



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

-----  
Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **PROTOCOLO DE CUIDADOS EN NIÑOS CON TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

Estudiante: Yesica Carujo López

Tutelado por: Miryam Inmaculada Bueno Arnau

Soria, 2016

## ÍNDICE

1. Resumen.....	Pág. 2
2. Introducción.....	3
3. Justificación.....	6
4. Objetivos.....	8
4.1. Objetivo principal.....	8
4.2. Objetivos específicos.....	8
5. Material y métodos.....	8
6. Resultados.....	14
6.1. Repercusiones en los distintos ámbitos.....	14
6.2. Actuación enfermera relacionada con el TDAH en A.P....	18
7. Discusión.....	32
8. Conclusiones.....	35
9. Bibliografía.....	36
10. Anexos.....	39
11. Agradecimientos.....	51

## 1. RESUMEN

El Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la edad infantil. Estos niños se caracterizan por presentar grandes dificultades a la hora de regular su nivel de actividad, inhibir sus impulsos y mantener la atención. El objetivo principal es conocer las necesidades de niños con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) desde un enfoque interdisciplinar. Este trabajo es una revisión bibliográfica. Enfermería debe realizar un papel importante en el seguimiento de estos niños y su familia, por ello se desarrolla una intervención hacia el niño con TDAH y sus padres para llevar a cabo en la consulta de enfermería pediátrica. La conclusión principal que se ha sacado es que enfermería puede y tiene un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación a la familia y resolviendo las dudas que puedan tener los padres. Por último es muy importante seguir un plan de cuidados en el que se haga participe tanto al niño como a la familia.

**Palabras clave:** enfermería y TDAH o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, actuación enfermera, Atención Primaria, intervención, psicoeducación, adaptaciones educativas y apoyo familiar.

## ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most prevalent psychiatric disorder in childhood. The symptoms that define this disorder are difficulties when managing their activity level, their impulses and sustaining attention and concentration. Due to this disorder different fields of the child's life are affected. The main objective is to meet the needs of children with Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD) from an interdisciplinary approach. This paper is a review of the literature. Nursing must perform an important role in the follow-up of these children and their families, therefore develops intervention towards the child with ADHD and their parents to carry out the consultation of pediatric nursing. The main conclusion that he has drawn is that nursing can and has an important role through the monitoring and control of these children, carrying out family psychoeducation and resolving

the questions that parents may have. Finally, it is very important to follow a plan of care that become involved both the child and the family.

**KEYWORDS:** nursing, attention déficit hyperactivity disorder, acting nurse, primary care, intervention, treatment, psychoeducation, educational adaptations, family support.

## 2. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico, que se inicia en la edad infantil y se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuadas a la edad de desarrollo (1).

A lo largo de la historia hay muchos autores o escritos que describieron el TDAH; durante el Siglo XIX encontramos escritos en los que se habla de este trastorno. La condición de “déficit de atención” ha existido siempre pero en 1798 aparecen las primeras menciones en documentos médicos. Alexander Crochton describe en los niños una enfermedad de “atención”, que hoy se conoce como Trastorno de Atención y se agrupa con el espectro de autista. Este médico escocés la describe como “una inquietud mental que les hacia incapaz de atender con constancia” (1)(2).

En 1845 Heinrich Hoffman, psiquiatra alemán describe las características del trastorno en un poema donde Phillipp no puede estarse quieto para cenar, no presta atención a sus padres, se balancea en la silla.

En 1902 el pediatra George Still definió por primera vez el TDAH, describe una enfermedad en la que los niños no podrían inhibir su comportamiento y se muestran desafiantes, inquietos y desatentos. El la llama un “defecto de carácter moral” y cree que es un daño cerebral y que también podría tener una base biológica. Los niños con estos comportamientos fueron juzgados moralmente.

En 1947 Strauss y Lehtinen desarrollan el concepto de “Lesión Cerebral Mínima o Disfunción Cerebral Mínima”.

Ya en 1960 se habla de una conexión genética y por tanto, una base biológica, en la raíz del trastorno por déficit de atención. Aparece la primera descripción del síndrome en la American Psychiatric Association en el Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales conocido por las siglas DSM.

En 1970, a la hiperactividad se le asocia la impulsividad y la distracción como características de este síndrome. Es en 1980 cuando el trastorno adquiere el nombre de trastorno de déficit de atención y en 2001 se establece el término actual (1)(2).

Barkley (1997) propuso uno de los modelos cognitivos más respaldado por las comunidades científicas, en el que se plantea como síntoma principal del trastorno un déficit en la inhibición conductual lo cual genera un déficit en las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, autorregulación de las emociones, internalización del habla y la planificación) (3).

En el año 2006, se estimaba que entre el 3% y el 6% de los niños en edad escolar presentaban este síndrome. La mayoría se trata con medicamentos estimulantes y no estimulantes. La gran cantidad de diagnósticos y tratamientos con medicamentos hace creer que se hace con exceso. Aunque independiente de la terapia médica que se siga, los diagnósticos corresponden a la realidad.

El TDAH ha presentado una gran evolución en los últimos años. Su diagnóstico ha aumentado y con ello han crecido las polémicas acerca de su posible sobrediagnóstico. Su prevalencia actualmente varía entre un 3-6% en niños y aproximadamente un 3% en adultos. El aumento del diagnóstico viene justificado porque hace 15 años el TDAH era desconocido para muchos profesionales. Cuando aparecían estos casos se hablaba de que un niño era vago o malo y ahora sabemos las dificultades que estos niños presentan en su día a día. Estos niños tienen dificultades para regular su comportamiento y actuar conforme a lo esperado para su edad, esto les dificulta su adaptación en el entorno familiar, escolar y social. Conforme van creciendo, las exigencias son mayores, se les pide más autocontrol y esto les supone un problema, no

porque no quieren, ya que también hay niños con problemas de conducta, sino por las dificultades que tienen. Por ello tiene que haber un diagnóstico (1)(4).

Hay mucha polémica en el término TDAH ya que es visto desde distintos ámbitos, desde distintos profesionales y su fuente de conocimiento; por lo que cada uno lo define y lo ve desde distintos punto de vista. Un sociólogo vería que hay muchas cosas que cambiar en la sociedad ya que vivimos estresados y muchos padres no puedan prestar la atención necesaria a sus hijos. Desde el ámbito educativo, un pedagogo dirá que el sistema educativo no ayuda mucho. Un psicólogo familiar, al estudiar ese ámbito verá problemas como que las normas no están claras, la autoridad no está bien asentada y falta tiempo para compartir con el niño. Un psicólogo cognitivo diría que son niños que no controlan su pensamiento, su atención, su diálogo interno, por lo que les cuesta controlarse. En el caso de un psicólogo conductivo, daría importancia a implementar un programa con normas y consecuencias, premios y castigos. Un neuropsicólogo afirmará que hay zonas del cerebro que no están funcionando bien. Mientras que un profesional sanitario, médico o de la farmacología valorará fallos en neurotransmisores y la necesidad de un fármaco (4).

