

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y EDUCACIÓN

Escuela Profesional de Educación



**Percepciones docentes sobre la atención a estudiantes con
TDAH y el compromiso familiar con el tratamiento en
instituciones educativas de Juliaca**

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Educación, Especialidad
Inicial y Puericultura

Autores:

Wendy Luque Huancapaza

Elizabeth Magnolia Sapacayo Huamani

Asesor:

Dra. Julissa Torres Acurio

Juliaca, setiembre de 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Dra. Julissa Torres Acurio, docente de la Facultad de Ciencias Humanas y Educación, Escuela Profesional de Educación, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PERCEPCIONES DOCENTES SOBRE LA ATENCIÓN A ESTUDIANTES CON TDAH Y EL COMPROMISO FAMILIAR CON EL TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE JULIACA”** de los autores **Wendy Luque Huancapaza** y **Elizabeth Magnolia Sapacayo Huamani**, tiene un índice de similitud de 3% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Juliaca, a los 14 días del mes de septiembre del año 2026.



Dra. Julissa Torres Acurio Asesor

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



En Puno, Juliaca, Villa Chullunquiani, a los 11 día(s) del mes de septiembre del año 2022, siendo las 10:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Juliaca, bajo la dirección del (de la) presidente(a): Mg. Juvenal Colque Diaz el (la) secretario(a): Dr. Victor Manuel Lima Condon y los demás miembros: Mg. Sheridan Enoch Oblitas Garvalos y el (lo) asesor (a): Dra. Julisa Torres Acurio con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: "Percepciones docentes sobre la atención a estudiantes con TOAH y el compromiso familiar con el tratamiento en instituciones educativas de Juliaca" de ol(los)/la(las) bachilleres: a) Wendy Luque Huancapasa b) Elizabeth Magnolia Saparayo Huamani c) Licenciada en Educación, Especialidad Inicial y Puericultura (Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al(a) (los) (las) candidata(a)s a hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Loogo, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Wendy Luque Huancapasa

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>17</u>	<u>B+</u>	<u>Muy Bueno</u>	<u>Sobresaliente</u>

Bachiller (b): Elizabeth Magnolia Saparayo Huamani

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>17</u>	<u>B+</u>	<u>Muy Bueno</u>	<u>Sobresaliente</u>

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(a) (los) (las) candidata(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

[Firma]
Presidente/a
[Firma]
Asesor/a
[Firma]
Bachiller (a)

[Firma]
Miembro
[Firma]
Bachiller (b)

[Firma]
Secretario/a
[Firma]
Miembro
[Firma]
Bachiller (b)

Índice

Resumen	5
ABSTRACT	5
1. Introducción	5
2. Metodología	7
2.1. Diseño muestral	8
2.2. Diseño muestral	8
2.3. Técnicas para el Procesamiento de la Información	8
2.4. Aspectos Éticos	8
3. Resultados	9
3.1. Categorías de análisis	9
3.2. Categoría 1. Percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento	10
3.3. Categoría 2. Barreras percibidas para la continuidad del tratamiento	11
3.4. Categoría 3. Comunicación familia–escuela	12
3.5. Categoría 4. Impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo	13
4. Discusión	15
4.1. Categoría 1. Percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento	15
4.2. Categoría 2. Barreras percibidas para la continuidad del tratamiento	15
4.3. Categoría 3. Comunicación familia–escuela	15
4.4. Categoría 4. Impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo	16
5. Conclusiones	16
Referencias	17
ANEXOS	19

Atención a estudiantes con TDAH y el compromiso familiar con el tratamiento en instituciones educativas de Juliaca

Attention to Students with ADHD and Family Commitment to Treatment in Educational Institutions of Juliaca

Wendy LUQUE HUANCAPAZA¹

Elizabeth M. SAPACAYO HUAMANÍ²

¹ Universidad Peruana Union, Perú, <https://orcid.org/0009-0001-8067-2848>

² Universidad Peruana Union, Perú, <https://orcid.org/0009-0001-1944-0693>

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender las experiencias familiares y educativas relacionadas con el compromiso familiar respecto al tratamiento de estudiantes con TDAH en contextos rurales. Se desarrolló mediante un enfoque cualitativo, utilizando entrevistas semiestructuradas. Los resultados evidenciaron compromiso familiar heterogéneo, barreras de acceso a especialistas, temor al diagnóstico, comunicación débil entre la familia y la institución educativa y limitaciones lingüísticas. Se concluye que la atención integral requiere fortalecer la articulación entre la familia, la institución educativa y los servicios de salud mediante acompañamiento, capacitación y apoyo especializado pertinente al contexto rural altoandino.

Palabras clave: TDAH, tratamiento, compromiso familiar, escuelas rurales.

ABSTRACT

The study aimed to understand family and educational experiences related to family involvement in the treatment of students with ADHD in rural settings. It was carried out using a qualitative approach, with semi-structured interviews. The results showed varied family engagement, barriers to accessing specialists, fear of diagnosis, weak communication between the family and the school, and language limitations. It concludes that comprehensive care requires strengthening the connection between the family, the school, and health services through guidance, training, and specialized support relevant to the high-Andean rural context.

Keywords: ADHD, treatment, family commitment, rural schools.

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) constituye uno de los trastornos del neurodesarrollo con mayor prevalencia en la población infantil, representando un desafío constante para las familias, para los docentes y para los servicios de salud. Sus manifestaciones evidenciadas en inatención, hiperactividad e impulsividad repercuten de manera significativa en el rendimiento académico de los estudiantes, en la convivencia escolar, así como en su desarrollo socioemocional, por lo cual requiere una intervención integral y coordinada entre el colegio, la familia y los profesionales de la salud (Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020).

