



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 02 de Diciembre del 2021.

Visto, el Expediente N° 21-INR-010299-002 que contiene los Informes N° 013-2021-DEIDRIFMENT/INR, Informe N° 150-2021-EO-OEPE-INR y con Proveído N° 180-2021-OEPE/INR y el Informe N° 032-2021-OAJ-INR, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN;

### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, garantizando una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Ley N° 29973, "Ley General de la Persona con Discapacidad", establece el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vía pública, económica, social, cultural y tecnológica;

Que, el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, el artículo 26° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación modificada por la Resolución Ministerial N°356-2012/MINSA, establece que la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, es la unidad orgánica encargada de lograr la innovación, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas de la atención especializada en investigación, docencia y rehabilitación integral en funciones mentales; depende de la Dirección General y tiene dentro de sus objetivos funcionales: Innovar y actualizar los conocimientos científicos, metodologías para la

prevención del riesgo, protección del daño, recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de las personas en las funciones mentales; como las discapacidades del aprendizaje;

Que, con Nota Informativa N° 171-2021-DIDRA-INR de fecha 23 de agosto de 2021, el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje remite a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales el Protocolo de Atención en Rehabilitación del Paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN";

Que, mediante Informe N° 013-2021-DEIDRIFMENT/INR de fecha 23 de setiembre de 2021, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales emite el Informe Técnico sustentatorio de la "Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación del Paciente con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN" señalando que es necesario contar con guías para la atención de rehabilitación en nuestras unidades asistenciales, especialmente para los daños priorizados, conocidos como daños trazadores. Siendo el trastorno por déficit de atención (TDAH) un trastorno del neurodesarrollo y uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la infancia, que se caracteriza por un patrón persistente de la falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad, que pueden continuar a lo largo de la vida e influir en los resultados funcionales, tanto en las relaciones en la escuela y como en las actividades cotidianas. El protocolo de atención permitirá estandarizar la intervención del equipo multidisciplinario de profesionales, de manera integral y organizada, dirigida a mejorar la calidad de vida del paciente con TDAH y promoviendo su integración familiar, escolar y social;

Que, mediante documentos del visto, del Equipo de Organización y del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, se emite opinión favorable para la aprobación del proyecto "Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación del Paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN", el mismo que contiene opiniones técnicas de las unidades orgánicas, adecuándose a los parámetros establecidos en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, contribuyendo al logro de los objetivos funcionales de la institución brindando atención con eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios especializados en el campo de la Rehabilitación;

Que, mediante Informe N° 032-2021-OAJ-INR, la Oficina de Asesoría Jurídica, luego de verificar que el Informe Técnico Sustentatorio emitido por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales que sustenta el proyecto "Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación del Paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN", así como de la existencia de las opiniones de los órganos y unidades orgánicas involucradas, concluye que cumple con los lineamientos establecidos en la normativa vigente;

De conformidad con la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", Ley N° 29973 "Ley General de la Persona con Discapacidad", Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; y la Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación modificado por la Resolución Ministerial N° 356-2012/MINSA y en uso de sus atribuciones y facultades conferidas por Ley;

Con el visto bueno de la Directora Adjunta de la Dirección General, de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;





## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 02 de Diciembre del 2021.



SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** APROBAR la *Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación del Paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN* el mismo que consta de quince (15) folios incluido anexo N° 01 que forman parte de la presente resolución.

**Artículo 2°.-** ENCARGAR al Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales de la Institución realizar la difusión, implementación, supervisión y cumplimiento del Protocolo aprobado en el artículo precedente.

**Artículo 3°.-** ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en el Portal Web de la entidad.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MC. LILY PINGUZ VERGARA  
(e) Directora General  
CMP. N° 23770 RNE. N° 12918  
MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

LPV/CARG/sms

Distribución

- ( ) Dirección Adjunta
- ( ) Unidades Orgánicas
- ( ) DEIDRI. Funciones Motoras
- ( ) DIDRI. Lesiones Medulares
- ( ) Oficina de Asesoría Jurídica
- ( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- ( ) Responsable del Portal Web Institucional





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

ROL	ORGANO/UNIDAD ORGANICA O FUNCIONAL	FECHA	VºBº
ELABORADO POR	DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL APRENDIZAJE	NOVIEMBRE 2021	
	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MENTALES	NOVIEMBRE 2021	
REVISADO POR	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	NOVIEMBRE 2021	
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	NOVIEMBRE 2021	
	DIRECCIÓN ADJUNTA	NOVIEMBRE 2021	
APROBADO POR	DIRECCION GENERAL	NOVIEMBRE 2021	





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

---

---

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"  
AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y  
REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MENTALES**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y  
REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL APRENDIZAJE**

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL  
PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra.  
Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.**



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres" "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN**

**I. FINALIDAD**

Contribuir a mejorar la condición de los pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad que son atendidos en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón (INR), mejorando la calidad de vida y promoviendo su integración familiar, escolar y social.