La realidad es que se necesita trabajar el tratamiento multidisciplinar conjuntamente para lograr una mejoría en la situación de los niños con TDAH.

La consulta de Enfermería de Pediatría de los Centros de Atención Primaria puede ser un recurso de coordinación interdisciplinar para el seguimiento y refuerzo de las intervenciones de otros profesionales además de fomentar acciones desde la práctica autónoma en el tratamiento del niño diagnosticado de TDAH y su familia. Una de las enfermeras teóricas que define el objetivo de enfermería es Dorothea Orem.

Para la atención a personas con necesidades psicológicas especiales, los profesionales de enfermería cuentan con la teoría de Dorothea Orem. Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de

ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente (11).

Para saber más sobre el TDAH se ha hecho un Anexo (ver anexo 1).

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La elección de este tema para la realización del Trabajo de Fin de Grado lo veo importante para mi desarrollo personal y profesional; y profundizar en el estudio tan debatido del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Para conocer su historia, causas, sintomatología, realidad y situación actual; ya que es una enfermedad que cada día está más presente en nuestras vidas y no se sabe muy bien cómo abordarla en las consultas de Atención Primaria.

La consulta de enfermería supone un lugar propicio para llevar un control del niño con TDAH y a la vez poder realizar un papel educativo con los padres y servirles de apoyo. En primer lugar, es importante solucionar las dudas que los padres puedan tener sobre el trastorno de sus hijos; también se les informará acerca de la existencia de distintas asociaciones, donde podrán recibir apoyo de otras personas que se encuentran su misma situación. Y nunca olvidarnos de los niños y lo que ellos pueden necesitar.

Lo que también pretendo con este trabajo es la búsqueda de los distintos protocolos y actuaciones de enfermería en esta enfermedad; y así ver si hay buenos resultados con lo encontrado y la realización de una comparativa con las actuaciones.

Otra razón por la que he decidido tratar este tema es porque tiene relevancia epidemiológica ya que arrojan unos datos de interés como (1)(2)(3):

- El 30% de niños con TDAH llegan a la adolescencia con síntomas mínimos, otro 30% pueden llegar a la edad adulta siendo indiferenciables del resto, pero en el 40% restante siguen manifestándose síntomas con mayor o menor intensidad. Actualmente se considera el TDAH como una enfermedad crónica, no curable, aunque sí aceptablemente manejable con un tratamiento adecuado y precoz.
- El 50-60% de los pacientes serán adultos con accidentes (tráfico, laborales), inestabilidad laboral, inestabilidad de pareja, embarazo precoz, consumo de drogas, ansiedad, depresión...
- Un 10-15% presentarán en su adolescencia: trastorno del comportamiento, consumo drogas, consumo excesivo de alcohol, delincuencia, marginalidad....



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo principal:**

- Conocer las necesidades de niños con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) desde un enfoque interdisciplinar.

### **4.2. Objetivos específicos:**

- Describir las necesidades de niños con TDAH desde el ámbito clínico, educativo y en cuanto a las intervenciones psicológicas.
- Describir una intervención, llevada a cabo en la consulta de enfermería.
- Describir un modelo de atención de acuerdo a las guías clínicas vigentes.
- Conocer la atención que se le presta al niño-familia con TDAH, por parte de las administraciones y a todos los profesionales (médicos y no médicos) que atienden al niño.
- Explorar las necesidades de apoyo y asesoramiento de las familias de niños con TDAH.

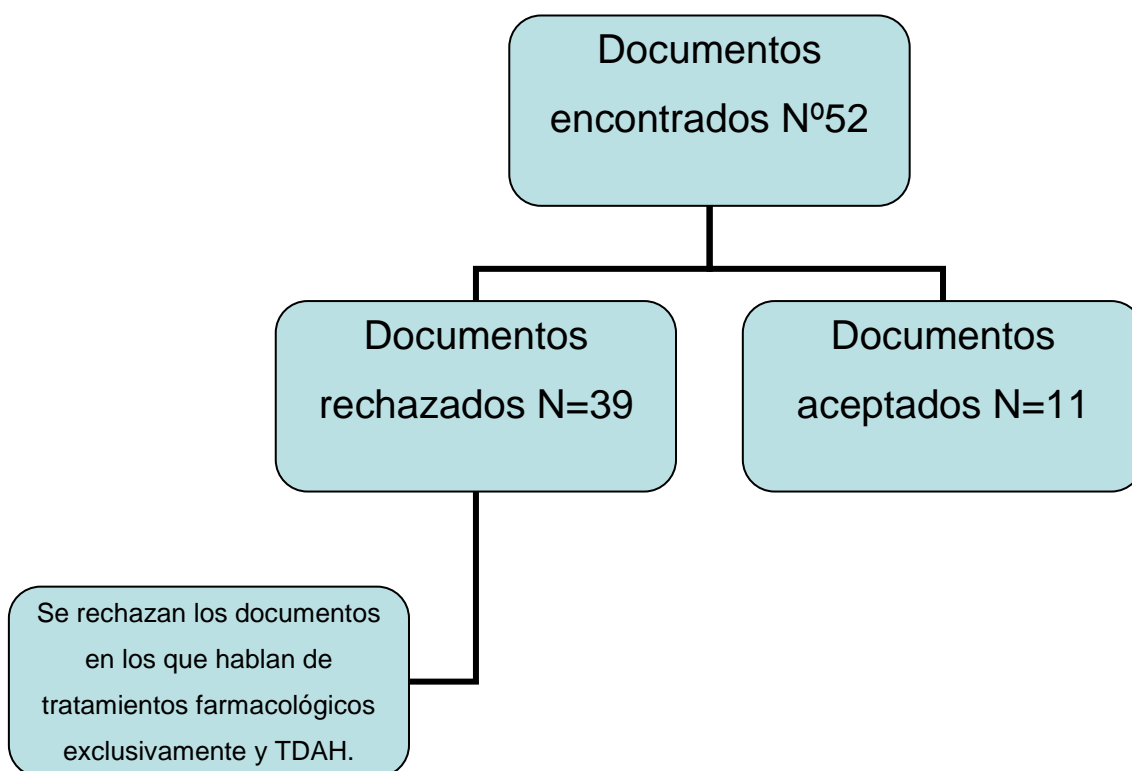
## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

Recogida de datos:

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través del buscador Google Académico (Scholar ggogle), en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo y en revistas especializadas a través de Dialnet y la editorial Elsevier. En esa búsqueda se han obtenido distintos artículos, protocolos, guías y monografías acerca del TDAH. Los descriptores utilizados para esta búsqueda han sido enfermería y TDAH o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, actuación enfermera, Atención Primaria, intervención, psicoeducación, adaptaciones educativas y apoyo familiar.