En el contexto educativo el compromiso familiar constituye un componente esencial para la continuidad del tratamiento y seguimiento de los niños con TDAH, particularmente porque la atención requiere coordinación entre familia, escuela y servicios especializados. Sin embargo, la evidencia reciente nos señala que las familias se enfrentan múltiples dificultades para iniciar y mantener los procesos de atención. McKenna et al. (2024), en una revisión sistemática de 30 estudios, identificaron como principales barreras el limitado conocimiento sobre este trastorno, el estigma, las dificultades para establecer alianzas con los servicios, las derivaciones, los tiempos de espera y las dificultades logísticas para acceder a atención especializada. En esta misma línea Kappi y Martel (2022), señalan que las barreras familiares para buscar atención se relacionan con factores individuales, interpersonales y también comunitarios, destacando la necesidad de fortalecer la información y la orientación dirigida a los padres de familia con la finalidad de fortalecer una búsqueda oportuna de ayuda.

Estas dificultades adquieren especial relevancia en contextos rurales donde la distancia geográfica, la escasez de profesionales especializados y las condiciones socioculturales pueden limitar de manera significativa la continuidad del tratamiento de los niños. Houghton et al. (2023), evidenciaron que las comunidades rurales y dispersas enfrentan barreras relacionadas con la accesibilidad geográfica, la disponibilidad de personal sanitario especializado, los recursos económicos, el conocimiento sobre salud y las características culturales de las propias comunidades. Asimismo, Spencer et al. (2021) mediante entrevistas cualitativas con familias de niños y adolescentes con TDAH identificaron un proceso de normalización, temor a la estigmatización, comunicación y navegación de los servicios como elementos que influyen de manera significativa en el compromiso familiar con la atención. Desde esta perspectiva, el acompañamiento familiar no puede comprender únicamente como responsabilidad de los padres sino como todo un proceso condicionado por las posibilidades reales de acceso así como la comunicación con los profesionales y la capacidad de las instituciones educativas y sanitarias para brindar orientación adecuada y culturalmente pertinente y sostenida.

Investigaciones recientes evidencian que el compromiso de las familias se constituye en un componente decisivo en la búsqueda, selección y continuidad del tratamiento de niños con TDAH. En un estudio de corte cualitativo fenomenológico, Lu et al. (2022) entrevistaron a 23 padres de niños con TDAH y encontraron que las experiencias cotidianas de las familias influyen de manera directa en sus prioridades y preferencias respecto al tratamiento. Los padres valoraron especialmente aquellas alternativas que contribuían al funcionamiento cotidiano y bienestar de sus hijos, evidenciándose que las decisiones terapéuticas no dependen solo de criterios clínicos, sino también de las experiencias familiares, expectativas y necesidades percibidas.

En esta misma línea de investigación McKenna et al (2024) realizaron una revisión sistemática que incluyó 30 estudios sobre las barreras y limitadores del acceso a servicios para niños y adolescentes con TDAH, considerando las perspectivas de cuidadores, profesionales y docentes. Los autores identificaron cinco dimensiones principales: conocimiento sobre el TDAH, estigma, decisiones y alianzas parentales, participación de los servicios educativos y dificultades relacionadas con derivaciones, tiempo de espera y aspectos logísticos. Estos resultados son particularmente relevantes para el contexto rural, puesto que muestran que

el compromiso familiar puede verse limitado por condiciones estructurales que exceden la voluntad de los padres.

Por otra parte, Özaslan y Yıldırım (2021) analizaron el estigma internalizado y la autoestima de madres de niños diagnosticados con TDAH, mostrando que las experiencias de estigmatización se constituyen en un elemento importante en la vivencia familiar del trastorno. Ese antecedente nos permite comprender que el silencio, el miedo o temor a comunicar el diagnóstico o la resistencia a buscar ayuda especializada pueden estar vinculados no solo con el desconocimiento, sino también con el temor al juicio social. En consecuencia, la atención del TDAH requiere intervenciones que consideren tanto las necesidades del niño como las experiencias emocionales sociales de sus cuidadores.

Asimismo, Lu et al (2022) evidenciaron que las decisiones de los padres respecto al tratamiento están vinculadas con sus experiencias previas y con la manera en que comprenden las diferentes alternativas terapéuticas. El estudio destaca además la importancia de escuchar las experiencias de los cuidadores para comprender por qué pueden mostrar dudas frente a otras. Este hallazgo resulta relevante para interpretar situaciones en las que las familias manifiestan que determinados tratamientos “les chocan” a sus hijos, ya que la continuidad terapéutica puede estar influida por las percepciones familiares sobre los beneficios, dificultades y efectos experimentados.

Estos hallazgos son relevantes para la presente investigación porque evidencian que la inclusión de niños con TDAH no solo requiere estrategias docentes sino también de un componente esencial como la influencia de los padres, el cual promueve condiciones organizacionales favorables para el cumplimiento de una adecuada atención educativa inclusiva.

En esta misma línea Morales-Lipe et al (2025), abordaron en su investigación las barreras y desafíos de la inclusión educativa en el nivel inicial en el altiplano peruano puneño. Este estudio desarrolló un enfoque cualitativo fenomenológico a fin de comprender las barreras que enfrentan los docentes de educación inicial en zonas rurales de Puno durante los procesos de inclusión educativa. Los resultados muestran que las principales limitaciones corresponden directamente a la insuficiente formación en educación inclusiva de los maestros, la precaria infraestructura de las instituciones educativas, la escasez de materiales especializados y la limitada articulación que existe entre colegio, familia e instituciones de apoyo. Los investigadores concluyeron que fortalecer la gestión institucional y el liderazgo escolar se constituye en un requisito más que indispensable para consolidar prácticas inclusivas sostenibles en contextos educativos rurales. Este estudio comparte el escenario rural con la presente investigación, evidenciando la importancia del rol de los directivos para garantizar respuestas educativas pertinentes frente a la diversidad del alumnado incluyendo estudiantes con TDAH.

