

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**BENEFICIO DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN PACIENTES CON  
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DEL SERVICIO DE  
PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL, HOSPITAL NACIONAL “GUILLERMO  
ALMENARA IRIGOYEN” DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2015**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**ROULD TORRES ALLISSON MARGOTH**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

**ASESOR**

Dr. VALLENAS PEDEMONTTE, Francisco

## **AGRADECIMIENTO**

En agradecimiento al personal del  
Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”,  
por abrirme sus puertas y darme la libertad necesaria  
para investigar y así poder contribuir a mi país.

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mi familia,  
mi compañero de vida,  
mis amigos, mi asesor  
y mis maestros, porque  
a ellos me debo.

## RESUMEN

**Objetivo:** el objetivo principal de esta investigación fue describir el beneficio del Tratamiento Multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” durante el período del Julio a Diciembre del 2015. De acuerdo con su **Metodología**, es un estudio de tipo cuantitativo no experimental, descriptivo y de corte transversal, retrospectivo, que, tras regirse por el análisis documental procedió con la revisión de historias clínicas, empleando una Ficha de Recolección de Datos, elaborada por el investigador y validada por tres expertos, para recaudar la información requerida. Se obtuvo como **Resultados** lo siguiente: Son tres los tratamientos que conforman el Tratamiento Multimodal, el Tratamiento Farmacológico, indicado en el 88,8% de casos, el tratamiento psicológico indicado en el 99,6% de casos y el tratamiento psicopedagógico indicado en el 79% de casos. Sobre los fármacos, el Metilfenidato fue prescrito en el 80,1% de casos, la Atomoxetina en el 3%, ambos fármacos en el 5,6% de casos y no se empleó ninguno en el 11,2% de casos. Se emplearon 2 psicoterapias (I+F) en el 35,6% de casos, 3 psicoterapias (I + F + Grupal TDAH) en el 53,2% de casos y más de 3 psicoterapias (I + F + Grupal + Ocupacional + Aprendizaje) en el 11,2% de casos. Se intervino psicopedagógicamente con soporte académico en el 58,4% de casos, educación personalizada en el 20,6% de casos, y aquellos que no se encontraban en edad escolar o cuyo rendimiento escolar no se vio afectado representaron el 21% que no requirió esta intervención. Finalmente, el beneficio del tratamiento multimodal se midió a través del cumplimiento regular (95,9%), adherencia al tratamiento (95,9%), mejoría de síntomas (1 síntoma en el 15,7% y 2 y 3 síntomas con el 40,1% respectivamente), y la eficacia del tratamiento en el 95,9%. **Conclusiones:** el tratamiento multimodal benefició a los pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad en un 95,9%.

**Palabras clave:** Tratamiento Multimodal, Déficit de Atención e Hiperactividad, Psiquiatría Infanto-Juvenil, TDAH.

## ABSTRACT

**Objective:** the main objective to this study was to describe the Multimodal Treatment benefits over ADHD patients in the Children and Youth Psychiatric Service at the “Guillermo Almenara Irigoyen” National Hospital during July – December 2015 period. So, according with the **Methodology**, this is a quantitative non-experimental study, descriptive and cross sectional, retrospective, which used documental analysis to review clinical histories, using a Data Collection Form made by the investigator and validated by three experts, to collect the information required. The **Results** were that Multimodal treatment has three components, Pharmacological treatment was indicated in the 88,8%, Psychological treatment in the 99,6% and Psychopedagogic treatment in the 79%. About drugs, Methylphenidate was prescribed in the 80,1%, Atomoxetine in the 3%, both drugs were prescribed in the 5,6% and none in the 11,2%. Two type of Psychotherapies (I+F) were used in the 35,6%, three Psychotherapies (I + F + Group) were used in the 53,2% and more than three Psychotherapies (I + F + Group + Occupational + Learning) were used in the 11,2%. Psychopedagogic intervention had two components, Academic Support, given in the 58,4% and Personalized Education indicated in the 20,6%, those who were not school aged or whose school performance was not affected represented the 21% cases that didn't require this intervention. Finally, the multimodal treatment benefit was measured by the regular compliance with the treatment (95,9%), adherence to treatment (95,9%), improvement of symptoms (1 symptom in 15,7% and 2 and 3 symptoms in 40,1% respectively), effectiveness of treatment in the 95,9%. **Conclusions:** multimodal treatment benefit ADHD patients in 95,9%.

**Key Words:** Multimodal Treatment, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Children and Youth Psychiatry, ADHD.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, como entidad neuropsiquiátrica que tiende a aparecer en la niñez y adolescencia, interfiere sobre esferas importantes en la vida del paciente, la individual, educativa y social. En Perú no se tienen datos estadísticos generales acerca de la prevalencia del trastorno, sin embargo, se estima que su prevalencia oscile entre el 10,7 y el 22,3% en cualquiera de sus presentaciones clínicas sólo en Lima. Por esta razón, surgen intervenciones a manera de tratamientos que deben ser indicados al paciente con prontitud de manera que la sintomatología se controle a corto plazo y se mantenga de esta forma a lo largo del tiempo. El Tratamiento Multimodal, integrado por el tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico y tratamiento psicopedagógico, es el indicado preferentemente a pacientes con este trastorno.

Estudios publicados a nivel mundial mencionan que, si bien es cierto el paciente controla los síntomas cardinales del trastorno cuando se le prescribe alguno de los tratamientos de manera individual, este obtiene mayor beneficio cuando se le indica el tratamiento multimodal, hecho que hasta el momento no se registra en nuestro país, de ahí parte la necesidad de describir el beneficio de este tratamiento con la finalidad de que se imparta a los pacientes que lidian con la clínica del TDAH.

Esta investigación, de enfoque cuantitativo no experimental, ya que no manipula a la población estudiada, es un estudio de tipo descriptivo dado que describe el beneficio del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad, es de corte transversal, ya que la revisión de historias clínicas se realizó en un periodo de tiempo determinado, por último, es retrospectivo, ya que se enfocó en el período comprendido entre los meses de Julio a Diciembre del 2015. El nivel de investigación de este estudio es básico, debido a que busca contribuir al conocimiento de este tratamiento.

Finalmente, tras la revisión exhaustiva de historias clínicas de una muestra constituida por 267 pacientes (población total: 868), se concluye que el tratamiento multimodal benefició a los pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en un 95,9%.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>CARÁTULA</b>	i
<b>ASESOR</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>ÍNDICE</b>	ix
<b>LISTA DE TABLAS</b>	xi
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	xii
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xiii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1 GENERAL	1
1.2.2 ESPECÍFICOS	1
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	2
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.6 OBJETIVOS	3
1.6.1 GENERAL	3
1.6.2 ESPECÍFICOS	3

1.7 PROPÓSITO	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	5
2.2 BASE TEÓRICA	12
2.3 MARCO CONCEPTUAL	26
2.4 HIPÓTESIS	28
2.5 VARIABLES	28
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	29
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>31</b>
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	31
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.4 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS	33
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	33
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>34</b>
4.1 RESULTADOS	34
4.2 DISCUSIÓN	41
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>43</b>
5.1 CONCLUSIONES	43
5.2 RECOMENDACIONES	44
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>48</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA N°01.</b> BENEFICIO DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN PACIENTES CON DÉFICIT DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL, HOSPITAL NACIONAL "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN" DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2015	34
<b>TABLA N°02.</b> TRATAMIENTOS QUE CONFORMAN EL TRATAMIENTO MULTIMODAL	35
<b>TABLA N°03.</b> TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: FÁRMACO SELECCIONADO	36
<b>TABLA N°04.</b> TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: PSICOTERAPIA SELECCIONADA	37
<b>TABLA N°05.</b> TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO: TÉCNICA EMPLEADA	38
<b>TABLA N°06.</b> BENEFICIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	39
<b>TABLA N°07.</b> BENEFICIO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	40
<b>TABLA N°08.</b> BENEFICIO DEL TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO	41

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO N°01.</b> TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: FÁRMACO SELECCIONADO	36
<b>GRÁFICO N°02.</b> TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: PSICOTERAPIA SELECCIONADA	37
<b>GRÁFICO N°03.</b> TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO: TÉCNICA EMPLEADA	38

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO N°01. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	49
<b>ANEXO N°02. INSTRUMENTO</b>	51
<b>ANEXO N°03. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS, CONSULTA DE EXPERTOS</b>	51
<b>ANEXO N°04. MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>	54
<b>ANEXO N°05. SOLICITUD DE PERMISO AL HOSPITAL PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>	56
<b>ANEXO N°06. FORMATO RESUMEN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>	57
<b>ANEXO N°07. APROBACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>	60
<b>ANEXO N°08. SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	61
<b>ANEXO N°09. CONSTANCIA DE REVISIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA PROFESIONAL Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA “SAN JUAN BAUTISTA”</b>	62

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es el tratamiento multimodal preferentemente, esto debido a que hay que trabajar los ámbitos que se ven más afectados como lo son el personal, el académico y el social. Dependerá de la prontitud con que se realice el diagnóstico, que se empiece a trabajar a la par con los padres, familiares, maestros y su entorno más cercano en si para que el paciente se sienta en confianza y pueda relacionarse de manera adecuada sin que los síntomas interfieran en su actuar siempre y cuando el tratamiento se cumpla de manera regular. Actualmente, en nuestro país no contamos con cifras exactas como para obtener un promedio de cuántos niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad existen a nivel nacional, pero si se estima que la prevalencia del TDAH en la población urbano marginal de Lima oscile entre 10,7 y 22,3%, independientemente de su forma de presentación<sup>1</sup>.

### **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 GENERAL**

¿Cómo beneficia el tratamiento multimodal a pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?

#### **1.2.2 ESPECÍFICOS**

- ¿Qué tratamientos se emplean como parte del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?

- ¿De qué manera beneficia el tratamiento farmacológico a pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?

- ¿Cuál es el beneficio del tratamiento psicológico en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?

- ¿Cómo contribuye el tratamiento psicopedagógico en el beneficio a pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación se llevó a cabo con la finalidad de describir el beneficio que obtiene el paciente que inicia y continúa el tratamiento multimodal para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, tratamiento que debe cumplirse de manera adecuada, constante y responsable. Del mismo modo, el papel que juegan los padres y familiares del paciente será de suma importancia en el transcurso de la enfermedad, esto debido a que si se trabaja conjuntamente se garantiza el cumplimiento del tratamiento, por lo que se le brindará el apoyo que requiera para que el trastorno no represente, obstáculo alguno para su desarrollo y que, del mismo modo la relación que pueda establecer con su entorno no se vea afectada.

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se circunscribió al Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”, en el período comprendido entre los meses Julio a Diciembre del 2015, abarcando pacientes

diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que se encuentren recibiendo tratamiento multimodal.

## **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

No se encontraron mayores limitaciones durante la realización de la investigación.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 GENERAL**

Describir el beneficio del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú.

### **1.6.2 ESPECÍFICOS**

- Conocer los tratamientos que se emplean como parte del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú.
- Conocer la manera en que el tratamiento farmacológico beneficia a pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú.
- Identificar el beneficio del tratamiento psicológico en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú.
- Describir la contribución del tratamiento psicopedagógico en el beneficio de pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría

Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú.

### **1.7 PRÓPOSITO**

Esta investigación tuvo como propósito dar a conocer el beneficio obtenido tras iniciar y continuar el tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### ANTECEDENTES NACIONALES

- LIVIA, J., ORTIZ, M., VÁSQUEZ, J., “**Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima**” – Perú, 2017. Como es sabido, en el Perú no hay estadísticas específicas para el TDAH en cualquiera de sus presentaciones. Para poder determinar la prevalencia del TDAH, en este estudio se contó con una muestra de 212 niños entre 6 y 11 años, muestra que fue seleccionada de manera aleatoria y sobre la cual se utilizó como instrumento una lista de chequeo con 18 ítems, 9 sobre inatención y 9 sobre hiperactividad-impulsividad. La selección de casos señaló que, de 212 sujetos evaluados, se detectaron 35 niños con indicadores de TDAH, que se traduce en 16.5% de los estudiantes. Respecto a la prevalencia por tipo, la forma combinada obtuvo el 56%, seguida de la forma inatenta con 26% y la forma hiperactiva con 17%. Para la variable sexo, el 58% de los casos correspondían a varones y el 41% a mujeres, mientras que, para la variable de tipo y género, la mayor proporción corresponde a varones en la forma combinada e hiperactiva, mientras que la forma inatenta predominó sobre las mujeres. De acuerdo con la edad, la mayor prevalencia se produjo en el grupo de 6 a 8 años con 62% de los casos mientras que el grupo etario de 9 a 11 años logró el 28%. Se concluye entonces que la prevalencia del TDAH en la población urbano marginal de Lima oscila entre 10.7 y 22.3%, son una distribución de subtipos combinado, desatento o hiperactivo<sup>1</sup>.