**II. OBJETIVOS**

**2.1 Objetivo general.**

Brindar la orientación técnica a los profesionales de salud del INR dirigida a estandarizar la atención de rehabilitación integral de los pacientes con TDAH.

**2.2 Objetivos específicos**

- Disminuir la variabilidad en la atención en rehabilitación, favoreciendo la coordinación de los miembros del equipo multidisciplinario.
- Establecer las pautas técnicas para maximizar las habilidades básicas del paciente con TDAH, dirigido a un rendimiento escolar acorde a su grado y edad.
- Prevenir y manejar los problemas psicológicos con el enfoque de rehabilitación integral.
- Mantener un estándar de buena calidad de los servicios prestados.
- Fortalecer el trabajo en equipo multidisciplinario.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente protocolo es de aplicación para el personal de salud que participa en la atención del paciente con TDAH en el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje (DIDRIA) del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón.

**IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR**

Protocolo de atención en rehabilitación del paciente con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

**Codificación CIE 10:**

- Trastorno de la actividad y de la atención (F90.0)
- Trastorno Hiperkinético de la conducta (F90.1)
- Otros trastornos hiperkinéticos (F90.8)
- Trastorno Hiperkinético no especificado (F90.9)
- Trastorno hiperkinético a predominio de déficit de atención (F90.02) \*
- Trastorno hiperkinético a predominio de Hiperactividad/Impulsividad (F90.01) \*

(\*) Subcodificación utilizada en el DIDRIA para mejorar el registro del trastorno.





**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1 Situación actual del paciente con TDAH y el manejo integral por Rehabilitación.

El Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón es referente nacional para la atención en Medicina de Rehabilitación y el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje (DIDRIA), cuenta con un equipo multidisciplinario para brindar atención integral a personas con diagnóstico de TDAH. En el 2019, en el INR se realizaron un total de 40,008 atenciones, de las cuales 3981 (10%) se dieron en el DIDRIA. De estas 3981 atenciones, 1931 correspondieron a atendidos nuevos. Del total de atenciones en el DIDRIA, 821 (43%) correspondieron a atenciones con diagnóstico de TDAH. Ver Tabla 1 y 2.

Tabla 1. Frecuencia de atendidos nuevos con diagnóstico TDAH, en el DIDRIA. Periodo 2016-2019

PERIODO		TDAH	DIDRIA	%
2019	Casos nuevos	421	893	47.1%
	Total atenciones	1728	3981	43.4%
2018	Casos nuevos	517	904	57.2%
	Total atenciones	1862	3830	48.6%
2017	Casos nuevos	365	690	52.9%
	Total atenciones	1655	3000	55.2%
2016	Casos nuevos	659	1032	63.9%
	Total atenciones	2450	3930	62.3%

Fuente: INR-DIS.

Tabla 2. Número de atendidos nuevos y atenciones con diagnóstico TDAH. Periodo 2016-2019

PERIODO		NIÑO (0-11 años)	ADOLESCENTE (12-17 años)	TOTAL
2019	Casos nuevos TDAH	409	12	421
	Total atenciones TDAH	1627	101	1728
2018	Casos nuevos TDAH	494	22	517
	Total atenciones TDAH	1722	135	1862
2017	Casos nuevos TDAH	355	10	365
	Total atenciones TDAH	1569	86	1655
2016	Casos nuevos TDAH	631	28	659
	Total atenciones TDAH	2304	146	2450

Fuente: INR-DIS.

### 5.2 Población objetivo

Pacientes con sospecha o diagnóstico de TDAH mayores o igual de 4 años y menores de 15 años, que son referidos al INR.