2. METODOLOGÍA

El diseño se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, el cual permite comprender los significados, experiencias y percepciones de cada uno de los participantes lo cual contribuye al análisis del fenómeno dentro de su contexto natural (Creswell & Poth, 2018).

El diseño corresponde a un estudio fenomenológico de carácter descriptivo-interpretativo, entendiendo que busca comprender cómo los docentes experimentan y perciben el compromiso familiar frente al tratamiento médico especializado de estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Este diseño resulta pertinente porque centra el análisis en las experiencias vividas y en las interpretaciones que los docentes otorgan al fenómeno contribuyendo al análisis sobre una realidad compartida (Neubauer et al., 2019).

2.1. Diseño muestral

Para el diseño muestral se empleó un diseño no probabilístico de tipo intencional o por criterio debido a que los participantes se seleccionarán por poseer experiencia directa con el fenómeno de estudio (TDAH), la muestra estuvo conformada por diez (10) docentes de instituciones educativas de centros poblados de la ciudad de Juliaca que atienden o han atendido en sus instituciones a niños diagnosticados de TDAH. El número de participantes responde al criterio de saturación de la información, principio aceptado en investigaciones de corte cualitativo (Hennink & Kaiser, 2022).

2.2. Diseño muestral

La técnica empleada en la recolección de los datos fue la entrevista semiestructurada debido a que favorece un diálogo flexible que permite profundizar las experiencias, opiniones y percepciones de los participantes sin perder el foco de la investigación (Kallio et al., 2016). Como instrumento de investigación se utilizó una guía de entrevista, organizada en dos categorías de análisis: percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento, barreras percibidas para la continuidad del tratamiento, comunicación familia-escuela e impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo.

Cabe resaltar que esta guía de entrevista paso por juicio de expertos y validez.

2.3. Técnicas para el Procesamiento de la Información

La información obtenida mediante las entrevistas fue transcrita literalmente y sometida a un análisis temático, para Braun & Clarke (2022) este método consiste en identificar, organizar e interpretar patrones de significado presentes en los relatos de los participantes mediante un proceso sistemático de codificación y construcción de temas, este análisis comprende la familiarización con los datos, la generación de códigos iniciales, la agrupación de códigos en categorías temáticas, la revisión y definición de los temas emergentes así como la elaboración de una interpretación que responda a los objetivos planteados en la investigación.

2.4. Aspectos Éticos

La investigación respetó los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y en el código de integridad científica del Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación (CONCYTEC, 2024). Antes de cada entrevista, los docentes recibieron información sobre los objetivos del estudio. Asimismo, se garantizó la participación voluntaria, la confidencialidad de la información, el anonimato mediante código de identificación y el uso exclusivo de los

datos con fines únicamente académicos. Los participantes (docentes) podían retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello les pueda generar algún tipo de perjuicio.

3. RESULTADOS

En esta sección se presentarán los principales resultados.

3.1. Categorías de análisis

La siguiente tabla (Tabla 1) presenta las respectivas categorías de análisis y las preguntas formuladas a los docentes.

Tabla 1. Categorías de análisis y preguntas formuladas a docentes

Categoría	Propósito	Pregunta
1. Percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento	Explorar cómo los docentes interpretan el involucramiento de las familias.	1. Desde su experiencia, ¿cómo describiría el compromiso de las familias con el tratamiento de los estudiantes diagnosticados con TDAH?
		2. ¿Qué conductas o acciones de los padres le hacen pensar que existe o no un compromiso con el tratamiento de sus hijos?
2. Barreras percibidas para la continuidad del tratamiento	Identificar las razones que, según los docentes, dificultan el tratamiento.	3. Según lo que le han manifestado los padres o lo que usted ha observado, ¿cuáles son las principales razones por las que algunos estudiantes no reciben atención especializada o abandonan el tratamiento?
		4. ¿Cómo influyen factores como la distancia a los servicios de salud, el desconocimiento sobre el TDAH, el temor al diagnóstico o el rechazo al tratamiento en las decisiones que toman las familias?

3. Comunicación familia-escuela	Comprender cómo se desarrolla el intercambio de información entre padres y docentes.	5. ¿Cómo describiría la comunicación que mantiene con los padres respecto al tratamiento y seguimiento del estudiante con TDAH?
		6. ¿Qué información considera que los padres suelen compartir y qué aspectos, en su experiencia, suelen omitir acerca del tratamiento de sus hijos?
4. Impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo	Conocer cómo estas situaciones afectan el trabajo del docente.	7. ¿Cómo influye el nivel de compromiso familiar con el tratamiento en las estrategias que usted desarrolla dentro del aula para atender al estudiante con TDAH?
		8. Desde su experiencia, ¿qué acciones o apoyos considera necesarios para fortalecer el trabajo conjunto entre la familia, la escuela y los profesionales de salud en beneficio del estudiante con TDAH?

Fuente: Elaboración propia

3.2. Categoría 1. Percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento

Los resultados evidencian que el compromiso de las familias con el tratamiento de TDAH es heterogéneo. Algunas familias muestran interés mediante la búsqueda de especialistas y consultas sobre el trastorno; sin embargo, otras permanecen ajenas al proceso o abandonan el tratamiento. Esta situación se presenta con mayor dificultad en las zonas rurales debido a la limitada disponibilidad de especialistas.

En este sentido, el compromiso familiar no responde únicamente a la disposición de los padres, sino también a las condiciones de acceso a los servicios especializados. La búsqueda activa de información constituye un indicador favorable, mientras que la interrupción del tratamiento refleja dificultades para sostener el acompañamiento terapéutico.