- MIRANDA, L., **“Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en padres e hijos, Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral 2014 – 2015”** – Perú, 2015. El objetivo principal fue establecer la prevalencia de presentaciones clínicas del TDAH del adulto, en padres de niños con diagnosticados de TDAH, la población de estudio incluyo a todos los padres de pacientes diagnosticados con TDAH en “PSICOFAMIL”, la muestra consistió en 33 padres, encontrando manifestaciones clínicas en el 100% de la población estudiada, donde si bien es cierto se encontraron síntomas de inatención e hiperactividad, los de impulsividad son los más prevalentes. Por otro lado, la mayor prevalencia de Inatención se da en mujeres, mayor prevalencia de Hiperactividad en varones y que al ser la impulsividad prevalente en ambos grupos, esta tuvo predominio en las mujeres<sup>2</sup>.
- SALAZAR, M., HUANCA, D., **“Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Pediatría: Guía de Práctica Clínica de la Unidad de Neuropediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima.”** – Perú, 2015. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un desorden neurobiológico compuesto por tres síntomas nucleares: hiperactividad, impulsividad e inatención, estos aparecen durante la infancia interfiriendo negativamente en el área cognitiva, social, emocional y académica. Un diagnóstico precoz, así como tratamiento oportuno garantizan que el pronóstico a largo plazo sea favorable en niños y adolescentes que padecen este trastorno<sup>3</sup>.
- BAZÁN, V., **“Las estrategias de prevención educativa y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños del distrito de Paramonga 2011”** – Perú, 2013. La meta principal de este estudio fue demostrar que las estrategias educativas de Detección y Manejo del TDAH en niños de 6 años a 8 años mejoran el pronóstico de evolución

de este trastorno. El estudio fue aplicado en 2 aulas de 32 niños cada una, entre 6 a 8 años, diagnosticados con DTAH, que cursaban el 1° grado de primaria de una institución educativa particular por dos años consecutivos. Los resultados obtenidos demuestran la necesidad urgente de ejecutar programas curriculares dirigidos a los profesores para capacitarlos en la Detección y Manejo del TDAH incorporándolos al sistema educativo peruano en beneficio de estos niños y de la sociedad en general<sup>4</sup>.

- ARANÍBAR, L., **“Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en alumnos del nivel primario de una institución educativa de Ventanilla”** – Perú, 2012. La presente investigación, permite conocer las características del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, (TDAH) la muestra fue intencional y estuvo constituida por los alumnos del nivel primario de ambos sexos del primer al sexto grado, de una Institución educativa de Ventanilla con edades entre 6 y 14 años y que evidenciaban características del TDAH. El instrumento utilizado fue el cuestionario de Connors creada por Keith Connors en (1969) (versión abreviada). Se encontró que el trastorno por déficit de atención TDAH se presentaba con mayor frecuencia en varones, entre los 6 a 7 años, mientras que en las mujeres se halló una leve sospecha. Es probable que la falta de concentración y la incapacidad de enfocar la atención, en los varones con TDAH, pudiera dificultar el logro de los aprendizajes más que en las mujeres con sospecha de TDAH<sup>5</sup>.

#### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- ABUFHELE, M., CARRASCO, X., ROTHHAMMER, P., **“Trastorno por déficit atencional con hiperactividad: bases para un tratamiento multimodal”** – Chile, 2016. En este estudio, tras definir el TDAH, se pone en evidencia que la alta prevalencia del cuadro y su alta

comorbilidad, junto con la discapacidad que pudiera producir a lo largo de la vida del paciente, hacen que sea fundamental un enfoque multimodal de tratamiento. Al ser difícil probar la efectividad de los tratamientos para TDAH, en especial de las terapias no farmacológicas, hay consenso respecto a la importancia de abordar las distintas áreas del desarrollo para intervenir tempranamente previniendo así la discapacidad funcional a largo plazo. Se trabaja bajo un modelo de intervención multidisciplinaria, abordando las áreas del desarrollo más afectadas de manera integral, logrando que cada profesional implicado en el tratamiento (neurólogo, psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo y psicopedagogo) trabaje coordinadamente con el niño, su familia y el colegio<sup>6</sup>.

- SÁNCHEZ, M., SÁNCHEZ, A., **“Trastorno Déficit de Atención Hiperactivo (TDAH)”** – España, 2016. Los objetivos de este estudio se centraron en actualizar la información de este síndrome, así como también sobre los recursos sanitarios que existe actualmente para el TDAH. Se realizó una revisión bibliográfica de los últimos diez años en la cual se expone el desarrollo de nuevas opciones farmacológicas que permiten mejores expectativas y mayor especificidad del tratamiento, debiendo analizar individualmente cada tratamiento debido a que las respuestas varían. Se pone en manifiesto la evidencia de una base neurológica (por los circuitos cerebrales específicos alterados) y se destaca la necesidad de una adecuada intervención psicopedagógica y psicológica, en el contexto de una terapia combinada y multimodal que mejore la calidad de vida global de estos niños y sus familias<sup>7</sup>.
- RODILLO, E., **“Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Adolescentes”** – Chile, 2015. En esta revisión, Rodillo describe las conductas propias del adolescente y los desafíos que plantea en este contexto el diagnóstico de TDAH y su tratamiento<sup>8</sup>.

La genética se avizora como un importante potencial contribuyente en el manejo del TDAH. Particularmente, los estudios farmacogenéticos podrán responder a las diferencias individuales encontradas en la respuesta al uso de agentes farmacológicos. También se ha discutido del punto de vista ético el uso de psicoestimulantes como reforzamiento de las destrezas cognitivas en adolescentes que no cumplen con diagnóstico de TDAH, sin embargo, los estudios no muestran evidencia significativa de la efectividad en esta población<sup>8</sup>.

- SOUTULLO, C., ÁLVAREZ – GOMEZ, M., **“Bases para la elección del tratamiento en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad”** – España, 2013. El objetivo de este estudio fue recoger los factores a tomar en cuenta al momento de diseñar el plan de tratamiento farmacológico para niños y adolescentes con TDAH, por lo que se lleva a cabo una amplia revisión bibliográfica. La metodología del estudio se centra especialmente en la duración del efecto, el rango de pacientes a tratar fue de 1,9 a 5,3, superior a otros fármacos empleados para otros desórdenes. Los factores condicionantes para la elección del fármaco fueron la comorbilidad, los efectos adversos potenciales, la preferencia de los padres y el paciente, la necesidad del efecto durante el día, el inicio temprano, el precio y visado de la medicación, concluyendo así en que existen factores inherentes al paciente y características del TDAH, al fármaco y al entorno o situación que atraviese el paciente para poder elegir la medicación apropiada<sup>9</sup>.
- SERRANO-TRONCOSO, E., GUILDI, M., ALDA-DIEZ, J., **“¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH”** – España, 2013. En este estudio se llevó a cabo la revisión de

los tratamientos no farmacológicos basados en la evidencia que han demostrado eficacia para el TDAH en niños y adolescentes por grupos etarios. Se encontró que, aquellos tratamientos que demostraron eficacia fueron las intervenciones psicológicas (Terapia Conductual y Entrenamiento a Padres) y psicopedagógicas (conjunto de prácticas para mejorar el rendimiento escolar). El EP demostró ser eficaz en la población preescolar, mientras que las diferentes intervenciones psicológicas y psicopedagógicas demostraron ser eficaces en la población escolar. En conclusión, está claro que las intervenciones no farmacológicas son eficaces en niños con TDAH, lo que se necesita son más ensayos controlados aleatorizados para que este tipo de intervenciones se conviertan en prácticas establecidas. En los casos de TDAH severo, se recomienda en tratamiento no farmacológico combinado con la medicación<sup>10</sup>.

- JARQUE, S., **“Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)”** – España, 2012. Este estudio presenta un análisis sobre la investigación del tratamiento del TDAH infantil y adolescente, con la finalidad de obtener el número y la eficacia de las modalidades de intervención empleadas a lo largo de los últimos 25 años. Se tienen resultados derivados de revisiones bibliográficas de tres períodos temporales distintos (1986-1992; 1994-2000; 2001-2011), la mayoría de ellos se centra en analizar la eficacia del tratamiento farmacológico. Se concluye el estudio con explicaciones de esta tendencia, enfatizando la importancia de implementar intervenciones multimodales y contextualizadas<sup>11</sup>.
- ZULOAGA, P., **“Abordaje del TDAH desde el desarrollo psíquico temprano - investigación documental”**– Colombia, 2012. El objetivo de esta investigación documental fue construir un cuerpo teórico a

partir de los contenidos de las publicaciones de corte psicoanalítico publicadas en revistas indexadas on-line de habla hispana, relacionados con los niños y niñas diagnosticados con el Trastorno Deficitario de la Atención con Hiperactividad (TDAH) entre 2000 y 2010. Como resultado se tiene que urge que el psicoanálisis inicie una avanzada investigativa por la multiplicidad de escenarios de la realidad humana. Esta sugerencia va orientada al psicoanálisis como método psicológico de comprensión e intervención de lo humano, ya que en las diferentes bases de datos investigadas fue poco o nada lo que se encontró sobre TDAH y psicoanálisis<sup>12</sup>.

- PALACIOS, L., ZAVALETA, P., PATIÑO, R., ABADI, A., DIAZ, D., TADDEY, N., GARRIDO, G., RUBIO, E., GRAÑA, N., MUÑOZ, C., SOSA, L. **“Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)”** – México, 2009. Este algoritmo es una nueva opción de manejo para pacientes adolescentes con TDAH; el manejo es individualizado de acuerdo con las características clínicas de cada paciente, de esta manera se busca integrar los diferentes tratamientos tanto psicofarmacológicos como psicosociales. Para elaborar este algoritmo, especialmente el árbol psicofarmacológico, se realizó una búsqueda de estudios basados en evidencia que utilizaban diseño de doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, encontrando 264 estudios para Metilfenidato, 43 para Atomoxetina, 3 para Bupropión, 6 para Modafinilo, 2 para Venlafaxina, 4 para Clonidina, 2 para Guanfacina y 1 para Reboxetina, Imipramina y Nortriptilina respectivamente. Se detallan etapas que van desde la 0 hasta la etapa 5 en las que o se añaden o se reemplazan fármacos, así como si se integran o no intervenciones psicosociales, concluyendo finalmente en que el algoritmo integra intervenciones

farmacológicas y psicosociales de forma racional y útil para su implementación<sup>13</sup>.

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en adelante TDAH, es una condición neuropsiquiátrica que afecta a niños en edad preescolar, escolar, adolescencia y adultos en todo el mundo, caracterizado por un patrón de disminución sustancial de la atención e hiperactividad e impulsividad incrementadas. Basándose en la historia familiar, la genotipificación y estudios de neuroimagen, existe clara evidencia de una base biológica para el TDAH<sup>14</sup>.

Aunque múltiples regiones del cerebro y varios neurotransmisores han sido implicados en la emergencia de los síntomas, la dopamina continúa siendo el foco de investigación muy aparte de los síntomas del TDAH. La corteza prefrontal también se ha visto involucrada en el alto uso de dopamina y sus conexiones recíprocas con otras regiones cerebrales involucraron atención, inhibición, toma de decisiones, respuesta inhibitoria, memoria de trabajo y vigilancia. El TDAH afecta entre el 5-8% de niños en edad escolar, de los cuales el 60-85% aun presentará criterios de TDAH en la adolescencia, para finalmente, cerca del 60% continuar siendo sintomáticos en la edad adulta. Tanto niños como adolescentes y adultos presentaran dificultades en el funcionamiento académico, así como también en situaciones sociales e interpersonales. El TDAH frecuentemente se asocia a comorbilidades como problemas de aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y trastornos de conducta disruptiva<sup>14</sup>.

### **ETIOLOGÍA**

Las alteraciones del TDAH tienen un componente genético que se ve implicado en el funcionamiento sistemas específicos de neurotransmisión. Los principales genes implicados son los relacionados con el sistema receptor de dopamina. La dopamina tiene un rol importante en la función del sistema

atencional, las vías dopaminérgicas y mesolímbicas que pasan por el núcleo accumbens, y que viajan hasta llegar a la corteza prefrontal son las principales vías involucradas en el mantenimiento de la atención<sup>2</sup>.

Por su parte, el gen DAT 1 es el principal responsable de la recaptación de dopamina en la unión sináptica y tiene a su vez, relación con los síntomas hiperactivos-impulsivos. Por otro lado, existen otros factores etiológicos como los problemas perinatales, alteraciones neurológicas, déficits sensoriales y alteraciones ambientales<sup>2</sup>.

## **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TDAH SEGÚN CIE 10**

“A continuación, se detallan los criterios diagnósticos para el trastorno hiperactivo según la CIE-10”<sup>15</sup>:

### **Déficit de atención**

“1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades”<sup>15</sup>.

“2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego”<sup>15</sup>.

“3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice”<sup>15</sup>.

“4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones”<sup>15</sup>.

“5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades”<sup>15</sup>.

“6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido”<sup>15</sup>.

“7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.”<sup>15</sup>.

“8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos”<sup>15</sup>.

“9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias”<sup>15</sup>.

## **Hiperactividad**

- “1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento”<sup>15</sup>.
- “2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado”<sup>15</sup>.
- “3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas”<sup>15</sup>.
- “4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas”<sup>15</sup>.
- “5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social”<sup>15</sup>.