**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores"  
AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

**5.3 DEFINICIONES operativas:**

- **Definición operativa del TDAH.** Según el CIE 10: Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.<sup>6</sup>
- **Funciones ejecutivas (FEs):** Funciones cognitivas interrelacionadas e interdependientes que actúan, según algunos autores, como un sistema integrado de supervisión y control de la cognición, la conducta y las emociones. Se describen como reguladoras de los procesos cognitivos y de su organización en el tiempo y el espacio; posibilitan la formulación objetivos, planes y estrategias, la consideración de recursos. Las personas con TDAH presentan dificultades en todas y cada una de las FEs mencionadas lo que dificulta sobremanera sus quehaceres cotidianos y el aprendizaje.<sup>7</sup>
- **Bajo rendimiento escolar:** Grupo de alteraciones en los procesos de enseñanza y aprendizaje, caracterizados porque los alumnos rinden significativamente por debajo de sus capacidades y que se manifiestan con dificultades en el aprendizaje e inadaptación escolar. Con frecuencia los alumnos con TDA-H presentan retrasos en la adquisición del lenguaje, problemas de lecto-escritura, errores en las operaciones, dificultades en la resolución de problemas, falta de esfuerzo o de hábitos de trabajo.<sup>8</sup>
- **Atención:** Con todos los procesos que la conforman, es uno de los componentes de nuestro funcionamiento cognitivo más básico y necesario para conseguir un adecuado desarrollo y autogobierno mental.<sup>8</sup>
- **Déficit de atención:** Dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos. Ello conlleva a que el paciente se distraiga fácilmente, dedique más tiempo de lo normal a la ejecución de las tareas escolares y obtenga rendimientos más bajos. Ese bajo rendimiento escolar es consecuencia también de una mala memoria secuencial, produciéndoles dificultades de aprendizaje tanto en operaciones aritméticas, como en lecto-escritura.<sup>6,9</sup>
- **Hiperactividad:** Trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan.<sup>8</sup>
- **Trastorno de conducta:** Patrón continuo de agresión hacia otras personas, y graves violaciones de las reglas y normas sociales en la casa, la escuela y con los compañeros.<sup>10</sup> El trastorno por déficit de atención y los trastornos de conducta son independientes, no obstante, los niños y adolescentes que presentan un TDA-H asociado a un trastorno negativista-desafiante (40%) o a un trastorno disocial (20%), tienen peor pronóstico y un mayor riesgo de desarrollar en el futuro un trastorno antisocial.<sup>8</sup>
- **Psicopedagogía:** Ciencia aplicada que no solo obtiene conocimientos teóricos sino que los emplea en función del proceso educativo, dentro de los cuales están la subjetividad de los alumnos y de los profesores, así como las interacciones que establecen ambos dentro de un contexto sociocultural e histórico.<sup>8</sup>
- **Informe escolar:** Documento que sirve de comunicación formal entre los estudiantes y su profesor, es el resultado de una investigación ya sea bibliográfica o experimental que tiene que ver con un curso en particular.<sup>8</sup>
- **Test de Conners:** Instrumento más utilizado en la evaluación del TDAH. Aunque esta escala se desarrolló para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos, que recibían tratamiento con medicación estimulante, su uso se ha extendido al proceso de





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

## GUIA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

evaluación anterior al tratamiento, como instrumento útil para recoger información de padres y profesores.<sup>11</sup>

- **Evaluación de psicomotricidad:** Se orienta a la medición del desarrollo o evolución infantil en sus componentes motor, emocional y racional, técnica que puede aplicarse tanto el ámbito educativo como en salud.<sup>12</sup>
- **Evaluación psicopedagógica:** Conjunto de actuaciones encaminadas a recoger, analizar y valorar la información sobre las condiciones personales del alumno o alumna; la interacción con el contexto escolar y familiar y su competencia curricular.<sup>13</sup>
- **Evaluación psicométrica:** Es una útil herramienta que permite analizar, de forma cualitativa y objetiva, el comportamiento del evaluado ante ciertas situaciones, aptitudes, capacidad para resolver problemas específicos, personalidad, intereses y carácter. Nos permite identificar la edad mental en relación a la edad cronológica y así identificar déficit intelectual, recordando que en el TDAH el nivel intelectual ha de ser promedio.<sup>14</sup>
- **Estudio psicológico:** En el campo de la psicología clínica se realiza con el propósito de observar y valorar el funcionamiento global del individuo y sus formas características de respuesta a las diferentes situaciones que enfrenta.<sup>15</sup>
- **Estudio social:** Estudio de los aspectos más importantes de las personas que involucran el medio social donde habitan, trabajan y disfrutan de los espacios en común con el medio ambiente que los rodea. Realizado por la asistente social.
- **Orientación psicológica:** Proceso individual dirigido a la atención oportuna de problemas psicológicos de baja complejidad. Esta modalidad de asistencia psicológica permite el análisis de problemas o dificultades en los que el paciente se siente perdido, no sabe ni siquiera enfocar, pero que le causan malestar o desconcierto.<sup>15</sup>
- **Modificación de conducta:** Implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable.<sup>16</sup>
- **Terapia psicopedagógica:** Intervención que ayuda a potenciar las fortalezas y a desarrollar las áreas que se identifican como de mejora para que tu hijo tenga un mayor rendimiento académico y, con ello, autoconfianza y bienestar persona.<sup>17</sup>
- **Equipo multidisciplinario en rehabilitación:** Es el trabajo del equipo de profesionales de salud en el ámbito de la rehabilitación integral; cada profesional ofrece una evaluación y tratamiento paralelos, pero los mecanismos de comunicación están contruidos de tal forma que los miembros de cada disciplina puedan entender los roles de cada uno. El sistema organizacional lo conforman el médico rehabilitador, los licenciados de terapia física y terapia ocupacional, el psicólogo, los trabajadores sociales, entre otros. El médico como líder del equipo, tiene asignado la responsabilidad de manejo del plan de tratamiento.<sup>18</sup>
- **Consentimiento informado:** Conformidad expresa del paciente o de su representante legal (cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo, v.g. menores de edad, pacientes con discapacidad mental, estado de inconciencia u otro, respecto a una atención médica, quirúrgica u otro procedimiento. Es libre, voluntaria y consciente, después que el médico competente o personal de salud que realizará el procedimiento, le ha informado la naturaleza de la atención. Se informan los riesgos reales y potenciales, los efectos colaterales y adversos; así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado por el paciente o representante legal y el profesional responsable de la atención en un documento.<sup>19</sup>