Tabla 2. Cuadro de análisis de la categoría 1

Subcategoría	Evidencias del discurso	Análisis cualitativo	Interpretación
Nivel de compromiso familiar	"Algunas familias sí están comprometidas con el tratamiento", mientras otras "terminan dejando el tratamiento".	Se observa un compromiso familiar desigual frente al tratamiento del TDAH.	La participación familiar es variable y está condicionada por las posibilidades de continuidad de la atención.
Búsqueda de atención especializada	"Los padres en su gran mayoría sí preguntan sobre algunos especialistas".	Existe interés de algunas familias por encontrar alternativas de atención.	La búsqueda de especialistas constituye una manifestación concreta de compromiso familiar.
Abandono del tratamiento	"Otros simplemente son ajenos al proceso de tratamiento" y "abandonan el tratamiento".	Se identifica discontinuidad en el seguimiento terapéutico.	El compromiso no siempre se mantiene durante las diferentes etapas de atención.
Condiciones del contexto rural	"No tienen especialistas" y "en zonas rurales sobre todo es complicado".	La disponibilidad limitada de profesionales dificulta la continuidad.	Las condiciones territoriales influyen directamente en el compromiso efectivo de las familias.

Fuente: Entrevistas semiestructuradas

3.3. Categoría 2. Barreras percibidas para la continuidad del tratamiento

Los resultados muestran que la lejanía de los servicios de salud y la escasez de especialistas se constituyen en una de las principales barreras para acceder y dar continuidad al tratamiento. A ello se suman las dificultades que algunas familias perciben frente al tratamiento y el hecho de que determinados niños sean cuidados por sus abuelos, lo que puede dificultar el seguimiento de las indicaciones especializadas.

Asimismo, el temor al diagnóstico y la preferencia de algunas familias por no buscar atención especializada representan barreras adicionales. El discurso que presentan los entrevistados evidencia que estas condiciones pueden conducir a la interrupción del tratamiento, así como al retraso de la atención que requieren los niños.

Tabla 3. Cuadro de análisis de la categoría dos

Subcategoría	Evidencias del discurso	Análisis cualitativo	Interpretación
Accesibilidad geográfica	"No tienen especialistas cercanos" y existe "lejanía de los servicios de salud".	La distancia constituye una dificultad recurrente para acceder a atención especializada.	La ubicación rural limita las posibilidades de continuidad del tratamiento.
Escasez de especialistas	"Hay poca cantidad de especialistas".	La oferta limitada de profesionales restringe el seguimiento especializado.	La disponibilidad insuficiente de especialistas constituye una barrera estructural.
Percepción negativa del tratamiento	Algunas familias indican que "el tratamiento siente que les choca a sus niños".	Las experiencias o percepciones desfavorables pueden dificultar la continuidad terapéutica.	La percepción familiar sobre el tratamiento influye en la decisión de continuarlo o abandonarlo.
Cuidado por los abuelos	"Muchos niños son cuidados por sus abuelos".	La responsabilidad del cuidado puede recaer en familiares distintos de los padres.	La participación de los abuelos puede complejizar el seguimiento de las indicaciones terapéuticas.
Temor al diagnóstico	"Existen familias que tienen temor de llevar a un niño a un especialista".	El miedo ante los resultados del diagnóstico puede retrasar la búsqueda de atención.	El temor constituye una barrera actitudinal para acceder oportunamente a servicios especializados.

Fuente: Entrevistas semiestructuradas

3.4. Categoría 3. Comunicación familia–escuela

Los resultados evidencian que la comunicación entre familia y escuela respect al tratamiento y seguimiento del estudiante con TDAH es débil. Aunque algunos padres intentan hacer lo posible por acompañar a sus hijos la distancia y la falta de especialistas dificultan el mantener un seguimiento adecuado y una comunicación sostenida.

También se identifica temor de las familias a comunicar el diagnóstico y el tratamiento, debido al Riesgo que perciben respect al rechazo o la exclusion del niño. Esta situación conduce a que algunos padres opten por ocultar información relevante, lo cual limita las posibilidades de coordinación entre la familia y la institución educativa, debilitando el trabajo y la labor que ejerce el docente en la institución educativa.

Tabla 4. Cuadro de análisis de la categoría tres

Subcategoría	Evidencias del discurso	Análisis cualitativo	Interpretación
Nivel de comunicación	"En zona rural la comunicación es débil".	El intercambio de información entre familia y escuela presenta limitaciones.	La comunicación insuficiente dificulta el seguimiento integral del estudiante.
Seguimiento del tratamiento	"Es difícil hacer un buen tratamiento y un buen seguimiento".	Las condiciones del contexto dificultan la continuidad de la información y acompañamiento.	La distancia y la escasez de especialistas afectan la coordinación familia-escuela.
Temor a comunicar el diagnóstico	"A los padres les da temor hablar acerca del tratamiento y la enfermedad".	Existe reserva familiar respecto a compartir información sobre el diagnóstico.	El temor constituye una barrera para la comunicación abierta con la institución.
Miedo al rechazo escolar	"Si yo digo la verdad pueda que a mi hijo lo hagan de lado".	Las familias perciben riesgo de discriminación o exclusión.	El temor al estigma favorece el ocultamiento del diagnóstico y tratamiento.
Limitaciones para explicar el tratamiento	"Sería bastante complicado también explicarle porque yo no soy especialista".	Algunas familias manifiestan dificultades para transmitir información especializada.	La falta de conocimientos limita la comunicación efectiva sobre el tratamiento.

Fuente: Entrevistas semiestructuradas

3.5. Categoría 4. Impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo

Los resultados muestran que el compromiso familiar es considerado por el docente como un factor trascendental para el tratamiento y seguimiento del estudiante con TDAH, especialmente en el cumplimiento de las indicaciones establecidas por los especialistas. Sin embargo, la limitada preparación de algunas familias y la presencia de padres que son quechua hablantes generan dificultades adicionales para la comunicación y el acompañamiento.

Frente a estas dificultades, se plantea la necesidad de fortalecer la articulación entre la institución educativa y los servicios de salud especializados, así como el desarrollar capacitaciones para los maestros y las familias. El apoyo de psicólogos y otros especialistas es considerado necesario para mejorar el conocimiento y manejo del TDAH.