## **Impulsividad**

- “1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas”<sup>15</sup>.
- “2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo”<sup>15</sup>.
- “3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros”<sup>15</sup>.
- “4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales”<sup>15</sup>.

La CIE-10 estableció que, para diagnosticar de TDAH al paciente, este debe cumplir:

- “6 de los síntomas descritos en el apartado “Déficit de Atención”<sup>15</sup>.
- “3 de los síntomas descritos en el apartado “Hiperactividad”<sup>15</sup>.
- “1 de los síntomas descritos en el apartado “Impulsividad”<sup>15</sup>.

“Los síntomas deben presentarse antes de los 7 años, darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar, social), e interferir negativamente en su calidad de vida. No se considerará el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo si cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo (TGD), episodio depresivo o trastorno de ansiedad”<sup>15</sup>.

## **CLASIFICACIÓN**

### **PRESENTACIONES CLÍNICAS**

#### **Especificar si:**

“314.01 (F90.2) **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses”<sup>15</sup>.

“314.00 (F90.0) **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses”<sup>15</sup>.

“314.01 (F90.1) **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”<sup>15</sup>.

### **SEVERIDAD**

#### **Especificar si:**

“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”<sup>15</sup>.

#### **Especificar la gravedad actual:**

“**Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas producen un deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral”<sup>15</sup>.

“**Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”<sup>15</sup>.

“**Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral”<sup>15</sup>.

### **TRATAMIENTO**

Actualmente se tiene conocimiento de que existe variedad de tratamientos para abordar oportunamente el TDAH. Al ser un trastorno, por lo general, que

tiende a la cronicidad y con alta tasa de comorbilidad, lo ideal es contar con un plan de tratamiento lo más completo posible, que contenga evaluaciones y que acepte modificaciones periódicas para evaluar los resultados que se consiguen con el tiempo, esto con el fin de adaptarlo a las necesidades tanto personales como sociales y emocionales del paciente. En diversas investigaciones acerca del TDAH, se habla de los beneficios de utilizar un tratamiento multimodal individualizado para cada paciente, con el fin de no sólo disminuir síntomas sino también de reducir complicaciones derivadas del trastorno, evitando que impacte de manera negativa en la vida del paciente como en las relaciones con su entorno<sup>16</sup>.

### **TRATAMIENTO MULTIMODAL**

Lazarus, A. en su libro "Behavior Therapy and Beyond" planteó en 1971, que el tratamiento multimodal es una terapia cognitivo - conductual que inicialmente busca reformular la terapia de conducta para adecuarla y adaptarla a las características del paciente, analizar la demanda del tratamiento (basándose en las expectativas, necesidades, actitudes personales y aspectos socioculturales que se ven afectados), y la aplicación de técnicas cognitivas tanto en evaluación como en tratamiento de casos<sup>17</sup>.

El tratamiento multimodal considera al modal social (interpersonal) y al "perfil de funcionamiento personal del sujeto" o sea la personalidad en su contexto<sup>17</sup>.

"El tratamiento multimodal está enfocado a buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular"<sup>17</sup>. "Por ello analiza las características de cada caso en distintas modalidades o dimensiones relacionadas"<sup>17</sup>.

"Son siete modalidades de funcionamiento personal denominadas "B.A.S.I.C.CO.S" representadas en: componente biológico (B), afectivo (A), sensorial (S), imaginación (I), cognición (C), conducta (CO) y relaciones sociales (S)"<sup>17</sup>.

El tratamiento multimodal evalúa cada una de estas siete funciones y su interacción en cada caso en particular. Partiendo del tipo de relación que se

establezca entre ellas y de su secuencia que se busque una estrategia de tratamiento a la medida<sup>17</sup>.

“La evaluación se inicia con el llamado "puenteo", que quiere decir comunicarse con los demandantes en el nivel multimodal expresados en el motivo de consulta inicial, posteriormente se complementa con la evaluación de las otras modalidades. A esto se le conoce como Análisis Multimodal de Primer Orden”<sup>17</sup>.

En caso sea necesario, se lleva a cabo el "análisis multimodal de segundo orden" para problemas más complicados expresados en una determinada modalidad<sup>17</sup>.

“En este caso se evalúan de nuevo los distintos niveles implicados en un problema particular de una modalidad”<sup>17</sup>.

“Los perfiles multimodales orientan al terapeuta sobre las aéreas que representan dificultad para el paciente, a qué nivel se tendría que intervenir en función de su interrelación y secuencia”<sup>17</sup>. “De encontrarse dificultades de evaluación o intervención se realiza un análisis pormenorizado de cada modalidad (Perfil de 2º Orden)”<sup>17</sup>.

En la actualidad, los enfoques multimodales se emplean con mayor frecuencia en el tratamiento de patologías psiquiátricas más complejas (anorexia, psicosis, toxicomanías...), no obstante, se pueden aplicar también en psicoterapia y psiquiatría infantil, pediatría, etc.<sup>17</sup>.

### **BENEFICIO DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL TDAH:**

La necesidad de comprobar la efectividad del tratamiento multimodal se aguzó en los años 90. Es aquí, donde, bajo esta premisa se lleva a cabo el estudio más importante y que sentara precedente para investigaciones futuras. Los expertos creyeron conveniente discutir en primer lugar, que los beneficios observados en niños con tratamiento psicoestimulante en el colegio por la mañana no se constataban en sus casas por la tarde<sup>18</sup>.

“En segundo lugar, tampoco existen estudios aleatorizados a largo plazo que permitan aseverar los efectos de los distintos tratamientos”<sup>18</sup>.

“Por último, no existen estudios de peso que avalen la eficacia de la terapia cognitiva-conductual (tratamiento psicológico)”<sup>18</sup>.

Dada la problemática, el Instituto Nacional de Salud Mental y el Departamento de Educación de Estados Unidos llevaron a cabo el gran ensayo clínico denominado “*Multisite Multimodal Treatment Study of children with ADHD*”, conocido desde entonces como estudio MTA<sup>18</sup>.

“La base del estudio MTA se encuentra en la comparación de cuatro grupos de niños que reciben cada uno una modalidad terapéutica distinta”<sup>18</sup>:

“1. Grupo “tratamiento farmacológico optimizado”: los niños de este grupo solo recibieron tratamiento farmacológico con metilfenidato 3 veces al día (mañana, mediodía y tarde)”<sup>18</sup>.

“2. Grupo “terapia combinada”: los niños recibieron tratamiento con metilfenidato 3 veces al día más terapia conductual igual a la terapia conductual que recibieron los niños del grupo “terapia conductual”<sup>18</sup>.

“3. Grupo “tratamiento habitual”: en este grupo, los niños seguían el tratamiento prescrito por su médico antes de ser incluidos en el estudio (la mayoría, con dos dosis de metilfenidato al día)”<sup>18</sup>.

“4. Grupo “terapia conductual”: los niños incluidos en este grupo solo recibieron tratamiento con terapia conductual, tanto en el colegio durante todo el curso como durante las vacaciones”<sup>18</sup>.

“Se realizó también el entrenamiento a padres y profesores, terapia de grupo para padres y sesiones de terapia individual”<sup>18</sup>.

“La primera evaluación de los niños se realizó al inicio del estudio, a los 3, a los 9 y a los 14 meses”<sup>18</sup>.

Los resultados obtenidos demostraron que, “Los niños del grupo “tratamiento farmacológico optimizado” presentaban mejoría significativamente superior al grupo “terapia conductual”<sup>18</sup>. “No se encontraron diferencias estadísticas entre el grupo de “tratamiento farmacológico optimizado” y el grupo de “terapia combinada”<sup>18</sup>.

Los resultados del estudio MTA, que continúa en análisis y que constantemente aporta datos añadidos a los primeros resultados, indican dos conclusiones principales<sup>18</sup>:

“El tratamiento realizado exclusivamente con metilfenidato, aporta mejores resultados que el tratamiento psicológico exclusivo”<sup>18</sup>.

“Los mejores resultados se logran con una combinación de metilfenidato y tratamiento psicológico (terapia combinada)”<sup>18</sup>.

“Esta opción terapéutica multimodal se considera la mejor opción en el tratamiento del TDAH”<sup>18</sup>.

Los ensayos que comparan tanto el tratamiento combinado con el farmacológico muestra beneficios al añadir la intervención psicológica al protocolo de tratamiento. Sin embargo, los datos indican que, si el abordaje inicial fue farmacológico, al intervenir psicológicamente no se observan efectos aditivos que disminuyan los síntomas nucleares del TDAH<sup>19</sup>.

“La intervención psicológica es efectiva como coadyuvante a la medicación habitual”<sup>19</sup>. “La medicación puede ser menos efectiva en la práctica clínica habitual que en un ensayo clínico”<sup>19</sup>. “El estudio MTA sugiere que la combinación de intervenciones ayuda a tratar ciertos problemas y promover algunos resultados”<sup>19</sup>. “Varios autores defienden la utilidad del tratamiento multimodal para mejorar la sintomatología”<sup>19</sup>.

“Diferentes razones por las que es conveniente utilizar el tratamiento multimodal para el TDAH”<sup>19</sup>:

- Si padres y niños/adolescentes prefieren la intervención psicológica, pero por la gravedad de los síntomas esta no es factible en el momento. El potencial de la medicación se traduce en una mejora inicial precoz en las primeras semanas de iniciada la terapia combinada, obteniendo beneficio de las técnicas psicológicas posteriormente<sup>19</sup>.
- En casos graves, donde la sintomatología interfiera sobremanera en la calidad de vida del paciente, es conveniente el abordaje farmacológico inicial para poder observar la mejoría de síntomas de manera inmediata<sup>19</sup>.

- “El aprendizaje conductual (tratamiento psicológico) puede verse favorecido por el uso combinado de tratamiento farmacológico”<sup>19</sup>.

- “Administrar ambos tratamientos, farmacológico y psicológico puede llevar a reducir las dosis de fármacos”<sup>19</sup>. “Así como aminorar las preocupaciones acerca del uso de la medicación”<sup>19</sup>.

“En niños y adolescentes con TDAH moderado o grave, se recomienda el tratamiento combinado (tratamiento psicológico, farmacológico y la intervención psicopedagógica”<sup>19</sup>.

## **TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO**

El alumno con TDAH tiene bajo rendimiento académico, mayor tasa de comportamiento disruptivo y marcada inatención<sup>16</sup>. “Por estos motivos, la intervención psicopedagógica se centra en la mejora del rendimiento académico”<sup>16</sup>. Su propósito es fortalecer las competencias académicas y potenciar y optimizar el uso de recursos educativos como las técnicas de estudio, brindar apoyo educativo y establecer normas en el aula<sup>16</sup>.

Si bien es cierto el TDAH afecta la conducta mayormente, la esfera cognitiva también se ve afectada en muchos casos; es por esto por lo que hay que ayudar al niño a compensar las dificultades de aprendizaje mediante el manejo de distintas habilidades. El enseñarle a ejecutar tareas, organizar y planificar, son acciones que contribuirán a mejorar el rendimiento escolar. No obstante, es necesario mencionar que la plana docente debe estar capacitada para poder trabajar con estos niños<sup>16</sup>.

El tratamiento psicopedagógico está incluido en el tratamiento multimodal por diversos motivos, en primer lugar, de acuerdo con el perfil neuropsicológico de muchos niños con TDAH estos presentan un patrón de actuación muy desorganizado, que en ocasiones puede llegar a ser impulsivo, carente de atención sostenida y desmotivado, lo que representa gran obstáculo para mantener el esfuerzo mental ante tareas que son repetitivas y en algunos casos monótonas <sup>16</sup>. Se sabe entonces que, el rendimiento escolar del niño se verá afectado por la sintomatología nuclear del TDAH independientemente

de su inteligencia (normal, alta, superior)<sup>17</sup>. En segundo lugar, el comportamiento del niño con TDAH interfiere no sólo en su rendimiento, sino que también sobre el grupo de clase, en este caso, lo ideal es que los maestros estén preparados con estrategias para modular el comportamiento del niño, teniendo en cuenta de que, de acuerdo con la alta prevalencia, se puede encontrar de uno a tres niños con TDAH por aula<sup>17</sup>. El tratamiento psicopedagógico está constituido por programas que intervienen directamente sobre el niño y con los maestros a través de<sup>17</sup>:

- “Entrenamiento del profesor”<sup>17</sup>.
- “Promoción de la motivación del niño hacia el programa”<sup>17</sup>.
- “Control ambiental y planificación de tareas”<sup>17</sup>.
- “Aplicación de procedimientos de manejo de contingencias seleccionadas (Economía de fichas, registros diarios y coste de respuestas)”<sup>17</sup>.
- “Entrenamiento cognitivo”<sup>17</sup>.
- “Mantenimiento y generalización”<sup>17</sup>.