PERÚ

Ministerio de Salud



Instituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores"  
AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC):** Conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos que aseguran la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 Criterios de Inclusión

- Paciente de 4 a 15 años derivado del área de Referencias del INR, con documento (Hoja de Referencia en caso de Seguro Integral de Salud, SIS) firmado por un médico rehabilitador, médico pediatra, neuropediatra o psiquiatra, que indique sospecha o diagnóstico de TDAH. De preferencia, acompaña un informe escolar del paciente, que describa dificultades en su atención e hiperactividad con adición a un rendimiento académico no acorde a su grado escolar, edad y nivel intelectual, firmado por la docente o tutora de aula.

#### Criterios de exclusión.

- Presencia concomitante de patologías psiquiátricas no controladas con medicación.

### 6.2 Proceso de atención

El paciente es evaluado por el médico rehabilitador quien diagnostica o confirma el diagnóstico de la referencia, determina el plan de tratamiento integral que incluye las terapias a seguir (terapia psicopedagógica y psicológica) y la atención de Servicio Social. Ver diagrama del flujo de atención en el Anexo.

#### 6.2.1 Consulta médica

##### Primera atención (paciente que acude por primera vez)

- El médico rehabilitador tratante realiza la anamnesis y el examen clínico de acuerdo al protocolo de historia clínica en el DIDRIA, el cual incluye los criterios de TDAH según el DSM V.
- Formula el diagnóstico de TDAH y establece las deficiencias y las discapacidades de acuerdo al DDM.
- Prescribe el Plan de Trabajo y Tratamiento en el Servicio que corresponda. Son obligatorios la evaluación de psicomotricidad (en el preescolar) o psicopedagógica (en el escolar), evaluación psicológica (estudio psicológico y/o psicométrico), estudio social.
- De proceder, el plan incluye interconsultas, referencias u otras acciones, según criterio.
- Registra lo actuado en la Historia Clínica, según las normas vigentes de Gestión de la Historia Clínica y de Auditoría de Registro.

##### Evolución médica (paciente continuador, se programan cada 3 o 4 meses)

- El médico rehabilitador tratante evoluciona al paciente.
- Continúa el diagnóstico anterior o lo modifica según criterio y evidencia;
- Define nuevas deficiencias y discapacidades de proceder, y el incremento/disminución de la gravedad de las ya establecidas;
- Establece su apreciación del caso: Evolución favorable o estacionaria,
- Establece el Plan de Trabajo y Tratamiento, como en la primera consulta;
- Determina altas temporales (de ser el caso);
- Registra lo actuado en la historia clínica



**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores"  
AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

Cuando el paciente deja de asistir 6 meses o más, debe ser reevaluado nuevamente para retomar su tratamiento.

**6.2.2 DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de TDAH es clínico, en el DIDRIA se utilizan los criterios diagnósticos del DSM y se codifica siguiendo la clasificación CIE 10.

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-V:**

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

**(1) Inatención:** 6 (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 las actividades sociales y académicas/laborales:

- Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, 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).
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, 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:** 6 (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 las actividades sociales y académicas/laborales:

- Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).