Tabla 5. Cuadro de análisis de la categoría cuatro

Subcategoría	Evidencias del discurso	Análisis cualitativo	Interpretación
Importancia del compromiso familiar	"Los padres de familia juegan un rol trascendental en el tratamiento y seguimiento".	El docente reconoce a la familia como actor fundamental del proceso terapéutico.	El acompañamiento familiar resulta necesario para sostener el tratamiento del estudiante.
Seguimiento de indicaciones especializadas	"Seguimiento de la medicación asignada por los especialistas".	El cumplimiento de las indicaciones requiere participación familiar constante.	La coordinación familia-especialista influye en la continuidad del tratamiento.
Preparación de las familias	"No tenemos padres preparados".	Se identifica una limitada preparación familiar sobre el TDAH.	La falta de conocimientos puede dificultar el acompañamiento adecuado del niño.
Barrera lingüística	"Muchas veces son quechua hablantes".	Las diferencias lingüísticas pueden dificultar la comunicación y comprensión de orientaciones.	Se requiere una atención cultural y lingüísticamente pertinente.
Articulación escuela-salud	"Sería bueno una colaboración entre institución educativa y centros de salud especializados".	Se reconoce la necesidad de coordinación interinstitucional.	La articulación entre educación y salud puede favorecer una atención integral.
Capacitación especializada	"Sería bueno recibir capacitación de especialistas como psicólogos".	Se demanda formación especializada para mejorar la comprensión del TDAH.	La capacitación constituye una necesidad para fortalecer el manejo educativo y familiar del trastorno.
Información y comprensión del TDAH	"Mayor información acerca de este trastorno" y "mayor explicación y comprensión".	Se identifica insuficiente conocimiento sobre el trastorno y su manejo.	La información especializada puede contribuir a superar percepciones negativas y mejorar el acompañamiento.

Fuente: Entrevistas semiestructuradas

4. DISCUSIÓN

4.1. Categoría 1. Percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento

Los resultados evidencian un compromiso familiar heterogéneo: algunas familias buscan especialistas y procuran continuar el tratamiento, mientras que otras familias se desvinculan o lo terminan interrumpiendo. Este hallazgo coincide con McKenna et al. (2024), quienes identificaron que el conocimiento sobre el TDAH, las decisiones parentales, la relación con los servicios y las dificultades de acceso adicionan la utilización de los servicios especializados. Asimismo, Rasmussen et al. (2021) evidenciaron que la experiencia familiar durante los primeros años posteriores al diagnóstico puede estar marcada por dificultades para comprender y afrontar las demandas asociadas al tratamiento. Por lo tanto, el compromiso familiar no debe interpretarse únicamente como voluntad de los padres, sino como un proceso influenciado por sus conocimientos, experiencias y posibilidades reales de acceso a la atención.

4.2. Categoría 2. Barreras percibidas para la continuidad del tratamiento

La escasez y lejanía de especialistas, el temor al diagnóstico, las dificultades percibidas frente al tratamiento y el cuidado de los niños por los abuelos aparecen como barreras relevantes para la continuidad del tratamiento. Estos hallazgos son coincidentes con Rezel-Potts et al. (2021), quienes encontraron que las familias experimentan diversas dificultades para acceder a servicios de atención para el TDAH. De manera más amplia, McKenna et al. (2024) identificaron como barreras recurrentes el estigma, la insuficiente experiencia especializada, las derivaciones, los tiempos de espera y las dificultades logísticas. En consecuencia, en contextos rurales la discontinuidad terapéutica puede ser comprendida como el resultado de la interacción entre condiciones estructurales y factores familiares, más que como una falta aislada de compromiso de los padres de familia y/o abuelos.

4.3. Categoría 3. Comunicación familia-escuela

Los resultados muestran una comunicación débil entre familia e institución educativa, acompañada por el temor de algunos padres a revelar el diagnóstico por posibles situaciones de rechazo o exclusión de sus niños. Esta situación puede comprenderse a partir de los hallazgos de Chang et al. (2021), quienes evidenciaron que el estigma asociado al TDAH puede afectar a los cuidadores y relacionarse con la forma en que afrontan la situación familiar. Del mismo modo, McKenna et al. (2024) destacan que la educación constituye un componente integral de la atención del TDAH y que las alianzas entre familias, docentes y servicios especializados pueden facilitar el acceso a la continuidad de los niños en los colegios. Por ello, el ocultamiento o falsedad del diagnóstico representa una dificultad significativa para el desarrollo de una

comunicación colaborativa y limita la posibilidad de que la institución educativa los docentes y la familia compartan información relevante para el acompañamiento de los estudiantes.

4.4. Categoría 4. Impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo

Los participantes reconocen que la participación familiar resulta fundamental para el seguimiento del tratamiento, pero también señalan limitaciones relacionadas con la preparación de los padres, las diferencias lingüísticas y la ausencia de especialistas. Estos resultados coinciden con Baldursdottir et al. (2023), quienes analizaron una intervención orientada a fortalecer a las familias de adolescentes con TDAH y destacaron la importancia de intervenciones centradas en los cuidadores y/o padres de familia. Asimismo McKenna et al. (2024) sostienen que la educación continua sobre TDAH y una mayor disponibilidad de profesionales especializados son necesarias para mejorar el acceso y la utilización de los servicios. En este sentido, la demanda de los participantes por una mayor articulación entre escuela, familia y salud resulta pertinente, especialmente en contextos rurales como los abordados en esta investigación donde las barreras geográficas y socioculturales pueden intensificarse.

5. CONCLUSIONES

Respecto a la categoría uno: percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento; el compromiso familiar con el tratamiento del TDAH es variable y condicionado por las posibilidades de acceso a servicios especializados, por lo que es necesario fortalecer la orientación y el acompañamiento familiar, lo cual resultaría fundamental para garantizar la continuidad terapéutica.