## **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

El abordaje psicológico se realiza tanto al paciente (niño/adolescente) como a la familia. Mediante la entrevista personal del paciente se procede a valorar las necesidades individuales para poder elaborar un plan de tratamiento personalizado. Dos terapias son sumamente efectivas en este caso, la terapia cognitiva y la terapia conductual. La intervención cognitivo – conductual, que abarca entrenamiento de padres y docentes y paralelamente entrenamiento del niño, produce mejora significativa de la conducta problemática del niño con TDAH<sup>16</sup>. La terapia conductual se encarga de analizar la conducta del niño, identifica los factores que la hacen inadecuada y establece los objetivos claros para modificar el comportamiento errático a eliminar. Las técnicas empleadas son las siguientes<sup>16</sup>:

### **Técnicas de Terapia Conductual:**

- **“Refuerzo positivo:** se presenta un estímulo “bueno” tras realizar una conducta positiva”<sup>16</sup>. “Esto produce que aumente la probabilidad de que la conducta vuelva a producirse”<sup>16</sup>.
- **“Economía de fichas:** establece una serie de conductas específicas y a su vez premios que se podrán conseguir al realizarlas”<sup>16</sup>. “Esta técnica pretende fomentar las buenas conductas y disminuir las conductas indeseadas”<sup>16</sup>.
- **“Extinción:** es el modelo más utilizado para reducir una conducta”<sup>16</sup>. “Se trata de disminuir la respuesta reforzada a un comportamiento indeseado”<sup>16</sup>.
- **“Tiempo fuera:** implica privar al niño de cualquier reforzador que pueda tener durante una mala conducta, aislándolo durante 1 a 5 minutos”<sup>16</sup>. “Explicar al niño (sin mostrar mucha atención) que su comportamiento es incorrecto, que dispone de un momento aislado para reflexionar sobre ello”<sup>16</sup>.
- **“Subcorrección:** cuando el niño realiza un comportamiento negativo se le pide que rectifique con el fin de restaurar el daño que ha hecho”<sup>16</sup>.

“La terapia cognitiva, por su parte, identifica las dificultades en los procesos de aprendizaje, memoria, toma de decisiones, etc., para cambiarlos a otros más adecuados. Mediante”<sup>16</sup>:

- **“Autoinstrucciones:** se modifican los pensamientos sustituyéndolos por otros más útiles para alcanzar los objetivos. “Voy a escuchar al profesor”<sup>16</sup>.
- **“Técnicas de autocontrol:** consiste en aprender a reducir los comportamientos impulsivos que a largo plazo no son beneficiosos”<sup>16</sup>.
- **“Técnicas de inhibición de respuesta:** entrenar al niño en la toma de decisiones”<sup>16</sup>. “El niño tomará consciencia de la situación que traviese y pensará qué alternativa es la mejor para proceder”<sup>16</sup>. Finalmente se autoevaluará la situación”<sup>16</sup>.
- **“Técnica de resolución de problemas:** una serie de pasos que ayudarán al niño a resolver problemas”<sup>16</sup>. “Esto contribuye a mejorar las competencias sociales, disminuyendo el malestar psicológico”<sup>16</sup>.

“Como se ha comentado anteriormente, es necesaria la participación de la familia durante el proceso de evaluación y especialmente en la intervención”<sup>16</sup>. Es de suma importancia que se involucren durante el tratamiento, darles la información necesaria acerca del TDAH, sus causas, cómo se diagnostica y el pronóstico. Los docentes juegan un papel importante en la evaluación y tratamiento del niño con TDAH, en el ámbito escolar es dónde se obtiene información importante acerca de los aspectos sociales y académicos<sup>16</sup>.

La intervención psicológica en casos de TDAH sugiere la aplicación de programas integrados por distintas técnicas, entre estas se mencionan las específicas para el niño, así como el entrenamiento a padres y educadores<sup>17</sup>.

“En términos más precisos, esta intervención se apoya en los fundamentos del análisis conductual aplicado y la teoría del aprendizaje social”<sup>17</sup>.

#### **INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL**

**TRATAMIENTO DEL TDAH:** En este punto se plantea integrar las técnicas operantes y los planeamientos cognitivos para obtener un beneficio común. Aquí se une tanto el refuerzo positivo como la extinción al modelamiento y la autoinstrucción, entre otros<sup>17</sup>. La aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales a niños con TDAH se focaliza en cinco dominios<sup>17</sup>:

- “La conducta desobediente en casa y en la escuela”<sup>17</sup>.
- “El desarrollo de las habilidades sociocognitivas”<sup>17</sup>.
- “Mejora del autocontrol”<sup>17</sup>.
- “Mejora de las habilidades sociales”<sup>17</sup>.
- “Mejora en la relación familiar y escolar”<sup>17</sup>.

Estas estrategias de intervención van dirigidas al niño/adolescente y a quienes conviven e interactúan con él (padres y profesores)<sup>17</sup>.

#### **DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE LA INTERVENCIÓN MULTIMODAL**

**DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL:** “Cabe hacer énfasis en el tratamiento multimodal como parte del área de las terapias del comportamiento”<sup>17</sup>. Se describe a continuación la técnica que se emplea con mayor frecuencia<sup>17</sup>:

- **“Entrenamiento a Padres:** intervención dirigida a que aprendan a manejar la conducta de su hijo utilizando técnicas de manejo de contingencias que son las que han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH”<sup>17</sup>. “Esta intervención puede aplicarse individual o grupalmente”<sup>17</sup>. Existen limitaciones como: son más eficaces cuando existe un nivel intelectual alto y un buen seguimiento de instrucciones”<sup>17</sup>. “Cabe destacar que estas estrategias no mejoran la capacidad de atención del niño y tampoco actúan directamente en el ambiente escolar”<sup>17</sup>.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

**“Recomendaciones generales:** se debe instaurar una dieta balanceada y ejercicios regulares, así como adecuadas horas de sueño”<sup>3</sup>. “La eliminación de colorantes artificiales no está recomendada como medida general”<sup>3</sup>. “Todas aquellas comidas o bebidas que parezcan influenciar la conducta hiperactiva deben ser observadas de manera cercana”<sup>3</sup>. “De evidenciarse relación entre comidas, bebidas y alteración de la conducta, se debe referir a un nutricionista para que evalúe el caso y sólo se suprimirán estos alimentos”<sup>3</sup>. No se recomienda suplementar la dieta con ácidos grasos”<sup>3</sup>. “Se recomienda medir el hierro sérico y la ferritina y dar tratamiento cuando sea necesario”<sup>3</sup>.

**“Evaluación previa al tratamiento farmacológico:** es importante realizar mediciones de peso, talla y se evalúen los siguientes parámetros”<sup>3</sup>:

### **Examen mental:**

- **“Historia clínica y examen físico que incluya:** Búsqueda de síntomas cardiovasculares y síncope, frecuencia cardíaca y presión arterial, historia familiar de enfermedad cardíaca y examen completo del sistema cardiovascular”<sup>3</sup>. “Electrocardiograma, si hay historia previa o historia familiar de enfermedad cardíaca grave, de muerte súbita en parientes jóvenes o hallazgos anormales en el examen físico del sistema cardiovascular”<sup>3</sup>. “Evaluación de riesgo de mal uso (que la medicación sea entregada a terceros) o abuso de sustancias”<sup>3</sup>. “Los psicoestimulantes no deben ser la

primera línea de tratamiento en niños con anomalías cardíacas o con historia familiar de patologías cardíacas”<sup>3</sup>.

- **“Consejería previa al tratamiento farmacológico:** tanto padres, profesores y niños de acuerdo con su edad, deben comprender el porqué del uso de la medicación”<sup>3</sup>.

“Los objetivos de la consejería son: explicar detalles de la medicación a los padres: Los efectos beneficiosos y efectos negativos”<sup>3</sup>. “Explicar a los niños y adolescentes los motivos para iniciar el tratamiento y explicar que es el médico y no los padres quienes controlan el tratamiento”<sup>3</sup>.

- **“Elección del fármaco:** de acuerdo con factores como las comorbilidades, efectos adversos y la preferencia del paciente, se pueden recomendar estimulantes y no estimulantes, como metilfenidato, atomoxetina o dexanfetamina”<sup>3</sup>. “Todos los fármacos que se usan de primera línea en TDAH están aprobados por la FDA a partir de los 6 años, a excepción de las anfetaminas que podrían ser utilizadas a partir de los 3 años”<sup>3</sup>. “Cuando la decisión ha sido tomada, se debe considerar lo siguiente: Metilfenidato para TDAH sin comorbilidades significativas”<sup>3</sup>. “Metilfenidato para TDAH con desorden de conducta”<sup>3</sup>. “Atomoxetina cuando haya tics o síndrome de La Tourette, trastorno de ansiedad, mal uso o abuso de estimulantes”<sup>3</sup>. “Atomoxetina si el metilfenidato ha sido inefectivo en dosis máximas toleradas o el paciente es intolerante a dosis bajas o moderadas de metilfenidato”<sup>3</sup>. “No se recomienda el uso de antipsicóticos en el tratamiento de niños con TDAH”<sup>3</sup>.

**“Metilfenidato:** Las dosis iniciales deben ser tituladas hasta por 4 a 6 semanas”<sup>3</sup>. “El de liberación inmediata se puede iniciar con 2.5 mg, 2 o 3 veces al día y el de liberación prolongada una vez en la mañana”<sup>3</sup>.

**“Atomoxetina:** Para aquellos que pesen hasta 70 Kg se deben dar dosis iniciales de 0.5 mg/Kg, las cuales serán incrementadas en una semana hasta 1.2 mg/Kg/día”<sup>3</sup>. “Para aquellos que pesen más de 70 Kg. se debe iniciar con 40 mg y la dosis de mantenimiento será de 80 mg/día”<sup>3</sup>. “Puede darse en una dosis diaria o se puede dividir en dos dosis para minimizar los efectos adversos”<sup>3</sup>.

**- Dosis elevadas:**

“**Metilfenidato:** 0.7 mg/Kg por dosis, 3 veces al día o una dosis total diaria de 2.1 mg/Kg (hasta un máximo de 90 mg/día) para la presentación de liberación inmediata o su equivalente en la presentación de liberación prolongada”<sup>3</sup>.

“**Atomoxetina:** 1.8 mg/Kg/día (hasta un máximo de 120 mg/día)”<sup>3</sup>.

“La dexanfetamina debe ser considerada como una opción en pacientes que no responden a las dosis máximas toleradas de atomoxetina y metilfenidato”<sup>3</sup>.

“**Dexanfetamina:** Dosis iniciales que se pueden dar son 2.5 mg, 2 veces al día o 5 mg una sola vez y deben ser monitorizadas por 4 a 6 semanas”<sup>3</sup>. “Dosis máximas diarias son de 20 mg/día”<sup>3</sup>. “En algunos pacientes se puede requerir ocasionalmente hasta 40 mg/día”<sup>3</sup>.

“Entre los medicamentos de segunda línea se encuentran: El Bupropión y la Imipramina, así como el Modafinilo”<sup>3</sup>. “Como posibles tratamientos adyuvantes: Clonidina y Guanfacina”<sup>3</sup>.

“**Culminación de la medicación:** la culminación de la medicación debe realizarse basándose en la respuesta clínica del paciente durante la etapa en que recibe la medicación, en la cual es monitorizado de manera cercana”<sup>3</sup>.

“**Monitorización de efectos adversos:** el médico debe monitorizar periódicamente al niño con TDAH para evaluar no sólo el cumplimiento de los objetivos terapéuticos sino para evaluar también los efectos adversos, obteniendo información de los padres, profesores y del niño”<sup>3</sup>. “Los efectos adversos tienen repercusión sobre la talla, el peso, la función cardiaca y presión arterial, el sistema reproductivo y la función sexual, en caso sea un paciente con epilepsia se debe monitorizar las convulsiones, tics, síntomas psicóticos, síntomas de ansiedad incluido el pánico, agitación, irritabilidad, pensamiento suicida o autolesiones y el mal uso o abuso de drogas”<sup>3</sup>.

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

- “**CIE 10:** nos referimos a la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud Mental

realizada por la OMS en 1992”<sup>15</sup>. “Este sistema de clasificación de los trastornos mentales cuenta con ejes diagnósticos variables, entre ellos: Eje I (Síndromes psiquiátricos clínicos), Eje II (Trastornos específicos del desarrollo), Eje III (Nivel intelectual), Eje IV (Condiciones médicas), Eje V (Situaciones psicosociales) y Eje VI (Evaluación global de la discapacidad)”<sup>15</sup>.

- **“COMORBILIDAD:** Término médico acuñado por AR Feinsten en 1970, y refiere a dos conceptos: la presencia de uno o más trastornos (enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario; y, el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales”<sup>4</sup>. “En psiquiatría la comorbilidad consiste en la presencia de más de un diagnóstico que se da en un individuo simultáneamente”<sup>4</sup>. “En psiquiatría esto no implica necesariamente la presencia de múltiples enfermedades, sino que en realidad puede reflejar la incapacidad en este momento para asignar un único diagnóstico para todos los síntomas”<sup>20</sup>.

- **“TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO:** Recurso muy importante para responder adecuadamente a las necesidades educativas específicas que puedan tener los alumnos con TDAH, procurando comprender los procesos de enseñanza y aprendizaje en el contexto escolar y extraescolar”<sup>26</sup>. “El TDAH no solo afecta a la conducta, sino que también afecta a nivel cognitivo”<sup>26</sup>. “Esto quiere decir, que debemos ayudar al niño TDAH a que compense esta dificultad a través de distintas habilidades”<sup>21</sup>.