**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores"  
AMISTAD PERÚ – JAPÓN**

- 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" (por ejemplo, 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 (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, 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 los otros).

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

**C-** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

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

**E-** 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 (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

**CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO AL DSM-V:**

(En función de los criterios presentados)

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.
- **En remisión parcial:** Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

**Para especificar la gravedad actual:**

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral. (Impacto mínimo en la calidad de vida). Puede ser contenido a nivel familiar.
- **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre leve y grave. Impacta la calidad de vida. Puede ser contenido a nivel familiar.
- **Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable



## GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

del funcionamiento social o laboral. Impacta en la calidad de vida, sin contención familiar.

**Comorbilidades.** Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes.

Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

### 6.2.3 Pronóstico y Metas

#### Pronóstico:

El TDAH es un trastorno crónico, que requiere un tratamiento a largo plazo, por ello la detección, el diagnóstico y el tratamiento en edades tempranas influirá en la evolución. El **pronóstico** será definido por el médico, basado en la evaluación del equipo multidisciplinario y la respuesta al tratamiento rehabilitador integral, puede variar en función de la severidad de los síntomas, las comorbilidades asociadas al TDAH y el entorno que rodea al paciente.

#### Metas:

- Que el paciente y familia cuenten con las herramientas pedagógicas para las áreas básicas deficientes en el paciente, las que debe interiorizar y aplicar en futuros aprendizajes, para lograr un rendimiento académico acorde a su grado escolar y edad.
- Educación a la familia para el conocimiento del trastorno y la participación activa en las estrategias psicopedagógicas y demás pautas brindadas por el equipo multidisciplinario.
- Contribuir a la integración del niño con TDAH en su rol familiar, escolar y social.

### 6.2.4 Plan de tratamiento de rehabilitación.

El equipo multidisciplinario del DIDRIA es liderado por el médico rehabilitador, quien prescribe el plan de tratamiento. Conforman también el equipo, licenciados de psicología, profesoras especialistas en psicopedagogía y trabajadora social.

El médico tratante al término de la primera consulta indica el plan de tratamiento integral de rehabilitación de acuerdo a las metas y objetivos establecidos para cada paciente. Para realizar la valoración integral del paciente según criterio del médico se incluye:

- Evaluaciones especializadas.
  - Psicometría (Coeficiente Intelectual)
  - Evaluación de psicomotricidad (preescolares)
  - Evaluación psicopedagógica (escolares)
- Estudio Psicológico
- Estudio Social

De acuerdo a la evaluación clínica y resultados de las evaluaciones solicitadas, el médico indica las terapias e intervenciones que correspondan (*Ver Cuadros*), las que pueden ser:



PERU

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

Dr. Adriana Rebaza Flores

Amistad Perú - Japón

Instituto Nacional de Rehabilitación

"Dra. Adriana Rebaza Flores"

Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**GUIA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores"  
AMISTAD PERÚ – JAPÓN**

- Terapia de psicomotricidad (es la terapia psicopedagógica en etapa pre-escolar).
- Terapia psicopedagógica
- Orientación psicológica
- Terapia de modificación de conducta
- Taller de TDAH
- Talleres psicológicos para el paciente (autoestima, relajación)
- Talleres psicológicos para los padres (taller de autoayuda o taller de pautas de crianza)
- Charla de inducción al familiar del paciente sobre el flujo de atención en el DIDRIA
- Orientación social
- Visita escolar

**Terapia Psicopedagógica**

La profesora especialista en problemas de aprendizaje realiza las sesiones de terapia de psicomotricidad (en etapa pre-escolar) o psicopedagógica (en etapa escolar). El enfoque de la terapia es semejante para ambos casos, teniendo en cuenta el neurodesarrollo; así, en etapa pre-escolar (psicomotricidad) se trabaja la percepción visual, esquema corporal, nociones tiempo-espaciales (incluye lateralidad), direccionalidad, coordinación motora fina, conciencia fonológica, etc. que son aprendizajes básicos y necesarios para entrar a la etapa escolar. Adicionalmente, en la etapa escolar se introducen los temas de lecto-escritura, cálculo, razonamiento, entre otros, conduciendo al paciente hacia rendimiento académico acorde a su grado escolar. Tanto en niños preescolares como de etapa escolar se trabaja la memoria, atención y concentración.

El diseño y ejecución de la terapia tiene enfoque personalizado, en base a los hallazgos de la evaluación especializada, de esta manera, se potencian las fortalezas y se desarrollan las áreas que fueron encontradas como deficientes, promoviendo la autoconfianza y autoestima.