Se recogen los hallazgos más interesantes en relación con la investigación de dicho tema. De esta manera se produce una aproximación a la realidad concreta de estos niños con TDAH en el ámbito clínico.

En la búsqueda realizada se han encontrado 52 artículos/protocolos de los cuales se han rechazado 39; en el que los criterios de exclusión han sido: artículos o publicaciones que hablan de exclusivamente de tratamientos farmacológicos y del TDAH en adultos. Con lo que se han incluido finalmente 11 publicaciones; en la que los criterios de inclusión han sido: artículos escritos en castellano y/o inglés, que hablan sobre niños con TDAH y cuidados de enfermería.



**Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica**

**TABLA 1: Descripción de los artículos científicos utilizados.**

AUTORES	REVISTA	TÍTULO	METODOLOGÍA	CONCLUSIONES
María Isabel Nieves-Fiel	Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes	Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado	Estudio cualitativo.	Mejora en la autonomía y en problemas atencionales, ya que el número de distracciones y olvidos había disminuido y era capaz de realizar las tareas en el tiempo indicado. Su rendimiento escolar también había mejorado considerablemente ya que las calificaciones de los exámenes eran mejores que al inicio del tratamiento, además de la ejecución de deberes, trabajos y tareas escolares. La técnica más eficaz que alcanzó los mejores resultados fue la economía de fichas, ya que fue principalmente lo que permitió la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de las conductas inadecuadas.
E. Cardo, M. Servera	Revista Neurológica	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación	Revisión bibliográfica	Se cree que es necesario añadir la cuestión clave que supondrá el toque de calidad en la investigación sobre el TDAH en todos los ámbitos: la perspectiva de la psicopatología evolutiva.
E. Rodríguez-Salinas Pérez, M. Navas Garcíab, P. González Rodríguezc, S. Fominaya Gutiérrezd, M. Duelo Marcose	Revista Pediatría de Atención Primaria.	La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH)	Revisión bibliográfica	La cooperación entre el pediatra y el maestro, entre la escuela y el centro de salud, es provechosa para la evolución de los niños con TDAH y otros trastornos disruptivos.

Joaquín Díaz Atienza	Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente	Comorbilidad en el TDAH	Revisión bibliográfica	No podemos ignorar que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o trastorno hiperactivo, es un “síndrome” muy diverso. Todo lo contrario de lo que se pretende dar a entender en la gran mayoría de las publicaciones sobre el tema.
M. Loro-López, J. Quintero, N. García-Campos, B. Jiménez-Gómez, F. Pando, P. Varela-Casal, J.A. Campos, J. Correas-Lauffer	Revista Neurológica	Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Revisión	Teniendo en cuenta las evidencias de las que disponemos hasta la fecha, el tratamiento de los pacientes con TDAH debe planificarse bajo una perspectiva multimodal, basado en el uso complementario de los recursos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos necesarios, y en estrecha coordinación entre los profesionales (médicos, psicólogos y educadores) y la familia.
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD	Ministerio de Ciencia e Innovación	Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes	Guía de Práctica Clínica	Es importante tener presente que, en la práctica, los indicadores disponibles no son perfectos y constituyen una aproximación de una situación real. Su objetivo es proporcionar información útil para facilitar la toma de decisiones. Son medidas cuantitativas que si se obtienen con periodicidad permiten analizar su evolución en el tiempo (monitorización).

Alfonsa Lora Espinosa	Asociación de Andalucía Pediatras Atención Primaria	Déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. La necesidad de un trabajo conjunto	Revisión bibliográfica	El TDAH es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente en la infancia y está infradiagnosticado en nuestro medio. En la mayoría de los casos es un trastorno leve, con sintomatología cercana a la normalidad pero con evolución potencialmente seria. Requiere un diagnóstico precoz. Requiere el trabajo en equipo de forma coordinada de padres y profesionales..
Dña. MARIA DOLORES TEVA GALÁN	Tesis Doctoral	Estudio de los factores de riesgo asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Estudio observacional analítico de casos y controles	El sexo varón (OR: 4.55) y tener hermanos afectados de TDAH (OR: 5.3) son factores de riesgo significativos para padecer un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los hijos nacidos de madres con bajo nivel socioeconómico tienen también un riesgo aumentado de padecer el trastorno (OR: 2.2).
J. Vaquerizo-Madrid, C. Cáceres Marzal	Vox Pediátrica	El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica	Revisión Bibliográfica	Sus indicaciones conocidas y seguras han sido hasta ahora los síntomas de todos los subtipos del TDAH en niños mayores de 6 años, adolescentes y adultos, y la narcolepsia. Las indicaciones probables son las formas clínicas del TDAH en preescolares y la distrabilidad e hiperactividad asociadas de manera comórbida al retraso mental, autismo de alta capacidad, trastorno de Asperger.

E. Cardo, M. Servera, J. Llobera	Revista Neurológica	Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca	Estudio de Prevalencia	Los datos sugieren que es posible utilizar una estrategia psicométrica para establecer, con un rigor aceptable, la tasa de sospecha global de TDAH y para ello las ADHD RS-IV pueden ser un buen instrumento incluso en nuestro entorno.
----------------------------------	---------------------	--	------------------------	--

## **6. RESULTADOS**

Los resultados que a continuación se presentan se dividen en 2 apartados, los cuales dan respuesta a los objetivos anteriormente planteados en la investigación.

El primer punto comprende los hallazgos referentes a las necesidades de los niños con TDAH e incide en las consecuencias que tiene este trastorno en los distintos ámbitos.