- **“TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:** La intervención psicológica se debe realizar tanto en el paciente como en el entorno familiar”<sup>25</sup>. “Existen dos terapias que han demostrado evidencia científica para el TDAH: la terapia conductual, que analiza la conducta del niño e identifica cuáles son los factores que hacen que la conducta sea inadecuada para establecer objetivos para modificar aquel comportamiento, y la terapia cognitiva, que pretende identificar las dificultades en los procesos de aprendizaje, memoria, toma de decisiones, etc., para cambiarlos por otros más adecuados”<sup>22</sup>.

- **“TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** Existen varios tipos de medicaciones disponibles en la actualidad que ayudan a los niños/as con TDAH”<sup>9</sup>. “Medicamentos estimulantes como el metilfenidato (incrementa los niveles de dopamina en el cerebro), los no estimulantes como la Atomoxetina (incrementa los niveles de noradrenalina) y el grupo de los antidepresivos tricíclicos”<sup>23</sup>.

- **“TRATAMIENTO MULTIMODAL:** Tiene por objetivo mejorar los síntomas nucleares de la enfermedad (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención), reducir la aparición de problemas asociados al TDAH”<sup>24</sup>. “Favorecer la adaptación académica del afectado, reducir el impacto del trastorno en el entorno del afectado (familia, escuela, entorno social, plano personal)”<sup>24</sup>. “Adquirir las competencias y estrategias básicas para un funcionamiento global óptimo y mejorar la calidad de vida de la persona con TDAH y su familia”<sup>24</sup>.

- **“TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD:** Una condición o patrón de comportamiento inadaptado, de base neurobiológica, iniciado generalmente en la infancia cuyos síntomas básicos son de carácter cognitivo-conductual, caracterizado por tres síntomas centrales: inatención, hiperactividad e impulsividad”<sup>2</sup>. “Estos síntomas generan desajustes clínicamente significativos al menos en dos contextos diferentes, como la casa, relaciones sociales, ámbitos escolares, etc”<sup>2</sup>.

## 2.4 HIPÓTESIS

Esta investigación no precisó de hipótesis por ser de naturaleza descriptiva.

## 2.5 VARIABLES

- **Tratamiento Farmacológico:**

Indicadores: Metilfenidato, Atomoxetina.

**- Tratamiento Psicológico**

Indicadores: T. Individual, T. Familiar, T. Ocupacional, T. Grupal TDAH, T. Aprendizaje.

**- Tratamiento Psicopedagógico**

Indicadores: Soporte Académico, Educación Personalizada.

**- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**

Indicadores: Subtipo, Edad de Presentación, Desarrollo Psicomotor, Familiar Directo con TDAH, Tiempo de Enfermedad, Comorbilidades.

**- Terapia Multimodal**

Indicadores: Abordaje Inicial, Tiempo en Tratamiento, Cumplimiento del Tratamiento, Adherencia al Tratamiento, Mejoría de Síntomas, Eficacia del Tratamiento Multimodal.

**2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**- Tratamiento Psicopedagógico:** se midió con el requerimiento de apoyo académico, ya sea con técnicas de estudio mediante soporte académico o con educación personalizada.

**- Tratamiento Psicológico:** se midió de acuerdo con la estrategia de intervención psicológica: T. Aprendizaje, Taller Grupal TDAH, T. Individual, T. Familiar, T. Ocupacional.

**- Tratamiento Farmacológico:** aquí se hace referencia al fármaco empleado, dentro de las opciones se tiene Metilfenidato, Atomoxetina.

**- Tratamiento Multimodal:** especifica si el paciente fue sometido a los 3 tratamientos mencionados líneas arriba en simultaneo, el abordaje inicial, tiempo en tratamiento, cumplimiento del tratamiento, adherencia al tratamiento, mejoría de síntomas y su eficacia.

- **Trastorno Por Déficit De Atención e Hiperactividad:** se midió de acuerdo con la clasificación del TDAH establecida por el DSM V. Predominantemente Inatento, Predominantemente Hiperactivo/Impulsivo, o Presentación Combinada.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

Estudio de tipo cuantitativo no experimental, debido a que no aplicó ningún procedimiento sobre la población de estudio.

#### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación es de tipo descriptiva, ya que describe el beneficio del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad; es de corte transversal, debido a que la revisión de las historias clínicas de dichos pacientes se llevó a cabo en un período de tiempo determinado, finalmente, es retrospectiva porque se enfocó en el período comprendido entre Julio a Diciembre del 2015.

#### **3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel de esta investigación es básico, ya que planteó describir cómo el tratamiento multimodal beneficia a los pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad, contribuyendo a generar conocimiento sobre este tipo de tratamiento.

### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

- Área de estudio: Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”.

- Población de Estudio: 868 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre los 5 a 15 años de edad, diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”.

- Muestra de Estudio: Para calcular el tamaño de la muestra, en esta investigación se aplicó la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = total de la población

Z<sub>α</sub> = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1-p (en este caso 1 - 0.05 = 0.95)

d = precisión (en esta investigación 5%)

$$n = \frac{868 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (868 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 267$$

### 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada en esta investigación fue el análisis documental ya que se realizó la revisión de historias clínicas. El instrumento aplicado fue una Ficha de recolección de datos elaborada por el investigador principal, la cual estaba constituida por 6 ítems en relación con las variables de estudio; 01 ítem correspondiente a datos generales (edad, sexo, historia clínica); 01 ítem sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad desglosado en subtipo, edad de presentación, desarrollo psicomotor, familiar con TDAH, tiempo de enfermedad y comorbilidades; 01 ítem sobre el Tratamiento Multimodal desglosado en abordaje inicial, tiempo en tratamiento, adherencia al tratamiento, mejoría de síntomas y eficacia del tratamiento multimodal; 01 ítem sobre Tratamiento Farmacológico desglosado en si requirió tratamiento y fármaco seleccionado; 01 ítem correspondiente al Tratamiento Psicológico

desglosado en si requirió tratamiento y el tipo de terapia o taller empleado; finalmente, 01 ítem relacionado al tratamiento Psicopedagógico dividido en si requirió tratamiento y este fue soporte académico o educación personalizada. Todas preguntas cerradas con respuestas tanto dicotómicas (Si/No) como politómicas (de opción múltiple). La ficha de recolección de datos fue validada por tres expertos, un asesor metodológico, un asesor especialista en el tema y una asesora estadística.

### **3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

De acuerdo con la directiva que establece los lineamientos de regulación y fomento de la investigación en EsSalud, previo permiso solicitado y autorizado por la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” – R. A. A. y en coordinación con la Unidad de Archivo e Historias Clínicas de dicho nosocomio, tras la selección de historias clínicas, se procedió con la aplicación de la ficha de recolección de datos.

### **3.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Los datos recolectados fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2016 para mayor orden y posteriormente fueron procesados con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales Versión 25, con la finalidad de aplicar la estadística descriptiva, plasmando los resultados mediante tablas resumen y gráficos estadísticos. Por ser un estudio de tipo descriptivo no requirió del uso de pruebas estadísticas para describir el beneficio del tratamiento multimodal. Los datos recolectados fueron manejados bajo estricta confidencialidad, protegiendo la información de cada paciente. El estudio fue revisado por el Comité de Investigación del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” y por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Privada “San Juan Bautista”, con la finalidad de garantizar la confidencialidad en el manejo de datos y el cumplimiento de las normas éticas vigentes a nivel mundial. La autora declaró que no existió ningún conflicto de interés durante la realización de la investigación.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

**TABLA N°01. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN PACIENTES CON DÉFICIT DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL, HOSPITAL NACIONAL "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN" DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2015**

	CUMPLIMIENTO DEL TTO		ADHERENCIA AL TTO		MEJORIA DE SINTOMAS				EFICACIA TTO MULTIMODAL	
	Regular	Irregular	Si	No	1 Síntoma (Atención)	2 Síntomas (Hiperactividad, Impulsividad)	3 Síntomas (3 síntomas nucleares)	Ninguno	Si	No
Frecuencia	256	11	256	11	42	107	107	11	256	11
Porcentaje	95,9	4,1	95,9	4,1	15,7	40,1	40,1	4,1	95,9	4,1

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:** Como se aprecia en la Tabla N°01, el beneficio del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad se midió de acuerdo con el cumplimiento del tratamiento, la adherencia al tratamiento, la mejoría de síntomas y la eficacia del tratamiento Multimodal. El cumplimiento del tratamiento fue regular y al igual que la adherencia al tratamiento, se pudo constatar en el 95,9% (256 casos) respectivamente, la mejoría de síntomas se pudo observar en 1 síntoma en 15,7% (42 casos), 2 y 3 síntomas en 40,1% (107 casos) respectivamente, finalmente, la eficacia del tratamiento multimodal se evidenció en el 95,9% (256 casos).

**TABLA N°02. TRATAMIENTOS QUE CONFORMAN EL TRATAMIENTO MULTIMODAL**

	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO PSICOLOGICO		TRATAMIENTO PSICOPEDAGOGICO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	237	88,8	266	99,6	211	79,0
NO	30	11,2	1	0,4	56	21,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

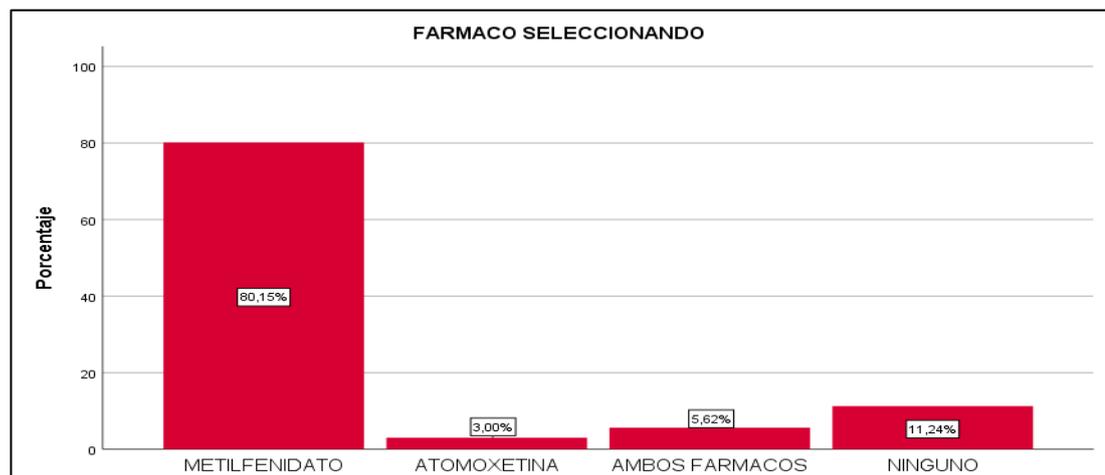
**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con la Tabla N°02, son tres los tratamientos que conforman el Tratamiento Multimodal; el Tratamiento Farmacológico, fue prescrito en el 88,8% (237 casos) a diferencia del 11,2% (30 casos), el Tratamiento Psicológico, fue prescrito en el 99,6% (266 casos) mientras que en el 0,4% (1 caso) no fue necesario y finalmente el Tratamiento Psicopedagógico, prescrito en el 79% (211 casos) frente al 21% (56 casos) en los que tampoco fue necesario. Los casos que en los que no se llegó a prescribir alguno de los tres tratamientos fueron aquellos cuya edad estaba por debajo de la necesaria para iniciar el tratamiento o simplemente no fue requerido.

**TABLA N°03. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: FÁRMACO SELECCIONADO**

	METILFENIDATO	ATOMOXETINA	AMBOS FÁRMACOS	NINGUNO
Frecuencia	214	8	15	30
Porcentaje	80,1	3,0	5,6	11,2

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°01. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: FÁRMACO SELECCIONADO**



FUENTE: Ficha de recolección de datos

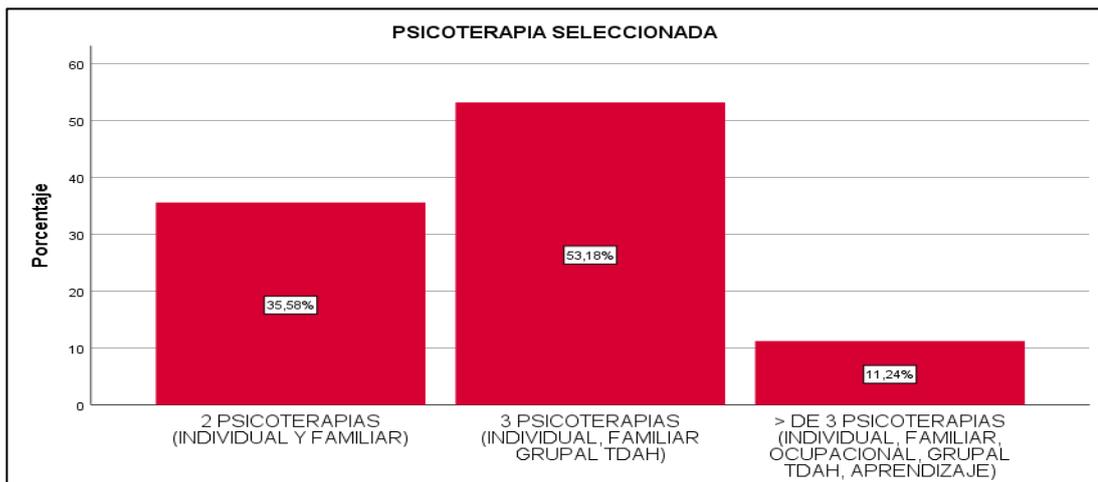
**INTERPRETACIÓN:** Según la Tabla N°03 y Gráfico N°01, los fármacos empleados en el tratamiento multimodal son Metilfenidato y Atomoxetina, el Metilfenidato fue prescrito en el 80,1% (214 casos), la Atomoxetina fue prescrita en el 3% (8 casos), ambos fármacos se prescribieron juntos en el 5,6% (15 casos) y en el 11,2% (30 casos) no fue indicada la medicación, en este punto, la medicación no fue indicada por no contar con la edad mínima para iniciar tratamiento farmacológico.