Respecto a la categoría dos: barreras percibidas para la continuidad del tratamiento; la distancia entre la zona rural y urbana, la escasez de especialistas y el temor al diagnóstico, así como dificultades familiares constituyen barreras que limitan la continuidad de tratamiento, evidenciando la necesidad de acercar servicios especializados a las comunidades rurales.

Respecto a la categoría tres: comunicación familia-escuela; la comunicación entre la familia y la institución educativa es débil y está afectada por el temor al estigma y el rechazo, por lo que promover espacios seguros de diagnóstico permitiría a los maestros, mejorar la coordinación y el seguimiento tanto educativo como terapéutico con los niños diagnosticados con TDAH.

Respecto a la categoría cuatro: impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo; la atención integral del estudiante con TDAH requiere corresponsabilidad entre la familia, la institución educativa y los servicios de salud, acompañada de

capacitación especializada, así como especialistas que ayuden al desarrollo de estrategias tanto culturales como de comunicación para responder de manera efectiva a las particularidades propias de la zona altoandina peruana.

Declaración de Ética, Transparencia y Uso de Inteligencia Artificial (IA)

A-Ética y transparencia

Originalidad y plagio: el manuscrito es original y ha sido elaborado respetando los principios de integridad académica y científica. Las ideas, datos y aportes provenientes de otros autores han sido reconocidos mediante la inclusión de citas y referencias. Asimismo, se declara que no se ha incurrido en plagio ni en apropiación indebida de contenidos.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que pueden haber influido en el diseño, desarrollo análisis interpretación o presentación de los resultados de la investigación.

Participación y crédito: todos los autores que participaron en la investigación han contribuido de manera sustancial el desarrollo del estudio y asumen responsabilidad por el contenido presentado. La autoría y los créditos se asigna de acuerdo con las contribuciones realizadas.

Datos y materiales: los datos y materiales utilizados en el estudio fueron obtenidos y gestionados de acuerdo con los principios éticos establecidos para la investigación. La información de los participantes fue tratada de manera confidencial respetando su privacidad y su anonimato.

B-Declaración sobre el uso de Inteligencia Artificial (IA)

Roles de la IA: La herramienta de IA desempeñó exclusivamente una función de apoyo lingüístico y editorial, particularmente en la traducción y mejora de la redacción de algunos fragmentos del manuscrito

Responsabilidad humana: Los autores mantienen la responsabilidad plena sobre la exactitud, originalidad, integridad y contenido científico del manuscrito, así como sobre las decisiones metodológicas, el análisis, la interpretación de los resultados y las conclusiones.

Edición final: todo contenido apoyado mediante herramientas de la IA fue revisado evaluado y editado por los autores antes de la presentación del manuscrito la versión final fue aprobada por los autores quienes asumen responsabilidad de todo el contenido.

REFERENCIAS

- Baldursdottir, I. M., Petursdottir, A. B., & Svavarsdottir, E. K. (2023). Family oriented intervention for families of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A feasibility study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 36(2), 75–86. <https://doi.org/10.1111/jcap.12405>
- Chang, C.-C., Chen, Y.-M., Hsiao, R. C., Chou, W.-J., & Yen, C.-F. (2021). Affiliate stigma in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder:

- The roles of stress-coping orientations and parental child-rearing styles. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9004. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179004>
- Houghton, N., et al. (2023). Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: Implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond. *Rural and Remote Health*, 23, 7822. <https://doi.org/10.22605/RRH7822>
- Kappi, A., & Martel, M. (2022). Parental barriers in seeking mental health services for attention deficit hyperactivity disorder in children: Systematic review. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 408–425. <https://doi.org/10.1177/1087054720986909>
- Lu, S. V., Leung, B. M. Y., Bruton, A. M., Millington, E., Alexander, E., Camden, K., Hatsu, I., Johnstone, J. M., & Arnold, L. E. (2022). Parents' priorities and preferences for treatment of children with ADHD: Qualitative inquiry in the MADDY study. *Child: Care, Health and Development*, 48(5), 852–861. <https://doi.org/10.1111/cch.12995>
- McKenna, K., Wanni Arachchige Dona, S., Gold, L., Dew, A., & Le, H. N. D. (2024). Barriers and enablers of service access and utilization for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Journal of Attention Disorders*, 28(3), 259–278. <https://doi.org/10.1177/10870547231214002>
- Özaslan, A., & Yıldırım, M. (2021). Internalized stigma and self-esteem of mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care*, 50(3), 312–324. <https://doi.org/10.1080/02739615.2021.1891071>
- Rasmussen, P. D., Ribeiro, J. P., & Storebø, O. J. (2021). Mothers of children diagnosed with ADHD: A descriptive study of maternal experience during the first three years of treatment. *Pediatric Reports*, 13(3), 450–462. <https://doi.org/10.3390/pediatric13030052>
- Rezel-Potts, E., Kordowicz, M., Downs, J., White, P., & Prasad, V. (2021). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Parent/carer perceptions of barriers to healthcare access. *Archives of Disease in Childhood*, 106(11), 1125–1128. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321362>
- Spencer, A. E., et al. (2021). Six stages of engagement in ADHD treatment described by diverse, urban parents. *Pediatrics*, 148(4), e2021051261. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-051261>

ANEXOS

Anexo 1. Evidencia de Sumisión

ISSN-L: 0798-1015 • eISSN: 2739-0071 (En línea)



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

**Atención a estudiantes con TDAH y el compromiso familiar con el tratamiento
en instituciones educativas de Juliaca**

**Attention to Students with ADHD and Family Commitment to Treatment
in Educational Institutions of Juliaca**

¹ Wendy LUQUE HUANCAPAZA, ² Elizabeth M. SAPACAYO HUAMANÍ

¹ Universidad Peruana Union, Perú, <https://orcid.org/0009-0001-8067-2848>

² Universidad Peruana Union, Perú, <https://orcid.org/0009-0001-1944-0693>

Por la presente, el Comité Editorial de la Revista ESPACIOS
confirma que el artículo titulado:

**"Atención a estudiantes con TDAH y el compromiso familiar con el tratamiento
en instituciones educativas de Juliaca"**

fue recepcionado.