La terapia es individual. Debido a la especialización del trabajo en psicopedagogía, se prioriza indicar 16 sesiones (2 veces por semana) para favorecer el entrenamiento y la posterior evaluación del resultado en la consulta médica de control. *Ver Cuadro 1 de terapias y flujo de atención en anexo.*

**Intervenciones de Psicología:**

El psicólogo realiza un estudio psicológico y determina si requiere: 1) orientación psicológica ó 2) terapia de modificación de conducta. *Ver Cuadro 1 de terapias y flujo de atención en anexo.*

La **orientación psicológica** se lleva a cabo en sesiones individuales dirigido a la atención oportuna de problemas psicológicos de baja complejidad, que permite el análisis de problemas o dificultades que le causan malestar o desconcierto. Puede indicarse una sesión una vez al mes (máximo 12 sesiones al año).

En la **terapia de modificación de conducta** identifica los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea cambiar, se lleva a cabo la observación y registro de éstas, se analizan las contingencias existentes, se construye un nuevo sistema de contingencias acorde con los objetivos propuestos, se planifica un programa de reforzamientos y se evalúa el programa durante el tratamiento, con metas establecidas para cada ciclo de 6 sesiones.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

Cuadro 1. TERAPIAS								
Profesional responsable	Nombre de la Terapia	Indiv.	Grupal (N°pctes)	N°Sesiones	Frecuencia	Tiempo de Sesiones	N° Ciclos/año	Criterios de indicación de terapia
Psicopedagogo/a	Terapia de Psicomotricidad	X		16ss	2v /sem	45 min	2	De 3a6m a 5a6m. Habilidades básicas disminuidas, no acorde a su grado.
	Terapia Psicopedagógica	X		16ss	2 / sem	45min	2	5a6m a 13a/ Habilidades básicas disminuidas, no acorde a su grado
	Orientación Psicopedagógica (pacientes)	X		3ss	-	45 min	1	14 a 15 años / Informar sobre técnicas para mejorar atención, comprensión verbal, redacción
	Taller de Orientación Psicopedagógica (padres)		20	3ss	-	90min	1	Informar sobre técnicas y hábitos de estudio que el menor debe poner en práctica
Psicólogo/a	Terapia de Modificación de conducta	X		6ss	1 / sem	60 min	1 ó 2	Se prioriza en aquellos pacientes que su problema conductual dificulta su aprendizaje y no les permite avanzar en su terapia pedagógica
	Orientación Psicológica	X		12	1/mes	60 min		En aquellos pacientes que requieren una orientación específica
	Taller de Autoestima		15	-	1v/año	120 min	1	Dirigido a aquellos pacientes en que su hiperactividad les ocasiona problemas conllevando a una baja autoestima
	Talleres para padres		20	6ss a 8ss	-	120 min	1	Taller de pautas de crianza, taller de autoayuda para las madres, dependiendo de las necesidades

**Intervenciones de Servicio social:**

La trabajadora social realiza el diagnóstico socioeconómico, reconocimiento y abordaje de los factores de riesgo sociales en la familia y entorno social del niño. Provee información respecto los deberes y derechos del paciente, además brinda información y orientación respecto a instituciones educativas que brinden educación más personalizada de requerirlo el paciente. Provee información de inducción en el caso de pacientes nuevos, a través de una **charla informativa** en la que se busca implicar a la familia en el proceso del manejo rehabilitador del paciente, así como proveer información respecto del flujo de



**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

atenciones y sistema de trabajo en el DIDRIA. Ver Cuadro2 en próxima página y el flujo de atención en anexo. Realiza las siguientes actividades:

- **Estudio social:** En el formato establecido documenta los datos socio económicos familiares, las relaciones familiares, recursos y fortalezas.
- **Orientación Social:** En la cual orienta al familiar con información organizada de ayuda para el usuario en el contexto familiar y social. Pueden ser asesorías en la solución de problemas específicos (consejería familiar).
- **Coordinaciones** internas como externas, aplicando estrategias de intervención y recursos alternativos
- **Taller de familia saludables:** Dirigido a mantener las condiciones favorables para preservar y fomentar el bienestar de los miembros de la familia y su desarrollo, respetando su dignidad, expectativas y necesidades; destinado a fortalecer el rol de padre y madre compartiendo la autoridad de manera compartida, alternada, resuelven adecuadamente los conflictos.
- **Charla de inducción:** Se brinda a las familias del paciente que se integra al programa de rehabilitación integral con el fin de darle a conocer el proceso y los contenidos generales de la intervención del equipo multidisciplinario, así como las indicaciones que debe seguir para facilitar el logro de objetivos.

