los padres y el la salud mental de los niños; así como del trato de los padres hacia sus hijos y de los hijos hacia sus padres para una intervención y mejora futura de estos aspectos.

Confidencialidad

Se resguardará los datos de los participantes a través de la asignación de un código a cada uno de ellos, los cuales solo serán de conocimiento de las investigadoras.

Requisitos de participación

Para la participación de padres de niños con TDAH se debe cumplir el requisito de convivir con los niños y contar con estudios de secundaria completa, los niños deben tener edades entre 7 años 6 meses a 11 años y ser atendidos regularmente en el Departamento de Docencia y Rehabilitación Integral de problemas de aprendizaje (DIDRIA) durante el año 2024 (enero a diciembre).

Al aceptar la invitación de participación deberá firmar este documento denominado consentimiento informado, con el cual autoriza y acepta la participación voluntaria en este estudio. Sin embargo, si usted no desea continuar en este estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad, sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

¿Dónde conseguir información?

Se comunicará con la investigadora Lic. Ernestina Normandis Bolívar Joo, teléfono 945990163 correo normatina16@gmail.com en el horario de 3:00 pm a 8:00pm.

En caso comunicación con miembros del Comité Institucional de Ética en Investigación mediante Correo electrónico: ciei@inr.gob.pe

Teléfono (01)7173200 – (01) 7173201 anexo 1414

Dirección: Av. Prolongación Defensores del Morro cuadra 2 s/n Chorrillos

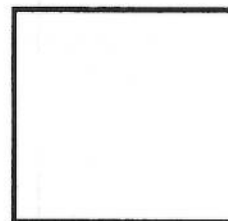


Declaración Voluntaria

Yo,he sido informado acerca del estudio....., conozco los riesgos y beneficios del estudio. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. Me han explicado que el proceso de evaluación que es totalmente confidencial. También comprendo que, si en algún momento decido retirarme, puede hacerlo, sin que acarree un perjuicio. Por tanto, Si acepto que participar voluntariamente en el estudio:

Firma:.....

Fecha:.....



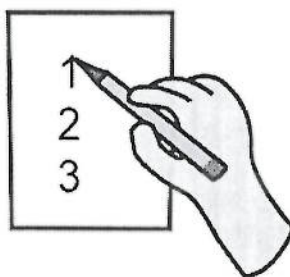
ANEXO N°5: ASENTIMIENTO INFORMADO DEL NIÑO

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACION DE LOS ESTILOS DE CRIANZA Y SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS CON TDAH ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

INVESTIGADORAS:

Lic. Ernestina Normandis Bolívar Joo, LIC. Zelidhet Karina Cornetero Martínez y Lic. Rosibe Ninamancco Aguilar

Hola, somos trabajadoras investigadoras del Departamento de Aprendizaje del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN INR y estamos realizando un estudio para conocer cómo te premian, corrigen y castigan tus padres, para ello queremos pedirte que nos ayudes. Si tú y tus padres están de acuerdo con que participes en este estudio tendrás que realizar lo siguiente:



* Responder algunas preguntas en un cuestionario.

Tu participación es voluntaria (si tú deseas), es la decisión de tus padres y la tuya si participas o no, esto no cambiará tus atenciones o terapias en el Departamento de aprendizaje. Si no quieres responder alguna pregunta en particular tampoco habrá problema. Si tienes preguntas las puedes hacer a cualquiera de nosotras.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una X en el cuadro de abajo que dice **SI QUIERO PARTICIPAR** y escribe tu nombre y apellidos, Si no quieres participar, marca el cuadro donde dice **NO QUIERO PARTICIPAR**

Si aceptas, marca **X** en el cuadrado que dice SI.