Lo que se pretende es resaltar la importancia de un enfoque multimodal en el tratamiento del TDAH, en el que también se debe realizar un abordaje psicoeducativo del niño, su familia y su entorno. La escuela es uno de los ámbitos donde más problemas tienen estos niños, de ahí la importancia de que se lleven una serie de intervenciones que puedan facilitar al niño la adquisición de conocimientos. El TDAH es un trastorno no prevenible en la mayoría de casos por lo que lo principal será su detección precoz para así iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible y evitar los problemas asociados (mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sociales, trastornos de conducta). Mediante el acercamiento a la realidad del TDAH, se pretende conocer las repercusiones de este trastorno en los distintos ámbitos (salud, psicológico, escolar y familiar).

### **6.1. Repercusiones del TDAH en los distintos ámbitos:**

#### **Ámbito de la salud y comorbilidades**

El TDAH es el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia en la infancia. Hay que decir que en España no existe la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, es decir, psiquiatras que tengan formación específica en niños y adolescentes (como si hay en otros países), los niños son valorados por pediatras, neurólogos o psiquiatras. Estos niños tienen dificultad para concentrarse en actividades o tareas, no mantienen la atención, se distraen con facilidad, son impulsivos e impredecibles, no toleran la frustración, les resulta difícil habituarse a los cambios...etc. Para el diagnóstico, el especialista recoge

la Historia Clínica del paciente, entrevistando al niño y recogiendo información tanto de los padres como de los profesores del niño. Se realiza también una exploración física. Por último se pasan un test de inteligencia y test de funciones ejecutivas. Los datos objetivos recogidos a través de estos instrumentos y test psicométricos se contrastan con la información obtenida del niño, la familia y los profesores. Ya que se dan casos en que los resultados de los test son favorables, pero esta última puede aportar información cualitativa que modifique significativamente la consideración diagnóstica.

Para poder hablar de trastorno los síntomas deben haber aparecido antes de los 7 años y persistir durante los últimos 6 meses. Estos síntomas se deben manifestar en al menos 2 entornos, produciendo una disfunción importante (social, académica o laboral) y resultar inadecuados al compararlos con niños de su misma edad. Por último no debe existir otro trastorno mental que pueda explicar los síntomas, para ello se debe realizar un diagnóstico diferencial. El desarrollo en la infancia no es igual en todos los niños por ello para el diagnóstico de TDAH frecuentemente se espera hasta los 6 o 7 años, dando la oportunidad de madurar hasta esta edad. Los síntomas ya se perciben en el niño más pequeño, son niños muy inquietos, impulsivos, con dificultad en la coordinación motora, les cuesta adaptarse socialmente, tienen conductas negativistas... Conforme se hacen mayores aparecen las dificultades escolares, los problemas para organizarse, se vuelven impacientes y en muchos casos los niños tienen baja autoestima debido a que continuamente están haciendo cosas mal.

### **Ámbito psicológico**

En este ámbito es importante que el entorno del niño entienda que le pasa, porque no puede, qué dificultades tiene y cómo poder ayudarle, esto es la psicoeducación. Se interviene con la familia, la escuela y el niño. Las intervenciones con la familia van destinadas en primer lugar a que entiendan lo que le sucede al niño, muchos padres no lo entienden y les hace desesperarse. Se les indican pautas para ayudar a sus hijos a hacer las cosas, interiorizarlas y crear hábitos. Un niño con TDAH no aprende solo con decírselo, tiene que



aprender de la experiencia. Por ello es importante que sus actos tengan consecuencias, es decir, que cuando hagan las cosas bien haya unas consecuencias positivas y cuando las hagan mal haya unas repercusiones negativas. De esta forma la próxima vez que el niño vaya a hacer algo tendrá el recuerdo agradable o negativo de lo que le pasó y pensará si hacerlo. Deben asimilar unos hábitos y establecer acciones-consecuencias. También hay intervenciones con el propio niño, estos niños hacen constantemente las cosas mal y eso daña su autoestima, por ello debe entender su problema y si tiene asociado otro trastorno psicológico como ansiedad o depresión, debe aprender su manejo. Así mismo es importante trabajar las habilidades sociales en niños con problemas de comportamiento.

### **Ámbito escolar**

La escuela puede facilitar el diagnóstico del TDAH ya que los niños pasan mucho tiempo en ella y los profesores pueden observar muchas conductas. El niño se mueve constantemente, no aguanta haciendo la actividad propuesta, interrumpe constantemente... Considera que se necesitaría algo más de información sobre este trastorno entre los profesores para así colaborar más en su diagnóstico. Los modelos de enseñanza pasivos (estar en clase sentado, repitiendo conceptos) dificultan mucho el aprendizaje, tanto de niños con TDAH como de aquellos sin el trastorno. Por el contrario otros modelos de educación más activos en los que los niños realizan actividades fuera del aula convencional (por ejemplo huertos y talleres) funcionan mejor. El tipo de educación pasiva no favorece la adaptación, de igual manera que para los profesores el tener a su cargo una clase con muchos alumnos dificulta el poder prestar esa atención extra a niños que tienen unas necesidades educativas especiales.

Existen distintas adaptaciones que se pueden llevar a cabo en el aula para mejorar el aprendizaje de un niño con TDAH como son:

- Poner al niño cerca del profesor, en primera fila, rodeado de otros alumnos tranquilos y evitando distracciones.

- Hacerle participe de la clase, permitiéndole hacer cosas, repartir folios, dibujar...
- Favorecer que el niño con TDAH siga la clase, haciéndole preguntas, escribiendo una guía en la pizarra y tachando lo que está hecho, resumir los puntos anteriores, de esta forma permites que vuelva a seguir la clase si se ha descentrado.
- Las tareas que sean pocas y variadas. Es mejor ir dándole los ejercicios de uno en uno y controlándole el tiempo y la realización de las actividades de forma discreta.
- Recordarle el horario, las actividades escolares próximas, cuando tiene que entregar trabajos, tareas...
- En los exámenes darles el tiempo suficiente para prepararlo (al menos una semana) y comprobar que lo tenga bien apuntado. Las preguntas deben ser cortas y directas y mejor si se realiza de forma oral.
- Hay que tener en cuenta que son niños que hacen constantemente las cosas mal y esto daña su autoestima, para evitar esto los profesores deben evitar reñirles constantemente y decirles todo delante de la clase, lo que puede avergonzarles
- Es importante que el niño tenga una persona de apoyo o referencia dentro del centro, al cual pueda acudir en caso de tener problemas con otros compañeros o profesores. El problema de estas adaptaciones, es que su puesta en marcha depende de la voluntad de cada profesor.