**Cuadro 2. INTERVENCIONES DE SERVICIO SOCIAL**

Profesional responsable	Nombre	Indiv	Grupal	N°Sesiones	Frecuencia	Tiempo de Sesiones	Criterios de indicación de terapia
Trabajadora Social	Estudio Social	X		1ss	1v	1 hora	Pacientes que acuden por primera vez al dpto
	Orientación Social	X		1ss	1 ó 2v/año	30 minutos	Se prioriza en aquellos pacientes que requieren una atención
	Visita Escolar	X		1ss	1v/año	1 hora	Dirigido a pacientes que necesitan una orientación en la institución educativa para mejorar su rendimiento en el aula
	Escuela para Padres		X	6ss/taller	4 talleres/año	2 horas	Dirigido a padres de familia de pacientes que están en terapia.
	Charla para lograr familias saludables		X	2ss	1v	2 horas	Dirigidos a padres para fortalecer los vínculos de la familia y brindarles estrategias para mejorar ambiente familiar.

**Intervenciones con participación de más de un miembro del equipo multidisciplinario:**

Los integrantes del equipo multidisciplinario podrán participar en las siguientes actividades, dependiendo de la necesidad identificada por el equipo:

- **Visita escolar:** Consiste en una visita a la institución educativa donde estudia el paciente; se brindan sugerencias para el manejo en el aula, con la finalidad de promover un rendimiento favorable para el paciente. Se realiza en casos seleccionados.





**GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN**

- **Escuela para padres:** En este taller se disertan temas de interés para los padres de familia; se brinda información que contribuye al mejoramiento del entorno familiar de los pacientes.
- **Taller TDAH:** El taller está dirigido a pacientes de 6 a 10 años de edad, cuyas habilidades básicas están en un nivel promedio a alto, pero que sin embargo su bajo nivel de atención-concentración y memoria estarían afectando su rendimiento académico escolar. Además, también participan los padres de familia cuyo rol es sumamente importante para mejorar el aspecto cognitivo conductual en sus menores hijos. El taller está a cargo de psicólogos y profesoras especialistas en aprendizaje, el médico apertura el taller brindando una información general en relación al trastorno de TDAH y los objetivos del presente taller.  
El taller consta de 8 sesiones de psicología (1v/semana) dirigido a los padres de familia, 8 sesiones de psicología (1v/semana) dirigido a los pacientes y 22 sesiones de psicopedagogía (2v/semana) dirigido a los pacientes.

**Cuadro 3. TALLER DE TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y ATENCIÓN (TDAH)**

PROFESIONAL que interviene	Nº DE PARTICIP. ANTES	DIRIGIDO A	Nº DE SESIONES	FRECUENCIA POR SEMANA	DURACIÓN DE SESIÓN	Nº CICLOS/ AÑO	Criterios de inclusión
PSICÓLOGO	8	PADRES	8	1s/semana	120 min	1 o 2	Dirigido a niño(a)s de 6 a 10 años, cuyas habilidades básicas estén en un nivel promedio a más, pero con bajo nivel de atención, concentración y memoria. Además que no tengan mayores problemas de conducta.
		PACIENTES	8	1s/semana			
PROFESORA	8	PACIENTES	22	2s/semana	90 min	1 o 2	



**Medicación.**

El médico rehabilitador considera la necesidad del manejo farmacológico y realiza una referencia a neuropediatría o psiquiatría de otra IPRESS para la evaluación correspondiente.

**Interconsulta a otros departamentos o unidades del INR**

Según daño asociado, el médico solicita la interconsulta a la unidad asistencial que corresponda. Para el caso de interconsulta al DIDRIDIAS, se realiza con resultado de psicometría y previa orientación a la familia sobre el manejo.

**6.2.5 Criterios de Referencia.**

Se realiza **interconsulta** mediante el formato autorizado, para la evaluación de comorbilidades que puedan ser atendidas en otras IPRESS, especialidades como neuropediatría, psiquiatría, oftalmología u otros.



GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores"  
AMISTAD PERÚ – JAPÓN

### 6.2.6 Criterios de alta y de contrarreferencia

**Se determina el alta por:**

- Cumplimiento de metas. También puede darse el alta al cumplir objetivos después del ciclo de tratamiento (alta temporal)
- Edad mayor de 15 años.
- Por traslado o abandono del tratamiento.

**Por traslado a otro establecimiento:** derivación del paciente a otro establecimiento para continuar el tratamiento, por ejemplo, a centro de salud mental o servicio de psiquiatría. No se considera si se realiza por voluntad del paciente o familiar.