Si no aceptas, marca **X** en el cuadrado que dice NO

SI QUIERO PARTICIPAR

☐

NO QUIERO PARTICIPAR

☐

Escribe tus Nombres y apellidos:

Nombres y apellidos de la persona que da el consentimiento del niño: Padre ()
Madre ()

Firma:

Nombre y apellidos del evaluador:

Firma:

Fecha:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guías de práctica clínica en el SNS. Ed. 20210 [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
2. Salud mental del adolescente . Organización Mundial de la Salud 2021 [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Muñoz-Silva A, Lago-Urbano R. Child ADHD Severity, Behavior Problems and Parenting Styles. Annals of Psychiatry and Mental Health [Internet]. 19 de abril de 2016 [citado 8 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://www.jsccimedcentral.com/article/Child-ADHD-Severity%2C-Behavior-Problems-and-Parenting-Styles>
4. Carbray JA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1 de diciembre de 2018;56(12):7-10.
5. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000500003
6. Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000500010
7. Angulo PJ. Día del Niño: desafíos educativos y la salud mental para los infantes que sufren TDAH en el Perú [Internet]. infobae. 2023 [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2023/08/19/dia-del-nino-desafios-educativos-y-la-salud-mental-para-los-infantes-que-sufren-tdah-en-el-peru/>
8. Martín S. Boletín Epidemiológico Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Acosta 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inr/informes-publicaciones/3967018-boletin-epidemiologico-ene-2023-inr>
9. 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. 9 de octubre de 2020;83(3):148-56.
10. Aguilar CEV, Piedra TRA, Ponce MCC. Conductas disruptivas infantiles y estilos de crianza. Revista iberoamericana de psicología. 26 de abril de 2020;13(1):139-50.
11. Esra Çöp , S Ebru Çengel Kültür , Gülser Şenses Dinç. [Asociación entre estilos de crianza y síntomas del trastorno por déficit de atención con



hiperactividad] - PubMed [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28291295/>

12. Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL, Pondé MP, Hechtman L. Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. febrero de 2013;22(1):47-54.
13. Villavicencio Aguilar CE, Armijos Piedra TR, Cecibel Castro Ponce M. Conductas disruptivas infantiles y estilos de crianza. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2020;13(1):138-50.
14. Universidad de Córdoba, España, Aguilar-Yamuza B, Raya-Trenas AF, Pino-Osuna MJ, Herruzo-Cabrera J. Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *RPCNA*. enero de 2019;6(1):36-43.
15. Alvarez M, Arias JP, Morón G, Ramírez R, Cayo J, Pomalima R. Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. *Revista Psicológica Herediana*. 28 de septiembre de 2022;15(1):21-34.
16. Gatica CP, Pizarro JI, Torres DV. Influencia de factores familiares en la evolución del Trastorno de Déficit atencional con Hiperactividad: a propósito de una serie de casos. 2018;
17. Visalli KM, Pössel P, Blackburn AD, Adelson JL. Associations Between Parenting Behavior and Positive and Negative Affect in Elementary Age Children. *J Child Fam Stud*. 1 de marzo de 2023;32(3):733-43.
18. 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*. octubre de 2019;144(4):e20192528.
19. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. enero de 2017;19(1):1.
20. Manual-de-diagnostico-y-manejo-TDAH.pdf [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.deficitdeatencionperu.com/wp-content/uploads/2022/10/Manual-de-diagnostico-y-manejo-TDAH.pdf>
21. Vasconcelos AF, Ramírez MM, Mildestein YP. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *Acta Médica del Centro*. 6 de octubre de 2018;12(4):485-95.
22. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Encephale*. febrero de 2020;46(1):30-40.
23. Hidalgo-López C, Gómez-Álzate AM, García-Valencia J, Palacio-Ortiz JD. Risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Other Psychiatric



- Disorders in Siblings of ADHD Probands. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2019;48(1):44-9.
24. Carboni A. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2011;1(3):95-131.
 25. Jorge E, González MC. Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*. 10 de julio de 2017;17(2):39-66.
 26. Román-Reyes P, Padrón-Innamorato M, Ramírez-García T. Trabajo y familia: ¿cómo se articula esta frágil relación? *Convergencia*. diciembre de 2012;19(60):229-53.
 27. ASALE R, RAE. criar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/criar>
 28. Ramírez MA. Padres y desarrollo de los hijos; prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*. 2005;31(2):167-77.
 29. Relación entre los comportamientos asociados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los estilos de crianza desde la apreciación de los adultos | *Avances en Psicología* [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/150>
 30. Hernandez LV. Prácticas de crianza en la primera infancia en los municipios de Riosucio y Manzanares. *Zona Próxima*. 2017;(27):22-33.
 31. Wang L, Xian Y, Dill SE, Fang Z, Emmers D, Zhang S, et al. Parenting style and the cognitive development of preschool-aged children: Evidence from rural China. *Journal of Experimental Child Psychology*. 1 de noviembre de 2022;223:105490.
 32. Zavala GPG, Romero L del CNP. Estilos de crianza: la teoría detrás de los instrumentos más utilizados en Latinoamérica. *Revista de Psicología*. 2019;9(2):93-108.
 33. López ST, Calvo JVP, Menéndez M del CR. Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación Revista Interuniversitaria* [Internet]. 2008 [citado 8 de noviembre de 2023];20. Disponible en: <https://revistas.usal.es/tres/index.php/1130-3743/article/view/988>
 34. salud-mental-guia-promotor.pdf [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 35. Salud menta en contexto COVID19.pdf [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>