### **Ámbito familiar**

La repercusión del TDAH es muy grande en el ámbito familiar. Los padres frecuentemente acaban desbordados por lo difícil que es educar y criar a su hijo. Los padres se encuentran con un hijo que no hace caso a nada de lo que se les dice. Muchos no llegan a entender cómo su hijo puede estar 3 horas concentrado haciendo algo en el ordenador y a la hora de hacer las tareas no puede estar atento ni 3 minutos. Esto ocurre porque el ordenador es muy estimulante y es él el que capta la atención del niño sin que este tenga que realizar ningún esfuerzo.

Dentro de los subtipos que se conocen (inatento, hiperactivo/impulsivo y combinado) resalta que el inatento es totalmente distinto en síntomas a los otros, y el más difícil de llevar es el combinado ya que esos niños no tienen filtro. Los niños con TDAH, al tener alteradas las funciones ejecutivas, tienen carencias en la planificación, convivir con ellos se hace difícil tanto en casa como en el colegio. La convivencia es difícil para los padres pero también para los hermanos. Mediante las escuelas de padres se les enseña a entender cómo funcionan sus hijos y distintas técnicas para manejarlos. Además estos padres se ven frecuentemente en situaciones nada agradables ya que sus hijos son considerados como niños maleducados. Hoy en día muchas personas no saben cómo tratar a estos niños (12).

## **6.2. Actuación enfermera relacionada con el TDAH en AP**

Con base en los conceptos que componen el metaparadigma enfermero (persona, salud, entorno y cuidados) se propone la aplicación del modelo de autocuidados de Dorothea Orem anteriormente citado, ya que es el más utilizado por la enfermería de Atención Primaria (AP) y con buena aplicabilidad para la enfermería psiquiátrica o de salud mental.

En todas las revisiones del programa de atención al niño sano (ANS) a partir de los 4 años, con especial interés en las de los 6 y 8 años, la enfermera hará una valoración que posibilite la obtención de alguno/s de los diagnósticos enfermeros susceptibles de iniciar el protocolo de actuación conjunta enfermera-pediatra ante un niño con sospecha de TDAH y posteriormente realizara las intervenciones puntuales pertinentes (NIC) según los resultados previstos (NOC) teniendo siempre en cuenta la edad y capacidad de interrelación con el paciente.

### **Diagnósticos enfermeros (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones aconsejadas (NIC)**

Se han seleccionado todos los diagnósticos posibles con sus factores relacionados. Aunque no se encontraran siempre todos en un mismo sujeto.

Se describirán todos ellos con la intención de servir de orientación a la enfermera a lo largo de sus intervenciones con estos pacientes, tanto en la etapa de valoración como en la de seguimiento posterior.

Los diagnósticos se han agrupado por patrones funcionales de Marjory Gordon, pero también indicamos su dominio y clase de referencia según taxonomía NANDA. Dentro de cada patrón funcional se ha priorizado el orden de los diagnósticos atendiendo a la probabilidad de aparición y lo mismo para sus factores relacionados. Se hace alguna referencia concreta para determinados grupos de edad o en el caso de valoración de los padres y/o familiares.

Para tener una visión holística del proceso también se mencionan todos los criterios de resultados posibles ante un determinado diagnóstico, así como las intervenciones más adecuadas en AP para conseguir dichos objetivos. Cada niño con TDAH requerirá un abordaje distinto dependiendo del subtipo de TDAH, de la edad, familia, comorbilidades asociadas y de si estamos ante una primera consulta de despistaje, de confirmación de diagnóstico o de seguimiento de un caso.

## **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON EL TDAH**

### **PATRÓN 1. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO (13)**

DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

CLASE 2. GESTIÓN DE LA SALUD: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

#### **1º. Mantenimiento ineficaz de la salud (00099). Relacionado con:**

- Habilidades para la comunicación deficientes.
- Falta de logro de las tareas de desarrollo.
- Incapacidad para realizar juicios apropiados.
- Deterioro cognitivo.
- Afrontamiento familiar y/o individual ineficaz.

***Criterios de resultado NOC (14):***

- Detección del riesgo.
- Nivel de autocuidado.
- Conducta de búsqueda de la salud y de fomento de la salud
- Conocimiento: conducta sanitaria, fomento de la salud y régimen terapéutico.
- Estado de salud del estudiante.
- Autogestión de los resultados.
- Soporte social.

***Intervenciones principales (NIC) (15):***

- Identificación de riesgos.
- Educación sanitaria.
- Enseñanza: individual, procedimiento/tratamiento.
- Facilitar la autorresponsabilidad.
- Ayuda al autocuidado.
- Fomentar la implicación familiar.
- Grupo de apoyo

**2º. Descuido personal (00193). Relacionado con:**

- Mantenimiento del control.
- Disfunción del lóbulo frontal y de la habilidad de procesamiento ejecutivo.
- Depresión. (Relevante en adolescentes).
- Abuso de sustancias. (Relevante en adolescentes).

***Criterios de resultados (NOC):*** Fomentar y/o favorecer,

- Autocuidados: baño e higiene.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Manejo y modificación de la conducta.

**3º. Gestión ineficaz de la propia salud (00078) y/o Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080). Relacionados con:**

- Conflicto de decisiones.
- Conflicto familiar.
- Demandas excesivas familiares.
- Complejidad del régimen terapéutico.
- Déficit de soporte social.
- Complejidad del sistema de cuidados de la salud.

***Criterios de resultados (NOC):***

- Afrontamiento de los problemas de la familia.
- Conocimiento: régimen terapéutico.
- Normalización de la familia.
- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Aumentar el afrontamiento.
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento, proceso de enfermedad.
- Fomentar la implicación y la normalización familiar.
- Apoyo en tomas de decisiones.

**PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO**

**DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO.**

**CLASE 2. ACTIVIDAD/EJERCICIO:** Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente contra resistencia.

**1º. Déficit de actividades recreativas (00097). Relacionado con:**

- Entorno desprovisto de actividades recreativas.

***Criterios de resultados (NOC):***

- Motivación.
- Participación en actividades de ocio/juegos.
- Clima social de la familia.
- Implicación social.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Potenciación de la socialización y terapia de entrenamiento y con juegos. A veces se requiere la participación de un psicólogo.
- Facilitar la responsabilidad.
- Apoyo a la familia.
- Mantenimiento en procesos familiares.

**PATRÓN 5. REPOSO-SUEÑO**

**DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO.**

**CLASE 1. SUEÑO/REPOSO:** Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.

**1º. Insomnio (00095). Relacionado con:**

- Ansiedad.
- Depresión.
- Estrés.
- Medicamentos (a tener en cuenta en el seguimiento).