**Por abandono del tratamiento:** En este caso el alta es autoimpuesta sin que haya participado el médico tratante en la decisión. Se registra en la historia clínica el alta médica por abandono del tratamiento.

Puede ser por múltiples razones; v.g. el paciente no asiste a las citas médicas ordenadas por el profesional; pero lo más importante, es que no implica verificar la rehabilitación de la salud del paciente, sino el incumplimiento a su deber de autocuidado que consiste en seguir el tratamiento indicado por el médico, (resolución del contrato de prestación médica por causa imputable al acreedor de la prestación).

**Alta:** Implica haber cumplido los objetivos en la terapia psicopedagógica, con rendimiento acorde al grado escolar.

**Alta transitoria o temporal:** Implica el fin de una etapa del tratamiento o mejoría, con indicación de evolución en un periodo  $\geq 6$  meses para continuar el tratamiento por el mismo proceso.

### 6.2.7 Atenciones por Telesalud

Se programan atenciones mediante Teleinterconsulta, Teleorientación y Telemonitoreo, de acuerdo a las correspondientes normas legales vigentes.

### 6.2.8 Responsabilidades

El jefe del DIDRIA supervisa el cumplimiento del presente protocolo y programa reuniones del equipo multidisciplinario para retroalimentación y propuestas de mejora.

## VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda la evaluación periódica del presente protocolo y su actualización tres (03) años después de su publicación o antes, de ser necesario, para la mejora de su contenido y reflejar los avances de la evidencia. Se puede revisar y actualizar en su totalidad o en alguna área específica; en su caso, debe señalarse la justificación para realizar la actualización y el tiempo de elaboración estimado.

## VIII. ANEXOS

**Anexo N° 01.** Flujograma de Atención del Paciente con Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2016 Mar 19;387(10024):1240-50. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00238-X. Epub 2015 Sep 17. PMID: 26386541.



GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores"  
AMISTAD PERÚ - JAPÓN

2. Xu G, Strathearn L, Liu B, Yang B, Bao W. Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open*. 2018;1(4):e181471. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.1471.
3. Livia, Jose & M., Mafalda & V., Rosa. (2012). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima. *APORTE SANTIAGUINO*. 5, 103: 10.32911/as.2012.v5.n2.559.
4. Luo Y, Weibman D, Halperin JM, Li X. A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Front Hum Neurosci*. 2019 Feb 11;13:42. doi: 10.3389/fnhum.2019.00042. PMID: 30804772; PMCID: PMC6378275.
5. McBurnett K, Pfiffner LJ, Willcutt E, Tamm K, Lerner M, Ottolini YL, Furmna MB. Experimental cross validation of DSM-IV types of attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Psy* 1999;38:17-24.
6. CIE 10 – Capítulo de *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor. 1994
7. Yoldi A. Las Funciones Ejecutivas: Hacia prácticas educativas que potencien su desarrollo. *Pág. Educ.* vol.8 no.1 Montevideo, 2015
8. *Gobierno de Aragón*. Déficit de Atención: Aspectos Generales Protocolo de Intervención, Diagnóstico y Tratamiento
9. *Asociación Americana de Psiquiatría*. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, *Asociación Americana de Psiquiatría*, 2013
10. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Portal web ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)) Sección Salud Mental de los Niños/Tipos de Afecciones. Revisado 2021
11. Amador J. Utilidad de las Escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psicothema* Vol. 14, nº 2, pp. 350-356. 2002.
12. Bernaldo M. *Psicomotricidad Guía de Evaluación e Intervención*. Ediciones Pirámide, 2012
13. Henao G. La Evaluación Psicopedagógica: Revisión de sus componentes. *AGO.USB Medellín-Colombia* V. 7 N 1 PP. 1-197, 2007.
14. Campos M. Evaluación Psicométrica de un instrumento de medición de actitudes pro ambientales en escolares venezolanos. *Paradigma* v.9 n.2 Maracay dic. 2008
15. Hernández F. Aproximación al concepto de orientación psicológica. *Educación y ciencia* Vol 3 Nro 10. 51-61. 1997
16. Ribes I., Emilio (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4(1),7-21. ISSN: 0120-0534.
17. Solís F. *Protocolo de Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica*. Clínica ISBN: 978-9942-11-434-1. Manthra Editores, 2012
18. Mabel Lusiardo E. Trabajo en equipo en ámbitos de rehabilitación. *Salud Mil* , 2002;24(1):76–90.
19. Norma técnica de Salud N°139-MINSA/2018 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".





GUIA TECNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

ANEXO: N° 01

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