**TABLA N°04. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: PSICOTERAPIA SELECCIONADA**

	2 PSICOTERAPIAS (Individual, Familiar)	3 PSICOTERAPIAS (Individual, Familiar, Grupal TDAH)	> DE 3 PSICOTERAPIAS (Individual, Familiar, Ocupacional, Grupal TDAH, Aprendizaje)
Frecuencia	95	142	30
Porcentaje	35,6	53,2	11,2

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°02. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: PSICOTERAPIA SELECCIONADA**



FUENTE: Ficha de recolección de datos

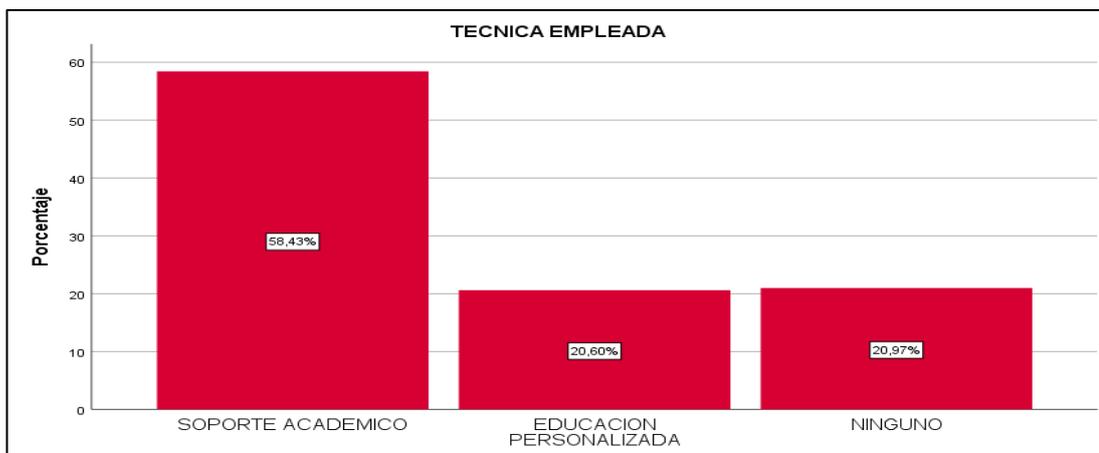
**INTERPRETACIÓN:** Según la Tabla N°04 y Gráfico N°02, las psicoterapias comúnmente empleadas en el tratamiento multimodal son la Individual, la Familiar, la Grupal del TDAH, la Ocupacional y la de Aprendizaje. Se seleccionaron 2 psicoterapias (Individual + Familiar) en el 35,6% (95 casos), 3 psicoterapias (Individual + Familiar + Grupal TDAH) en el 53,2% (142 casos) y más de 3 psicoterapias (Individual + Familiar + Grupal DTAH + Ocupacional + Aprendizaje) en el 11,2% (30 casos).

**TABLA N°05. TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO: TÉCNICA EMPLEADA**

	SOPORTE ACADEMICO	EDUCACION PERSONALIZADA	NINGUNO
Frecuencia	156	55	56
Porcentaje	58,4	20,6	21,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°03. TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO: TÉCNICA EMPLEADA**



FUENTE: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:** Según la Tabla N°05 y Gráfico N°03, usualmente se sugieren dos técnicas en la intervención psicopedagógica, el soporte académico, que para este estudio fue indicado en el 58,4% (156 casos), y la educación personalizada, indicada en el 20,6% (55 casos). No se optó por seguir alguna de las dos técnicas en el 21% (56 casos), esto por encontrarse por debajo de la edad que requiere iniciar la etapa escolar.

**TABLA N°06. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

	CUMPLIMIENTO DEL TTO		ADHERENCIA AL TTO		MEJORIA DE SINTOMAS				EFICACIA TTO MULTIMODAL	
	Regular	Irregular	Si	No	1 Síntoma (Atención)	2 Síntomas (Hiperactividad, Impulsividad)	3 Síntomas (3 síntomas nucleares)	Ninguno	Si	No
Frecuencia	256	11	256	11	42	107	107	11	256	11
Porcentaje	95,9	4,1	95,9	4,1	15,7	40,1	40,1	4,1	95,9	4,1

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:** En la Tabla N°06 vemos que el beneficio de tratamiento farmacológico se midió de acuerdo con el cumplimiento del tratamiento, que fue regular en el 95,9% (256 casos) e irregular en el 4,1% (11 casos); la adherencia al tratamiento, se pudo apreciar en el 95,9% (256 casos) mientras que no fue así en el 4,1% (11 casos); la mejoría de síntomas se observó desde 1 síntoma en el 15,7% (42 casos), 2 síntomas en el 40,1% (107 casos) y 3 síntomas en el 40,1% (107 casos), no hubo mejoría de ningún síntoma en el 4,1% (11 casos); finalmente, la eficacia del tratamiento multimodal se observó en el 95,9% (256 casos) pero no fue así en el 4,1% (11 casos).

**TABLA N°07. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

	CUMPLIMIENTO DEL TTO		ADHERENCIA AL TTO		MEJORIA DE SINTOMAS				EFICACIA TTO MULTIMODAL	
	Regular	Irregular	Si	No	1 Síntoma (Atención)	2 Síntomas (Hiperactividad, Impulsividad)	3 Síntomas (3 síntomas nucleares)	Ninguno	Si	No
Frecuencia	256	11	256	11	42	107	107	11	256	11
Porcentaje	95,9	4,1	95,9	4,1	15,7	40,1	40,1	4,1	95,9	4,1

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:** Continuando con la Tabla N°07, tenemos que el beneficio de tratamiento psicológico se midió de acuerdo con el cumplimiento del tratamiento, que fue regular en el 95,9% (256 casos) e irregular en el 4,1% (11 casos); adherencia al tratamiento, que se dio en el 95,9% (256 casos) mientras que no fue así en el 4,1% (11 casos); la mejoría de síntomas, que se observó desde 1 síntoma en el 15,7% (42 casos), 2 síntomas en el 40,1% (107 casos), 3 síntomas en el 40,1% (107 casos) y ninguno de los síntomas en el 4,1% (11 casos); finalmente, la eficacia del tratamiento multimodal se observó en el 95,9% (256 casos) pero no fue así en el 4,1% (11 casos).

**TABLA N°08. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO**

	CUMPLIMIENTO DEL TTO		ADHERENCIA AL TTO		MEJORIA DE SINTOMAS				EFICACIA TTO MULTIMODAL	
	Regular	Irregular	Si	No	1 Síntoma (Atención)	2 Síntomas (Hiperactividad, Impulsividad)	3 Síntomas (3 síntomas nucleares)	Ninguno	Si	No
Frecuencia	256	11	256	11	42	107	107	11	256	11
Porcentaje	95,9	4,1	95,9	4,1	15,7	40,1	40,1	4,1	95,9	4,1

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:** Finalmente, en la Tabla N°08 podemos observar que la contribución del tratamiento psicopedagógico al beneficio de los pacientes con TDAH se midió con el cumplimiento del tratamiento, que fue regular en el 95,9% (256 casos) e irregular en el 4,1% (11 casos); la adherencia al tratamiento se dio en el 95,9% (256 casos) no siendo así en el 4,1% (11 casos); la mejoría de síntomas, que se observó desde 1 síntoma en el 15,7% (42 casos), 2 síntomas en el 40,1% (107 casos), 3 síntomas en el 40,1% (107 casos) y ninguno de los síntomas en el 4,1% (11 casos); finalmente, la eficacia del tratamiento multimodal se observó en el 95,9% (256 casos) pero no fue así en el 4,1% (11 casos).

## 4.2 DISCUSIÓN

1. En concordancia con los estudios publicados por Palacios Cruz et al. y Abufhele y col., el tratamiento multimodal es una nueva opción de tratamiento que otorga más beneficio al paciente con Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que este actúa sobre los aspectos de la vida que se ven más afectados, el personal, el social y el escolar. Integra intervenciones como la farmacológica, psicológica y psicopedagógica para un abordaje integral del paciente, de

manera que los síntomas tienden a reducir notablemente siempre y cuando el paciente cumpla el tratamiento de manera regular, en esta investigación esto se vio reflejado en el 95,9% de casos. Si bien es cierto el tratamiento multimodal integra diferentes intervenciones, es individualizado.

2. El tratamiento farmacológico, como menciona Soutullo y col. Requiere evaluar factores como la necesidad de acción del fármaco, esto en función al grado de afectación de la realización de las actividades la vida diaria. Este tipo de tratamiento otorga mayor beneficio al paciente ya que la mejoría de la sintomatología se observa frecuentemente a corto plazo. En esta investigación, se tuvo como resultado que del 88,8% de pacientes a los cuales se les indicó iniciar este tratamiento, el beneficio se pudo observar en el 95,9% de pacientes que cumplieron el tratamiento de manera regular. Es necesario, en este punto, monitorear los efectos adversos que pudieran presentarse para determinar el ajuste de la medicación o el cambio de esta.

3. El tratamiento psicológico, nos dice Serrano Troncoso y col., demuestra su eficacia al surtir efecto no sólo en el paciente sino también en su entorno más cercano, su familia. En esta investigación, el beneficio del tratamiento psicológico se vio en el 99,6% de pacientes. Este tipo de intervención actúa potenciando el efecto del tratamiento farmacológico lo que conlleva a que el paciente se vea más beneficiado con la mejoría de síntomas tanto de hiperactividad/impulsividad como de atención.

4. Finalmente, el tratamiento psicopedagógico que aporta técnicas de estudio como parte del soporte académico, y en casos extremos, indica educación personalizada, se encarga de la mejora del rendimiento académico del paciente independientemente del grado de inteligencia. Los docentes deben estar entrenados y manejar estrategias acordes con el grado de afectación del TDAH sobre el paciente (Villa, 2015), en esta investigación se le indicó al 79% una intervención psicopedagógica, la cual demostró ser eficaz en el 95,9%, lo que se traduce en un rendimiento académico óptimo y acorde para su edad y así como el control de los otros síntomas en este ámbito.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

1. El beneficio del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad en el Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” fue determinado por factores como: el cumplimiento del tratamiento y la adherencia al tratamiento que se pudo constatar en el 95,9% respectivamente, la mejoría de los síntomas que se disgregó en mejoría de 1 síntoma con 15,7% y mejoría de 2 y 3 síntomas con 40,1% respectivamente. Finalmente, se pudo constatar la eficacia del tratamiento en un 95,9%.

2. El Tratamiento Multimodal está conformado por tres tratamientos que a su vez manejan tanto fármacos determinados como intervenciones específicas, detallando a continuación: el tratamiento farmacológico usualmente maneja fármacos como Metilfenidato y Atomoxetina, el tratamiento psicológico interviene mediante técnicas cognitivo-conductuales aplicadas en Psicoterapia Individual, Psicoterapia Familiar, Taller Grupal de TDAH, Terapia Ocupacional y Terapia de Aprendizaje, y por último, el tratamiento psicopedagógico que maneja dos estrategias de intervención, o brinda soporte académico o sugiere recibir educación personalizada.

3. El tratamiento farmacológico beneficia a los pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad en el Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” reduciendo los síntomas principalmente de hiperactividad e impulsividad, mejorando la calidad de vida y la realización normal de las actividades de la vida diaria.

4. El beneficio del tratamiento psicológico se identificó con la modificación de la conducta disruptiva en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad en el Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”, actuando a la par con el tratamiento farmacológico.

5. Finalmente, la contribución del tratamiento psicopedagógico en el beneficio de pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad en el Servicio de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” se vio reflejada en un mayor y mejor rendimiento escolar de la población estudiada que cumplió de manera regular con el tratamiento indicado.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

1. Acerca del tratamiento multimodal, se recomienda realizar estudios que demuestren de manera más exacta el beneficio de esta intervención en pacientes diagnosticados de TDAH durante la niñez y/o adolescencia. Se debe tener una cifra actualizada de pacientes con TDAH a nivel nacional, en sus distintos grupos etarios, investigar cada tipo de tratamiento individualmente y la respuesta del paciente hacia cada uno de ellos.