**2ª. Deprivación del sueño (00096). Relacionado con:**

- Malestar prolongado (psicológico).
- Movimientos periódicos de las extremidades (piernas inquietas, tics).
- Uso prolongado de estimulantes farmacológicos (a tener en cuenta en el seguimiento).

***Criterios de resultados (NOC):***

- Descanso.
- Equilibrio emocional.
- Sueño.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Manejo de la energía.
- Control del humor.
- Manejo de la medicación. (Posible derivación al médico).
- Mejorar el sueño.

**PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO**

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

CLASE 4. COGNICIÓN: Uso de la memoria, aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

**1º. Conocimientos deficientes (00126). Relacionado con:**

- Dificultad para recordar.
- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.

**PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

CLASE 1: AUTOCONCEPTO: Percepción/es sobre la totalidad del propio ser.

**1º. Desesperanza (00124). Relacionado con:**

- Estrés de larga duración.
- Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento.



***Criterios de resultados (NOC):***

- Calidad de vida.
- Equilibrio emocional.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Clarificación de valores. Mostrar nuevas alternativas que no tenga contempladas hasta ese momento.
- Dar esperanza. Apoyar y empatizar.
- Control del humor. Enseñar técnicas de relajación para disminuir el estrés y canalizar la frustración.

**3º. Impotencia (00125). Relacionado con:**

- Interacción interpersonal.
- Estilo de vida desvalido.

***Criterios de resultados (NOC):***

- Autonomía personal.
- Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Apoyo en la toma de decisiones.
- Potenciación de la autoestima. Destacando aquellas actividades que realice correctamente.
- Facilitar la responsabilidad propia. Encargando tareas cada vez más complejas según se vayan alcanzando objetivos intermedios.

CLASE 2: AUTOESTIMA: Valoración de la propia valía, capacidad, trascendencia y éxito.

**1º. Baja autoestima situacional (00120). Relacionado con:**

- Falta de reconocimiento.

- Fracasos.
- Rechazos.
- Cambio en el rol social.

***Criterios de resultados (NOC):***

- Autoestima.
- Modificación psicosocial.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Potenciación de la autoestima.
- Aumentar el afrontamiento. Enseñar a reaccionar ante las adversidades.
- Guía de anticipación. Enseñar a conocer los signos de alerta que indican que la situación empeora para poner medidas lo antes posible.
- Escucha activa, favoreciendo la disponibilidad del profesional.

**DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN**

CLASE 3: VIOLENCIA: Empleo de la fuerza o poder excesivo de modo que provoque lesión o abuso.

**1º. Riesgo de suicidio.** (Mayor relevancia en > 14 años).

***Criterios de resultados (NOC):***

- Autocontrol del impulso suicida.
- Equilibrio emocional

***Intervenciones principales (NIC):***

- Prevención del suicidio.
- Control del humor.

**PATRÓN 8. ROL-RELACIONES**

**DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN**

## CLASE 3: VIOLENCIA

### **1º.Riesgo de violencia dirigida hacia otros.**

#### ***Criterios de resultados (NOC):***

- Autocontrol de los impulsos.
- Autocontrol de la agresión.

#### ***Intervenciones principales (NIC) a realizar tanto en consulta como en casa por la familia y en el colegio por los profesores:***

- Ayuda para el control del enfado.
- Entrenamiento para controlar los impulsos.
- Manejo ambiental: prevención de la violencia.

### **PATRÓN 8. ROL-RELACIONES (A considerar en los padres y/o familiares, si procede)**

#### DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

CLASE 2: RELACIONES FAMILIARES: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

### **1º. Procesos familiares disfuncionales (00063). Relacionado con:**

- Habilidades de afrontamiento inadecuadas.
- Falta de habilidades para la solución de problemas.

#### ***Criterios de resultados (NOC) encaminados a mejorar el:***

- Afrontamiento de los problemas de la familia.
- Clima social de la familia.
- Funcionamiento de la familia.
- Resistencia familiar.
- Ejecución del rol de padres.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Educación paterna: niño, adolescentes, crianza familiar de los niños.
- Apoyo a la familia.
- Aumentar el afrontamiento.
- Mantenimiento en procesos familiares.
- Terapia familiar.
- Estimulación de la integridad familiar.
- Fomentar la resistencia a la situación deteriorada.

**PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS**

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

CLASE 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO: Proceso de gestionar el estrés del entorno.

**1º. Afrontamiento inefectivo (00069). Relacionado con:**

- Inadecuado nivel de percepción del control.
- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Incapacidad para afrontar las energías adaptativas.

***Criterios de resultados (NOC):***

- Afrontamiento de problemas.
- Autocontrol de los impulsos.
- Control del riesgo: consumo de alcohol y drogas.
- Facilitar la adecuada toma de decisiones.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Asesoramiento.
- Aumentar el afrontamiento.
- Establecer límites claros y constantes, en casa y escuela.
- Apoyo en toma de decisiones.

- Entrenamiento para controlar los impulsos (técnicas de relajación).
- Prevención del consumo de sustancias nocivas. Empezar en preadolescencia.

**2º. Ansiedad (00146). Relacionado con:**

- Necesidades no satisfechas.
- Cambio en los patrones de interacción, el estatus del rol.

***Criterios de resultados (NOC):***

- Afrontamiento de problemas.
- Autocontrol de la ansiedad.
- Concentración.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Apoyo emocional.
- Guía de anticipación.
- Escucha activa.
- Aumentar el afrontamiento.
- Disminución de la ansiedad.
- Técnica de relajación.

**3º Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210).**

**Relacionado con:**

- Control deficiente de los impulsos.
- Desórdenes psicológicos.

***Criterios de resultados (NOC):***

- Afrontamiento de problemas.

***Intervenciones principales (NIC):***

- Apoyo emocional.

- Escucha activa.
- Guía de anticipación.
- Técnica de relajación.

**4º. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188).** (Mayor relevancia en > 11 años). **Relacionado con:**

- Comprensión inadecuada.
- Bajo grado de eficacia personal.
- Múltiples agentes estresantes.
- Apoyo social inadecuado.
- Actitud negativa hacia los cuidados de salud.