COMITÉ EDITORIAL
Revista ESPACIOS

Anexo 2. Copia de Resolución de Sustentación



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

RESOLUCIÓN N° 551-2026/UPeU/FACIHED-CF

VISTO:

Lima, Ñaña, 13 de julio del 2026

El expediente de las bachilleres, Wendy Luque Huancapaza, identificada con código universitario N° 201410690 y Elizabeth Magnolia Sapacayo Huamani, identificada con código universitario N° 202117792, de la Escuela Profesional de Ciencias de la Educación, Especialidad Inicial y Puericultura de la Facultad de Ciencias Humanas y Educación, de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias Humanas y Educación de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la declaratoria de expedito para la sustentación de la tesis en formato artículo;

Que el Comité Dictaminador ha emitido su dictamen aprobando la tesis en formato artículo, titulada: "Percepciones docentes sobre la atención a estudiantes con TDAH y el compromiso familiar con el tratamiento en instituciones educativas de Juliaca" presentado por las bachilleres Wendy Luque Huancapaza y Elizabeth Magnolia Sapacayo Huamani reuniendo de esta manera las condiciones previas para la sustentación;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias Humanas y Educación de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 13 de julio de 2026, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

1. Declarar expedito a las bachilleres, para que sustenten la tesis titulada: "Percepciones docentes sobre la atención a estudiantes con TDAH y el compromiso familiar con el tratamiento en instituciones educativas de Juliaca", conducente al Título Profesional de Licenciada en Educación, Especialidad Inicial y Puericultura, el 11 de septiembre de 2026 a las 10:00 horas en la modalidad presencial.
2. Designar el Jurado de sustentación, encargado de gestionar la sustentación respectiva, el mismo que queda constituido por los siguientes miembros:

Presidente	: Mg. Juvenal Colque Díaz
Secretario	: Dr. Víctor Manuel Lima Condori
Vocal	: Mg. Sheridan Enoch Oblitas Bardales
Asesor	: Dra. Julissa Torres Acurio

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Jorge Platon Maquera Sosa
DECANO



Mg. Néstor Roger Apaza Apaza
SECRETARIO ACADÉMICO

Villa Unión – Ñaña, altura Km. 19 de la Carretera Central, Lurigancho – Chosica, Lima 15, Perú
Teléfono: (01) 618-6300 Web: www.upeu.edu.pe E-mail: universidadperuanaunion@upeu.edu.pe

Anexo 3. Instrumentos

Categoría 1. Percepción docente sobre el compromiso familiar con el tratamiento

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
Compromiso familiar diferenciado	"Algunas familias sí están comprometidas con el tratamiento, pero algunas indican que no tienen especialistas".	Se observa que el compromiso no es homogéneo entre las familias.	Existen diferencias en la participación familiar, relacionadas con las posibilidades de acceder a atención especializada.	El compromiso familiar está condicionado tanto por la disposición de los padres como por las condiciones del contexto rural.
Búsqueda de especialistas	"Los padres en su gran mayoría sí preguntan sobre algunos especialistas en este trastorno".	La consulta sobre especialistas constituye una conducta activa de búsqueda de atención.	Algunas familias manifiestan interés por comprender y atender la situación de sus hijos.	La búsqueda de información representa un indicador positivo de compromiso familiar.
Desvinculación del tratamiento	"Otros simplemente son ajenos al proceso de tratamiento".	Una parte de las familias presenta poca participación en el proceso terapéutico.	Se evidencia una participación familiar irregular frente a las necesidades del niño.	La falta de involucramiento puede dificultar el seguimiento integral del estudiante.
Abandono del tratamiento	"Abandonan el tratamiento".	Se identifica discontinuidad en la atención especializada.	La permanencia en el tratamiento constituye una dificultad para algunas familias.	El compromiso inicial no necesariamente garantiza la continuidad terapéutica.
Condiciones rurales	"En zonas rurales sobre todo es complicado el compromiso de las"	El contexto territorial aparece como un factor transversal.	Las condiciones rurales dificultan que la intención familiar se traduzca en	El compromiso debe analizarse considerando las barreras

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
	familias con el tratamiento”.		acciones sostenidas.	estructurales del territorio.

Categoría 2. Barreras percibidas para la continuidad del tratamiento

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
Lejanía de los servicios	“No tienen especialistas cercanos” y “por la lejanía de los servicios de salud”.	La distancia aparece reiteradamente como una dificultad.	El acceso geográfico restringe la posibilidad de acudir periódicamente a los servicios.	La ruralidad constituye una barrera estructural para la continuidad terapéutica.
Escasez de especialistas	“No hay muchos especialistas”.	La oferta de atención especializada es percibida como insuficiente.	La ausencia de profesionales cercanos limita el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.	La disponibilidad de especialistas resulta determinante para sostener la atención.
Reacciones frente al tratamiento	“El tratamiento siente que les choca a sus niños”.	Algunas familias perciben dificultades o efectos desfavorables asociados al tratamiento.	La experiencia negativa atribuida al tratamiento puede generar resistencia a continuarlo.	Las percepciones familiares sobre el tratamiento influyen en la adherencia.
Cuidado por los abuelos	“Muchos niños son cuidados por sus abuelos”.	La responsabilidad cotidiana del niño puede recaer en otros miembros de la familia.	La estructura de cuidado familiar puede complejizar el cumplimiento de indicaciones terapéuticas.	En el contexto rural, el seguimiento requiere considerar a todos los cuidadores involucrados.
Temor al diagnóstico	“Existen familias que tienen temor de llevar	Se evidencia resistencia a buscar una	El miedo a conocer el diagnóstico puede retrasar la	El temor constituye una barrera actitudinal que

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
	a un niño a un especialista”.	evaluación especializada.	búsqueda de atención.	puede favorecer la postergación del tratamiento.
Negación o normalización	“Prefiero que mi hijito esté así nomás”.	Algunas familias optan por mantener la situación sin intervención especializada.	Se observa una actitud de aceptación pasiva de las dificultades del niño.	La normalización del problema puede retrasar intervenciones oportunas y necesarias.