2. Por tanto, se recomienda investigar y actualizar los conocimientos actuales sobre el tratamiento farmacológico, los nuevos fármacos o nuevas dosis que pueden ser prescritos para una mejoría notable, a corto, mediano y largo plazo a favor de los pacientes.

3. De la igual manera se recomienda investigar si hay otras técnicas cognitivo-conductuales que sean más beneficiosas que las actuales, si hay otras estrategias de intervención que pudieran presentar, al igual que el tratamiento farmacológico, mejoría a corto plazo.

4. Acerca del tratamiento psicopedagógico, se recomienda, y aquí se hace mayor énfasis, que los docentes se capaciten acerca de cómo abordar y trabajar con niños y adolescentes con TDAH, tengan o no comorbilidades. Usualmente no pueden haber más de dos alumnos con TDAH en el aula, es por esto por lo que los docentes deben estar capacitados para poder contribuir a su educación sin perjudicar a los demás estudiantes, dándoles técnicas de estudio que ayuden a mantener la atención e impulsar así su rendimiento académico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Livia, J., Ortiz, M., Vásquez, J. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima. *Psique Mag*, 2017. Vol. 6 (1): pp 65-70.
2. Miranda L. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en padres e hijos - Psicocentro de ayuda a la Familia Integral 2014-2015. Tesis de Especialidad. Lima, Perú. Universidad San Martín de Porres. 2015. 88 pp.
3. Salazar M, Huanca D. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Pediatría: Guía de Práctica Clínica de la Unidad de Neuropediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Rev. Perú. Pediatr.* 2013. Vol. 66 (2): 105-120.
4. Bazán V. Las estrategias de prevención educativa y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños del distrito de Paramonga 2011. Paramonga. Tesis de Maestría. Lima, Perú. Universidad San Martín de Porres. 2013. 65 pp.
5. Aranibar L. Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en alumnos del nivel primario de una institución en Ventanilla. Ventanilla. Tesis de Maestría. Lima, Perú. Universidad San Ignacio de Loyola. 68 pp.
6. Abufhele, M., Carrasco, X., Rothhamer, P. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad: bases para un tratamiento multimodal. *Contacto Científico*. Chile. 2016; 155-160 pp.
7. Sánchez, M., Sánchez, A. Trastorno Déficit de Atención Hiperactivo (TDAH) . Universidad Complutense. 2016; pp. 02-20.
8. Rodillo E. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Adolescentes. *Rev. Med. Clin. CONDES* – 2015; 26(1) 52-59.
9. Soutullo C, Álvarez-Gómez MJ. Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2013; 56 (Supl 1): S119-29.

10. Serrano E, Guidi M, Alda J. ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2013; 41 (1): 44-51.
11. Jarque S. Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, vol. 42, nº 1, marzo 2012, pp. 19-33.
12. Zuluaga P. Abordaje del TDAH desde el desarrollo psíquico temprano – investigación documental- Universidad de Manizales. Tesis de Magister. Manizales, Colombia. Universidad de Manizales, 2012. 133 pp.
13. Palacios-Cruz L, Zavaleta P, Patiño R, Abadi A, Diaz D, Taddey N, et al. Algoritmo de tratamiento multimodal para adolescentes latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental.* 2009;32: S31-S44.
14. Sadock, Benjamin J., Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. Pp 2279-2302.
15. TDAH y tú. Criterios para diagnosticar el TDAH. En: <http://www.tdahytu.es/criterios-para-diagnosticar-el-tdah/> (fecha de acceso: 24 de marzo del 2016).
16. Villa L. TDAH Estudio de caso. Tesis de Grado. Castellón de la Plana, España. Universitat Jaume I. 2015. 30 pp.
17. Jaramillo D. Eficacia de la Intervención Terapéutica Multimodal en Niños Diagnosticados con T.D.A.H. Tesis de Bachiller. Manizales, Colombia. Universidad de Manizales. 2010. 166 pp.
18. Rodríguez P, Criado I. Plan de Tratamiento Multimodal del TDAH. Tratamiento Psicoeducativo. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(9): 624-633.
19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan

de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18.

20. Bonilla, C. Comorbilidad en la Psicología y la Psiquiatría. En: <https://www.psicologosencostarica.com/2012/08/31/comorbilidad-en-la-psicologia-y-la-psiquiatria/> (Fecha de acceso: 23 de julio del 2018).
21. TDAH y tú. Tratamiento Psicopedagógico. En: <http://www.tdahytu.es/tratamiento-psicopedagogico/> (Fecha de acceso: 24 de marzo del 2016).
22. TDAH y tú. Tratamiento Psicológico. En: <http://www.tdahytu.es/tratamiento-psicologico/> (Fecha de acceso: 24 de marzo del 2016).
23. Fundación CADAH. Tratamiento Farmacológico. En: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tratamiento-farmacologico-en-el-tdah.html> (Fecha de acceso: 24 de marzo del 2016).
24. Fundación CADAH. Tratamiento Multimodal. En: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tratamiento-del-tdah.html> (Fecha de acceso: 24 de marzo del 2016).
25. Seguro Social de Salud – EsSalud, Secretaría general, y Comité de Actualización del Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – EsSalud. Compendio Normativo EsSalud. 1ª edición. Lima, Perú. 2018. P.p. 14-15.

# ANEXOS

## ANEXO Nº01. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: ROULD TORRES, Allisson Margoth

ASESOR: VALLENAS PEDEMONTE, Francisco

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Beneficio del Tratamiento Multimodal en Pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015, Lima – Perú.

<b>VARIABLE DE ESTUDIO: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Requirió tratamiento	3	Nominal	Ficha de recolección de datos
Fármaco seleccionado	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>VARIABLE DE ESTUDIO: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Requirió tratamiento	3	Nominal	Ficha de recolección de datos
Terapia seleccionada	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>VARIABLE DE ESTUDIO: TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Requirió tratamiento	3	Nominal	Ficha de recolección de datos
Estrategia empleada	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>VARIABLE DE ESTUDIO: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</b>			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Sexo	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Edad actual	1	Escala	Ficha de recolección de datos
Subtipo	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Edad de presentación	1	Escala	Ficha de recolección de datos
Desarrollo psicomotor	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Familiar directo con TDAH	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tiempo de enfermedad	1	Escala	Ficha de recolección de datos
Comorbilidades	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>VARIABLE DE ESTUDIO: TRATAMIENTO MULTIMODAL</b>			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Abordaje inicial	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tiempo en tratamiento	1	Escala	Ficha de recolección de datos
Cumplimiento del tratamiento	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Adherencia al tratamiento	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Mejoría de síntomas	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Eficacia del tratamiento	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

## ANEXO Nº02. INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

BENEFICIO DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN PACIENTES CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO – JUVENIL, HOSPITAL NACIONAL "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN" DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2015

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. DATOS GENERALES

SEXO \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_

FICHA \_\_\_\_\_

#### II. DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

- a) Subtipo: TDAH I (1) TDAH HI (2) TDAH C (3)
- b) Edad de presentación:  
0-5 (1) 6-10 (2) 11-15 (3)
- c) Desarrollo psicomotor:  
Normal (1) Alterado (2)
- d) Familiar directo con TDAH:  
Si (1) No (2)
- e) Tiempo de enfermedad:  
<5ª (1) >5ª (2)
- f) Comorbilidades:  
01 comorbilidad (1)  
02 comorbilidades (2)  
03 o más comorbilidades (3)  
Ninguna (4)

#### III. TRATAMIENTO MULTIMODAL

- a) Abordaje inicial:  
Psicofarmacológico (1) Psicológico (2)  
Combinado (3) Ninguno (4)
- b) Tiempo en tratamiento:  
<5ª (1) >5ª (2)
- c) Cumplimiento de tratamiento:  
Regular (1) Irregular (2)
- d) Adherencia al tratamiento: Si (1) No (2)
- e) Mejoría de síntomas:  
01 síntoma: Atención (1) 02 síntomas:  
Hiperactividad-Impulsividad (2)  
03 síntomas: 3 síntomas nucleares (3)  
Ninguno (4)

- f) Eficacia del tratamiento multimodal: Si (1)  
No (2)

#### IV. TRATAMIENTO PSICOPEDAGOGICO

- a) Requirió T. Psicopedagógico:  
Si (1) No (2)
- b) Estrategia utilizada:  
Soporte académico (1)  
Educación personalizada (2)  
Ninguno (3)

#### V. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- a) Requirió T. Farmacológico:  
Si (1) No (2)
- b) Fármaco seleccionado:  
Metilfenidato (1) Atomoxetina (2)  
Ambos Fármacos (3) Ninguno (4)

#### VI. TRATAMIENTO PSICOLOGICO

- a) Requirió T. Psicológico:  
Si (1) No (2)
- b) Terapia empleada:  
02 psicoterapias: individual/familiar (1)  
03 psicoterapias: individual / familiar /  
grupal (2)  
> de 03 psicoterapias: individual /  
familiar / ocupacional / grupal /  
aprendizaje (3) Ninguna (4)

Autor: ROULD TORRES. Allisson M.

## ANEXO N°03. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**I. DATOS GENERALES:**

- I.1. Apellidos y Nombres del informante: VALLINAS PEDERMONTE, FRANCISCO  
 I.2. Cargo e institución donde labora: Docente UPSTB  
 I.3. Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 I.4. Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos  
 I.5. Autor (a) del instrumento: ROULD TORRES, Allisson Margoth

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

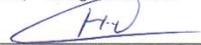
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.				✓	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.				✓	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría Tratamiento Multimodal en pacientes con TDAH				✓	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				✓	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				✓	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar el beneficio del Tratamiento Multimodal en pacientes con TDAH				✓	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				✓	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				✓	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptiva.				✓	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Merito de Dr publicado

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN**

80%

Lima, de Agosto de 2018



Firma del Experto Informante

D.N.I N° 07406196

Teléfono 999850103

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1. Apellidos y Nombres del informante: BARAN RODRIGUEZ EISI  
 1.2. Cargo e institución donde labora: DOCENTE UPSJB  
 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4. Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos  
 1.5. Autor (a) del instrumento: ROULD TORRES, Allisson Margoth

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría Tratamiento Multimodal en pacientes con TDAH					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar el beneficio del Tratamiento Multimodal en pacientes con TDAH					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptiva.					85%

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

Aplica

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN**

85%

Lima, de Agosto de 2018

Elsi Baran  
Firma del Experto Informante

D.N.I N° 19209583

Teléfono 977 414 879

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1. Apellidos y Nombres del informante: *ARCE MARTINO, Manuel David*  
 1.2. Cargo e institución donde labora: *Médico Psiquiatra Hospital Nacional Guillermo Almonara Cigoyen\**  
 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4. Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos  
 1.5. Autor (a) del instrumento: ROULD TORRES, Allisson Margoth

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría Tratamiento Multimodal en pacientes con TDAH					95%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar el beneficio del Tratamiento Multimodal en pacientes con TDAH					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptiva.					95%

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

*Aplicable en su totalidad*

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN**

95%

Lima, 2 de Agosto de 2018

*[Firma]*  
Firma del Experto Informante

D.N.I N° 07810367

Teléfono 958833411

Manuel David Arce Martino  
 Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil  
 C.M.P. 25651 R.N.E. 16826  
 RED ASISTENCIAL ALMONARA  
 ESSALUD

## ANEXO N°04. MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ALUMMNO:** ROULD TORRES, Allisson Margoth

**ASESOR:** VALLENAS PEDEMONTE, Francisco

**LOCAL:** Chorrillos

**TEMA:** Beneficio del Tratamiento Multimodal en Pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015, Lima – Perú.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b>  <b>PG:</b> ¿Cómo beneficia el tratamiento multimodal a pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?</p> <p><b>Específicos:</b>  <b>PE 1:</b> ¿Qué tratamientos se emplean como parte del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima – Perú?</p> <p><b>PE 2:</b> ¿De qué manera beneficia el tratamiento farmacológico a pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima – Perú?</p> <p><b>PE 3:</b> ¿Cuál es el beneficio del tratamiento psicológico en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?</p> <p><b>PE 4:</b> ¿Cómo contribuye el tratamiento psicopedagógico al beneficio de pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú?</p>	<p><b>General:</b>  <b>OG:</b> Describir el beneficio del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima - Perú</p> <p><b>Específicos:</b>  <b>OE 1:</b> Conocer los tratamientos que se emplean como parte del tratamiento multimodal en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima – Perú.</p> <p><b>OE 2:</b> Conocer la manera en que el tratamiento farmacológico beneficia a pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima – Perú.</p> <p><b>OE 3:</b> Identificar el beneficio del tratamiento psicológico en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima – Perú.</p> <p><b>OE 4:</b> Describir la contribución del tratamiento psicopedagógico en el beneficio de pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en Lima – Perú.</p>	<p>Por ser de naturaleza descriptiva, esta investigación no formuló hipótesis.</p>	<p><b>Variable De Estudio:</b>  Tratamiento Farmacológico  <b>Indicadores:</b>  -Metilfenidato  -Atomoxetina</p> <p><b>Variable De Estudio:</b>  Tratamiento Psicológico  <b>Indicadores:</b>  -T. Individual  -T. Familiar  -T. Ocupacional  -T. Grupal TDAH  -T. Aprendizaje</p> <p><b>Variable De Estudio:</b>  Tratamiento Psicopedagógico  <b>Indicadores:</b>  -Soporte académico  -Educación Personalizada</p> <p><b>Variable De Estudio:</b>  Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad  <b>Indicadores:</b>  -Subtipo  -Edad de Presentación  -Desarrollo Psicomotor  -Familiar Directo con TDAH  -Tiempo de Enfermedad  -Comorbilidades</p> <p><b>Variable De Estudio:</b>  Tratamiento Multimodal  <b>Indicadores:</b>  -Abordaje Inicial  -Tiempo en Tratamiento  -Cumplimiento del Tratamiento  -Adherencia al Tratamiento  -Mejoría de Síntomas  -Eficacia del Tratamiento Multimodal</p>

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p><b>- Nivel :</b> Básico</p> <p><b>- Tipo de Investigación:</b> Estudio de tipo Cuantitativo, No Experimental, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.</p>	<p><b>Población:</b> Pacientes con TDAH del Servicio De Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen", atendidos entre Julio a Diciembre del 2015 y que se encuentren recibiendo tratamiento multimodal.</p> <p><b>N=:</b> 868</p> <p><b>Tamaño de muestra:</b> 267</p> <p><b>Muestreo:</b> Muestreo Aleatorio Simple</p>	<p><b>Técnica:</b> Análisis Documental</p> <p><b>Instrumentos:</b> Ficha de Recolección de Datos</p>

## ANEXO Nº05. SOLICITUD DE PERMISO AL HOSPITAL PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La Victoria, 02 de Mayo de 2016.