**TABLA: 2. Diagnósticos enfermeros (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones aconsejadas (NIC).**

DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Mantenimiento ineficaz de la salud r/c habilidades para la comunicación deficientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección del riesgo.</li> <li>• Autogestión de los resultados.</li> <li>• Estado de salud del estudiante.</li> <li>• Soporte social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de riesgos.</li> <li>• Educación sanitaria.</li> <li>• Enseñanza: individual, procedimiento /tratamiento.</li> <li>• Facilitar la autorresponsabilidad.</li> <li>• Ayuda al autocuidado.</li> <li>• Fomentar la implicación familiar.</li> <li>• Grupo de apoyo</li> </ul>
Descuido personal r/c disfunción del lóbulo frontal y de la habilidad de procesamiento ejecutivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidados: baño e higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo y modificación de la conducta.</li> </ul>
Gestión ineficaz de la propia salud y/o Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar r/c <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto de decisiones.</li> <li>• Conflicto familiar.</li> <li>• Demandas excesivas familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento de los problemas de la familia.</li> <li>• Conocimiento: régimen terapéutico.</li> <li>• Normalización de la familia.</li> <li>• Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar el afrontamiento.</li> <li>• Enseñanza: procedimiento/tratamiento, proceso de enfermedad.</li> <li>• Fomentar la implicación y la normalización familiar.</li> <li>• Apoyo en tomas de decisiones.</li> </ul>
Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación.</li> <li>• Participación en actividades de ocio/juegos.</li> <li>• Clima social de la familia.</li> <li>• Implicación social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciación de la socialización y terapia de entrenamiento y con juegos. Facilitar la responsabilidad.</li> <li>• Apoyo a la familia.</li> <li>• Mantenimiento en procesos familiares.</li> </ul>
Deprivación del sueño r/c malestar prolongado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descanso.</li> <li>• Equilibrio emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de la energía.</li> <li>• Control del humor.</li> <li>• Manejo de la medicación. (Posible derivación al médico).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el sueño.</li> </ul>
Desesperanza r/c estrés de larga duración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida.</li> <li>• Equilibrio emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificación de valores. Mostrar nuevas alternativas que no tenga contempladas hasta ese momento.</li> <li>• Dar esperanza.</li> <li>• Apoyar y empatizar.</li> <li>• Control del humor. Enseñar técnicas de relajación para disminuir el estrés y canalizar la frustración.</li> </ul>
Baja autoestima situacional r/c falta de reconocimiento, fracasos, rechazos,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoestima.</li> <li>• Modificación psicosocial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciación de la autoestima.</li> <li>• Aumentar el afrontamiento. Enseñar a reaccionar ante las adversidades.</li> <li>• Escucha activa, favoreciendo la disponibilidad del profesional.</li> </ul>
Procesos familiares disfuncionales r/c falta de habilidades para la solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento de los problemas de la familia.</li> <li>• Clima social de la familia.</li> <li>• Funcionamiento de la familia.</li> <li>• Ejecución del rol de padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación paterna: niño, adolescentes, crianza familiar de los niños.</li> <li>• Apoyo a la familia.</li> <li>• Aumentar el afrontamiento.</li> <li>• Mantenimiento en procesos familiares.</li> <li>• Terapia familiar.</li> </ul>
Deterioro de la capacidad de recuperación personal r/c control deficiente de los impulsos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento de problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo emocional.</li> <li>• Escucha activa.</li> <li>• Técnica de relajación</li> </ul>



## **Intervenciones NO procedentes de diagnósticos enfermeros**

- Consulta. Según el protocolo de revisión del niño sano y del seguimiento de los casos detectados.
- Análisis de la situación sanitaria (ECG, agudeza visual, valoración de la audición, talla, peso, F.C. y T.A.) Actividades a realizar en primera consulta de despistaje y en todas las posteriores de seguimiento según protocolo.
- Consulta por teléfono. Para asesoramiento de padres o colegio, así como para recoger información relevante puntualmente.
- Identificación de riesgos (entrevista). Fundamental en el despistaje.
- Colaboración con el medico (pediatra).

## **Principales intervenciones psicopedagógicas especificadas.**

Una vez conocidas las intervenciones principales según la clasificación NIC, se exponen una serie de intervenciones más precisas (pautas) que, realizadas tanto en el ámbito familiar como en el escolar, ayudaran al niño, al resto de los compañeros y al propio docente, a desenvolverse con mayor efectividad. Las recomendaciones deben ser explicadas tanto a los padres como a los profesores, siendo perfectamente válidas para ambos, e incluso se pueden poner en práctica para cualquier niño (modulando la intensidad) pues realmente buscan la consecución de conductas adecuadas.

Las intervenciones pueden ser individuales o grupales, desarrolladas en el CS, en el colegio e incluso en el domicilio y deben estar consensuadas con el resto de los actores implicados. Todo depende de la situación de cada paciente y de la capacidad de la enfermera. Diversos estudios y metaanálisis avalan la efectividad y eficiencia de estas intervenciones.

## **7. DISCUSIÓN**

Como hemos podido ver el TDAH es un trastorno en auge, cada vez hay más diagnósticos y debido a su causa mayormente genética se hace difícil su prevención. Únicamente se pueden llevar a cabo medidas preventivas en el

embarazo (como cuidar la alimentación y evitar tóxicos) y desarrollar ambientes familiares propicios para el desarrollo de un niño, con afecto, atención... Con estas medidas se conseguiría prevenir un 10-20% de los casos.

Que su prevención no sea fácil no significa que la detección de estos niños no deba ser temprana. Cuanto antes sea diagnosticado antes se podrán empezar a tratar los síntomas. Así su repercusión en el entorno del niño será menor y su adaptación en la adolescencia y la vida adulta será mejor.

Por ello la principal cuestión será el diagnóstico. La sospecha de TDAH viene normalmente de la familia y del centro escolar. Tanto los padres como los profesores pasan muchas horas con estos niños, son los que conviven día a día con ellos y perciben los síntomas. El especialista (pediatra, psiquiatra o neurólogo) será quién realice el diagnóstico.

Para el correcto diagnóstico es necesario que el especialista obtenga la información del propio niño, de su familia y de los profesores. Se ha comprobado que en la realidad sí se realiza un cuestionario por parte de los tutores del niño afectado, pero a partir de ahí el contacto entre los distintos profesionales frecuentemente no existe. La familia es la que está en contacto con los distintos ámbitos del niño. Para el correcto seguimiento del niño sería deseable la coordinación entre los distintos especialistas que mantienen contacto con el niño y así ver los avances desde los distintos ámbitos.

En lo referente al tratamiento, lo más importante es el enfoque multimodal, es decir, que el tratamiento sea farmacológico, psicoterapéutico e incluya psicoeducación al niño, la familia y su entorno.