36. Rodríguez-Villamizar LA, Amaya-Castellanos C. Estilos de crianza, autoeficacia parental y problemas conductuales infantiles en tres municipios de Santander. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. septiembre de 2019;51(3):228-38.
37. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, Groom MJ, Daley D, Sayal K, et al. The validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for children with ADHD symptoms. *PLOS ONE*. 19 de junio de 2019;14(6):e0218518.
38. Bezborodovs N, Kočāne A, Rancāns E, Villeruša A. Clinical Utility of the Parent-Report Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Latvian Child and Adolescent Psychiatry Practice. *Medicina*. noviembre de 2022;58(11):1599.
39. Ortuño-Sierra J, Inch EFPF. Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en po.
40. Escribano S, Aniorte J, Orgilés M. Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) for children. *Psicothema*. agosto de 2013;(25.3):324-9.
41. García Méndez M, Rivera Aragón S, Reyes Lagunes I. La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colomb Psicol*. 1 de julio de 2014;17(2):133-41.
42. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. octubre de 2006;23(4):237-8.
43. Arribas LR, Cortázar PG, Reglero CM, Barca ÓB, Trabazo RL. El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) como herramienta de cribado para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 30 de septiembre de 2018;35(3):255-63.
44. Brown P, Capella C, Antivilo A. Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *RevPsicología [Internet]*. 6 de febrero de 2015 [citado 23 de enero de 2024];23(2). Disponible en: <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/36146>
45. Mieloo C, Raat H, van Oort F, Bevaart F, Vogel I, Donker M, et al. Validity and reliability of the strengths and difficulties questionnaire in 5-6 year olds: differences by gender or by parental education? *PLoS One*. 2012;7(5):e36805.
46. Arribas LR, Cortázar PG, Reglero CM, Barca ÓB, Trabazo RL. El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) como herramienta de cribado para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 30 de septiembre de 2018;35(3):255-63.
47. Świąćicka M, Woźniak-Prus M, Gambin M, Stolarski M. Confirmation of the five-factor structure of the Parent Global Report version of the Alabama Parenting Questionnaire in a Polish community sample. *Curr Psychol*. 1 de julio de 2023;42(19):15945-57.

48. Escribano Cubas S, Aniorte J, Orgilés Amorós M. Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) for children. *Psicothema*. 2013;25(3):324-9.
49. Soria IN, López BC. Familia, estilos parentales y menores en acogimiento. 2022;
50. Duppong Hurley K, Huscroft-D'Angelo J, Trout A, Griffith A, Epstein M. Assessing Parenting Skills and Attitudes: A Review of the Psychometrics of Parenting Measures. *Journal of Child and Family Studies*. 1 de julio de 2014;23.
51. Ficha Cuestionario de Capacidades | PDF | Desorden hiperactivo y deficit de atencion | Ciencias del comportamiento [Internet]. Scribd. [citado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/385774561/Ficha-Cuestionario-de-Capacidades>
52. Brown P, Capella C, Antivilo A. Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología*. 6 de febrero de 2015;23.
53. VERSIONES EN ESPAÑOL DEL ALABAMA PARENTING QUESTIONNAIRE [Internet]. Evernote. [citado 23 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.evernote.com/shard/s58/sh/a147c880-ed68-4610-b38f-5ee20d178a74/1ff596471777e596>
54. Calvo MC, Hamilton M. Estilos parentales y estrés parental en madres de estudiantes del 3er al 5to de primaria de colegio particular Chorrillos – 2021.
55. Cuestionario de Prácticas Parentales de Robinson | PDF | Cognición | Conceptos psicologicos [Internet]. Scribd. [citado 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/405535349/Cuestionario-de-Practicas-Parentales-de-Robinson-docx>