Categoría 3. Comunicación familia–escuela

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
Comunicación débil	“En zona rural la comunicación es débil”.	El vínculo comunicativo entre familia y escuela presenta limitaciones.	La comunicación no alcanza un nivel suficiente para garantizar un seguimiento coordinado.	La debilidad comunicativa dificulta la corresponsabilidad entre familia y escuela.
Dificultad para el seguimiento	“Es difícil hacer un buen tratamiento y un buen seguimiento”.	Se relacionan las dificultades comunicativas con la continuidad del tratamiento.	La distancia y la ausencia de especialistas afectan la coordinación de acciones.	El seguimiento del estudiante requiere canales de comunicación más constantes y efectivos.
Temor a hablar del diagnóstico	“A los padres les da temor hablar acerca del tratamiento y la enfermedad”.	Algunas familias restringen la información que proporcionan a la institución.	El miedo genera reserva frente al diagnóstico y tratamiento.	La comunicación se encuentra condicionada por factores emocionales y sociales.
Temor a la exclusión	“Si yo digo la verdad pueda que a mi hijo lo hagan de lado”.	La familia percibe posibles consecuencias negativas al	El temor al rechazo favorece el ocultamiento de información relevante.	La percepción de estigma constituye una barrera para una inclusión educativa efectiva.

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
		revelar el diagnóstico.		
Ocultamiento del tratamiento	"Prefiero quedarme callado, no hablo acerca del tratamiento que sigue mi hijo".	Se evidencia una decisión explícita de no comunicar información terapéutica.	El silencio familiar limita el conocimiento que posee la escuela sobre las necesidades del estudiante.	El ocultamiento puede dificultar la planificación de estrategias educativas pertinentes.
Limitaciones de conocimiento	"Yo no soy especialista".	Los padres manifiestan dificultades para explicar aspectos relacionados con el tratamiento.	La falta de conocimientos especializados restringe la calidad de la comunicación.	Se requiere orientación accesible para que las familias puedan comunicar adecuadamente las necesidades del niño.

Categoría 4. Impacto en la práctica docente y necesidades de apoyo

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
Rol de la familia	"Los padres de familia juegan un rol trascendental en el tratamiento y seguimiento".	El docente atribuye a la familia una función central en el proceso.	El tratamiento requiere continuidad y acompañamiento fuera de la institución educativa.	La participación familiar constituye un componente esencial de la atención integral.
Seguimiento de indicaciones	"Seguimiento de la medicación asignada por los especialistas".	Se reconoce la necesidad de supervisar las indicaciones especializadas.	La familia interviene directamente en la continuidad de las acciones recomendadas.	El seguimiento familiar favorece la continuidad del proceso terapéutico.
Preparación familiar insuficiente	"Lamentablemente no tenemos padres preparados".	Se identifica una limitada preparación de	El desconocimiento puede afectar la comprensión y	La capacitación familiar aparece como una

Subcategoría	Evidencia del discurso	Análisis de la data	Análisis cualitativo	Interpretación
		las familias respecto al TDAH.	manejo de las necesidades del niño.	necesidad prioritaria.
Barrera lingüística	"Muchas veces son quechua hablantes".	La lengua constituye un elemento adicional que puede dificultar la comunicación.	Las orientaciones especializadas requieren adecuación lingüística y cultural.	La atención debe incorporar estrategias culturales y lingüísticamente pertinentes.
Articulación escuela-salud	"Sería bueno una colaboración entre institución educativa y centros de salud especializados".	El entrevistado demanda mayor coordinación interinstitucional.	Se identifica una necesidad de trabajo conjunto entre los sectores educativo y sanitario.	La articulación institucional puede favorecer un seguimiento más integral del estudiante.
Capacitación docente y familiar	"Sería bueno recibir capacitación de especialistas como psicólogos".	Se solicita apoyo profesional para mejorar el conocimiento sobre TDAH.	La formación especializada permitiría fortalecer las capacidades de docentes y familias.	La capacitación constituye una estrategia necesaria para mejorar la respuesta educativa.
Mayor información	"Mayor información acerca de este trastorno".	Se identifica una necesidad de ampliar el conocimiento sobre el TDAH.	La falta de información puede contribuir a dificultades en el manejo del trastorno.	La información científica y accesible puede reducir prejuicios y mejorar las prácticas de acompañamiento.
Manejo del TDAH	"Mayor explicación y comprensión de esta temática".	Se demanda una comprensión más profunda del trastorno.	La comprensión insuficiente limita la capacidad de respuesta de los actores educativos y familiares.	Fortalecer el conocimiento sobre TDAH puede mejorar la atención y favorecer la inclusión.

Síntesis transversal de los cuatro cuadros

Los cuatro análisis muestran una **cadena de dificultades interrelacionadas**: el compromiso familiar existe, pero se encuentra condicionado por **barreras de acceso y disponibilidad de especialistas**; estas dificultades repercuten en la **continuidad del tratamiento y en la comunicación familia-escuela**. A su vez, el temor al diagnóstico, el posible rechazo, el desconocimiento y las diferencias lingüísticas profundizan las dificultades. En consecuencia, la data apunta a una necesidad central: **fortalecer una red articulada entre familia, escuela y servicios de salud, con acompañamiento especializado y pertinencia cultural y lingüística para el contexto rural**.