Lic. Adm. Juan Carlos Fajardo Arana  
Jefe de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia  
Red Asistencial Almenara  
Presente:

**ASUNTO:** SOLICITO PERMISO PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

**De mi especial consideración:**

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez manifestarle que como alumna de la Universidad Privada San Juan Bautista, y habiéndolo estudiado en vuestra institución dos ciclos (VII y IX ciclo) , actualmente me encuentro cursando el XI ciclo de la carrera profesional de Medicina Humana y al aproximarme a la realización del internado médico, y siendo necesario para la obtención del título profesional de Médico Cirujano la ejecución y sustentación de una tesis, solicito a usted me brinde las facilidades para la ejecución de mi proyecto de tesis titulado: “ **Beneficio de la Terapia Multimodal en Pacientes Con Déficit de Atención con Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Julio a Diciembre del 2015 en La Victoria Lima – Perú**”.

Segura de contar con vuestro apoyo a lo solicitado, agradezco anteladamente la gentil deferencia brindada al presente.

Atentamente,

  
ALLISSON M. ROULD TORRES  
D.N.I. Nº 70849948

**Adjunto:**

- Hoja de Resumen de Proyectos de Investigación
- Copia del proyecto de tesis: 72 folios



# ANEXO N°06. FORMATO RESUMEN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## FORMA DE RESUMEN DE PROYECTOS DE INVESTIGACION

FECHA: 02/05/2016

TITULO: Beneficio de la terapia multimodal en pacientes con déficit de atención con hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almonara Ingoyen" de julio a diciembre del 2015 en la Victoria, Lima - Perú.		
AUTORES	CARGO	TITULO GRADO
1 ROJAS TORRES, ALESSIA M.	investigadora principal	Especialista de Medicina Humana
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

PROFESIONAL DEL HNGAI RESPONSABLE DEL ESTUDIO:

Dr. ARCE MARTINO, David

AREA DONDE SE LLEVARA A CABO EL ESTUDIO:

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil

AUTORIZACION DEL JEFE DE SERVICIO Y DEPARTAMENTO:

Dr. CANO URIA, Bernardo  
Dr. OSNAYO DELGADO, José

V.B.B. DR. CARLOS BEGNARON OSANOLUNA  
Jefe del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Hosp. Nac. "Guillermo Almonara Ingoyen"  
RED ASISTENCIAL ALMONARA  
ESSALUD

V.B.B. Dr. JOSE LUIS OSNAYO DELGADO  
Jefe Departamento de Psiquiatría  
C.M.P. N° 17888  
RED ASISTENCIAL ALMONARA  
ESSALUD

TUTOR:

Dr. ARCE MARTINO, David

MANUEL FRANCISCO MARTINO  
Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
C.M.P. N° 2363 / R.N.E. N° 16826  
RED ASISTENCIAL ALMONARA  
ESSALUD



TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, transversal, retrospectivo

PERIODO DE TIEMPO:

DESDE: Julio del 2015

HASTA:

Diciembre del 2015

PARTICIPACION DE SUJETOS HUMANOS:

SI

NO

X

ANIMALES:

SI

NO

X

COSTO DIRECTO:

COSTO TOTAL:

S/ 844.40

ENTIDAD FINANCIADORA:

Particular

RESUMEN DEL ESTUDIO: Tiene que ser breve - aproximadamente 200 palabras y debe responder la mayor cantidad posible de estas preguntas.

¿Cuál es el problema que se va a estudiar? Beneficio de la terapia multimodal en pacientes con Déficit de Atención con Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almonara Ingoyen" de julio a diciembre del 2015 en la Victoria, Lima - Perú.

¿Cuáles son las preguntas o hipótesis de la investigación? ¿Es beneficiosa la terapia multimodal en pacientes con Déficit de Atención con Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almonara Ingoyen" de julio a diciembre del 2015 en la Victoria, Lima - Perú?

¿Quién realizará el estudio (recolección de datos y/o análisis)?

Investigador Principal

¿Cuándo se realizará el estudio (recolección de datos y/o análisis)?

Julio a Diciembre del 2016.

¿Dónde se llevará a cabo la recolección de datos?

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

¿Qué métodos se usará para recolectar y/o analizar los datos?

Revisión de historias clínicas y llenado de ficha de recolección de datos.

¿Qué recursos se requieren para realizar el estudio?

- Recursos humanos (personal especializado y de apoyo)
- Recursos materiales (laptop, lápices, tablero, fichas de recolección de datos)

HOJA RESUMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

Título de la investigación: Beneficios de la terapia multimodal en pacientes con Déficit de Atención con Hiperactividad del servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almonara Ingoyen", de julio a diciembre del 2015 en La Victoria, Lima - Perú.
Nombre y Apellidos del Investigador Principal: Allison Rould Torres.
Órgano Desconcentrado donde se realizará la investigación: Red Asistencial Almonara.
Establecimiento donde se realizará la investigación: Hospital Nacional "Guillermo Almonara Ingoyen".
Departamento, Servicio o Unidad administrativa donde se realizará la investigación: Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
Resumen del proyecto de la investigación: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una entidad psiquiátrica de origen genético que por lo general no causa sospecha de la misma encajonando a los pacientes que padecen de ella dentro de múltiples categorías muy alejadas del verdadero diagnóstico. Como trastorno en sí, desde su inicio existe dificultad para determinar si es sólo algo pasajero como simple desatención por parte del niño por lo que es difícil para los padres reconocer si su niño necesita ayuda. Sin embargo, al interferir sobremanera en el desarrollo personal, psicológico, educativo y social del niño, los padres decidirán buscar ayuda con un profesional, el cual podrá diagnosticar de manera eficaz al paciente para que reciba el tratamiento oportuno que lo ayudará a sobrellevar su condición. El tratamiento es la Terapia Multimodal preferentemente, esto debido a que hay que trabajar los ámbitos que se ven más afectados como lo son el personal, académico y social. Dependerá de la prontitud con que se realice el diagnóstico, que si empieza a trabajar a la par con padres, familiares, maestros y su entorno en sí más cercano para que el paciente sienta en confianza y pueda relacionarse de manera adecuada. Actualmente, en nuestro país no contamos con cifras exactas como para obtener un promedio de cuántos niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad existen a nivel nacional, pero si se estima que cerca de un 8% de los niños se ve afectado con este trastorno, lo que equivale a cerca de 2 a 3 niños por cada salón de clases que pose las características del trastorno.
Presupuesto: (nuevos soles) S/ 844.40 (ochocientos cuarenta y cuatro soles con cuarenta céntimos).
Duración de la investigación: (meses) 6 meses (julio a diciembre del 2015).



**CURRICULUM VITAE DE LOS INVESTIGADORES**  
(Llenar un formulario para cada uno de los investigadores)

*Se debe consignar un Curriculum vitae no documentado para el investigador principal y cada uno de los investigadores asociados que participan en la investigación. Se espera obtener información específica de los investigadores, en relación con el contenido del estudio planteado.*

<b>DATOS PERSONALES:</b>		
Nombres y apellidos: Allison Margoth Roldán Torres		
Dirección domicilio: (calle, número, distrito, provincia, departamento, Régimen Laboral 276-728)		
Teléfono: 943836254	Fax:	Correo electrónico: allisson.rolan@gmail.com
<b>GRADOS Y TITULOS OBTENIDOS:</b> (comenzar con el más reciente)		
<b>Grado o título obtenido</b>	<b>Institución (nombre y lugar)</b>	<b>Año</b>
<b>ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN REALIZADAS RELACIONADAS CON EL TEMA DE INVESTIGACIÓN:</b> (comenzar con el más reciente)		
<b>Actividad</b>	<b>Institución (nombre y lugar)</b>	<b>Fecha</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACTUAL:</b>		
Cargo: (si tuviera responsabilidad jerárquica)		
Actividad:		
Servicio/Departamento/Unidad administrativa:		
Establecimiento o centro de labores:		
Órgano Desconcentrado:		
<b>PRODUCCIÓN INVESTIGATIVA:</b>		
<b>Título:</b>	<b>Publicada en:</b>	<b>Año</b>



## ANEXO N°07. APROBACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

**CARTA N° 3117 -OCID-G-RAA-ESSALUD-2016**

Lima, 06 de Junio del 2016

Señor Doctor

**JOSE LUIS OSNAYO DELGADO**

Jefe del Departamento de Psiquiatría

Red Asistencial Almenara – EsSalud

Presente.-

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informarle que el proyecto de investigación:

N° 076-2016

"Beneficio de la terapia multimodal en pacientes con déficit de atención con hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el HNGAI de Julio a Diciembre del 2015 en La Victoria, Lima - Perú"



**Autor: ROULD TORRES, ALLISSON MARGOTH – EST. MEDICINA HUMANA**

Fue evaluado en Reunión del Comité de Investigación de nuestro Hospital el día 06 de Junio del 2016, con la presencia de sus miembros: Dr. Carlos García Bustamante, Dr. Raúl Yeppez Adriaen, Lic. Silas Alvarado Rivadeneyra, Lic. Gaby Sonia Chávez Zegarra, Psic. Oscar Velásquez Aguilar y TM. Belkis David Parra Reyes, **siendo APROBADO.**

Sirva la ocasión para transmitirle mi especial consideración.

Atentamente,

**RED ASISTENCIAL ALMENARA**

Jc. Adm. **JUAN CARLOS FAJARDO ARANA**  
Jefe de la Oficina de Capacitación,  
Investigación y Docencia  
ESSALUD

c.c. Interesado/Archivo  
NIT. 753-2016-2636

## ANEXO N°08. SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

**CARGO**

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

La Victoria, 15 de Agosto de 2016.

Lic. Adm. Juan Carlos Fajardo Arana  
Jefe de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia  
Red Asistencial Almenara  
Presente:



Referencia: CARTA N°3117-OCID-G-RAA-ESSALUD-2016

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez en atención al documento de la referencia: APROBACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION N°076-2016: "Beneficio de la Terapia Multimodal en Pacientes Con Déficit de Atención con Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" de Julio a Diciembre del 2015 en La Victoria Lima - Perú", solicito las facilidades del caso para la habilitación de un total de 267 Historias Clínicas, en el horario de Turno tarde, según detalle adjunto (05 HC), en fecha a coordinar.

Segura de contar con vuestro apoyo a lo solicitado, agradezco anteladamente la gentil deferencia brindada al presente.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Allisson M. Rould Torres".

ALLISSON M. ROULD TORRES  
D.N.I.N° 70849948

Adjunto:

- Copia de carta de aprobación del proyecto de investigación

# ANEXO N°09. CONSTANCIA DE REVISIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA PROFESIONAL Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA “SAN JUAN BAUTISTA”



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 094-2018

Vista la Solicitud N°01-00261731 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

BENEFICIO DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN PACIENTES CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL, HOSPITAL NACIONAL "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN" DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2015

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS094**

Investigador(a) Principal: ROULD TORRES ALLISSON MARGOTH

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, ciñéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 02 de octubre de 2018



  
Gloria Antonieta Manrique Borjas  
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

[upsjb.edu.pe](http://upsjb.edu.pe)

**CHORRILLOS**  
Av. José Antonio Lavalle s/n  
(Ex Hacienda Villa)  
T: (01) 214-2500

**SAN BORJA**  
Av. San Luis 1923 - 1925  
T: (01) 212-6112 / 212-6116

**ICA**  
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300  
La Angostura, Subtanjalla  
T: (056) 256-666 / 257-282

**CHINCHA**  
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas  
(Ex-toche)  
T: (056) 260-329 / 260-402