En un estudio realizado por la Federación Mundial de la Salud Mental en 2004 se entrevistaron a padres de niños con TDAH de 9 países y se reflejó que el 88% de los padres sufren estrés a menudo y tienen preocupaciones por el trastorno de su hijo, el 60% considera que el trastorno limita y dificulta las actividades familiares, además de producir problemas matrimoniales como afirma un 50% de los entrevistados. Los padres tienen la presión de ejercer el

papel de auténticos terapeutas, se encuentran frente a un gran desgaste emocional.

En este mismo estudio se puso de manifiesto la preocupación de los padres por el éxito de sus hijos en el ámbito escolar. Los niños con TDAH presentan grandes dificultades en el proceso de aprendizaje, lo que lleva a la necesidad de adaptar el entorno y la metodología de enseñanza. La maestra entrevistada afirma que la escuela tiene un papel muy importante en el diagnóstico y seguimiento de los niños con TDAH y para ello es importante un mayor nivel de formación de los maestros respecto a este tema. Los últimos estudios señalan que los profesores pueden y realizan adaptaciones como favorecer la planificación de rutinas, utilizar módulos de trabajo más breves y permitir más tiempo para realizar las actividades entre otras. También los docentes sitúan a los niños con TDAH cerca de ellos, los ubican con compañeros tranquilos y tienen la posibilidad de favorecerles las pruebas haciéndoselas orales en vez de por escrito. Pero en la realidad más cercana del niño con TDAH se ha observado que el sistema educativo actual no favorece la implementación de estas adaptaciones y no todos los profesores las realizan.

Las actitudes de estos niños son consideradas en muchas ocasiones como maleducados, desobedientes, holgazanes...Esto hace que los padres sientan que su hijo es excluido en situaciones sociales (un 58% según el estudio realizado por la Federación Mundial de la Salud Mental. Para evitar esta imagen en la sociedad de los niños con TDAH sería importante y necesario además del trabajo con el propio niño, trabajar con los demás para que acepten su forma de ser.

Para evitar esta imagen en la sociedad de los niños con TDAH sería importante y necesario además del trabajo con el propio niño, trabajar con los demás para que acepten su forma de ser.

Por último, según el síntoma que predomine, hay que destacar la influencia en la adaptación del niño.

De ahí la importancia de reconocer las necesidades de cada niño, individualmente, y ofrecerle los servicios necesarios para conseguir una buena adaptación en los distintos ámbitos de su vida. En este punto el papel de enfermería debe de ser esencial. Tanto en la colaboración en el diagnóstico), como posteriormente en el seguimiento del niño y su familia; realizando las intervenciones pertinentes para asegurar una atención integral al niño con TDAH.

La prevalencia estimada para TDAH en varias poblaciones varía desde el 4% al 17% según los estudios, esto supone un amplio grupo de población a nivel mundial.

Los niños con TDAH tienen alto riesgo de problemas sociales y personales, problemas de salud y altos costes en utilización de recursos de salud.

Aunque existen muchos estudios que analizan factores de riesgo socioeconómicos y biológicos para el TDAH, con resultados contradictorios, en España y en especial en nuestro Área no existen estudios de casos y controles sobre factores de riesgo del TDAH realizados de forma exhaustiva y con un adecuado tratamiento estadístico en el que se incluyan potenciales factores de riesgo tales como ver muchas horas de televisión, uso de videoconsola, y su relación con la alimentación.

## **8. CONCLUSIONES**

- El TDAH es un trastorno en auge, con una prevalencia alta, que afecta al niño en numerosos ámbitos de su vida (salud, escolar, familiar) y repercute también en su familia y en quien le rodea.
- Es importante el diagnóstico precoz y su tratamiento para evitar problemas en la edad adulta, así como tratar las posibles patologías asociadas.
- La escuela es uno de los ámbitos donde más influye este trastorno, dando problemas en el aprendizaje del niño. Es importante que los

profesores conozcan el trastorno, sepan qué adaptaciones se pueden hacer para mejorar el funcionamiento del niño con TDAH y las apliquen.

- Enfermería puede y tiene un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación a la familia y resolviendo las dudas que puedan tener los padres. Por último es muy importante seguir un plan de cuidados en el que se haga participe tanto al niño como a la familia.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. 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 N° 2007/18.

2. Teva M D. Estudio de los factores de riesgo asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; 2009.

3. Arán V, Mias C D. Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: subtipos predominio Déficit de Atención y predominio Hiperactivo-Impulsivo. Revista Argentina de Neuropsicología [Revista en Internet]. 2009 [consultado 4 de Marzo 2016]; 13(14): 14-28. Disponible en: <http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/numero13/AranyMias.pdf>

4. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;42(11):251-270.

5. Díaz J. Comorbilidad en el TDAH. Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente [Revista en internet]. 2006 [consultado 27 de marzo

2016]; 6(1): 44-45. Disponible en: [http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986\\_uploads/20120606\\_7mZG5IP3fsJy0YhrYekf\\_0.pdf](http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_7mZG5IP3fsJy0YhrYekf_0.pdf)

6. Loro-López M, Quintero J, García-Campos N, et al. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev neurol [Revista en Internet]. 2009 [consultado 15 de abril 2016]; 49(5): 257-264. Disponible:[http://www.cep-elqui.org/uploads/6/8/2/3/6823046/actualizacion\\_en\\_el\\_tratamiento\\_del\\_trastorno\\_por\\_tda-h.pdf](http://www.cep-elqui.org/uploads/6/8/2/3/6823046/actualizacion_en_el_tratamiento_del_trastorno_por_tda-h.pdf)

7. Rodríguez-Salinas E, Navas M, González P, et al. La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). Rev Pediatr Aten Primaria [Revista en Internet]. 2006 [consultado 15 de abril 2016]; 8 Supl 4: 175-198. Disponible en: [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5I\\_LjPoWQn7C5nLYZ2IFJudAv9\\_6](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5I_LjPoWQn7C5nLYZ2IFJudAv9_6)

8. Miranda A, Soriano M. Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista Información psicológica 2010; 100: 100-114.

9. Lora A. Déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. Córdoba: Asociación de pediatras de atención primaria de Andalucía; 2004.

10. Cardo E, Servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Revista de Neurología. 2005; 40 (supl 1): S11-15.

11. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Mayo 05]; 36(6): 835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es).

12. Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). Protocolo de consenso sobre TDAH na infancia e na adolescencia nos âmbitos educativo e sanitario. Journal of

Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.  
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

13. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier, 2010

14. Moorhead Sue, Marion Johnson, Meridean Maas. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2006.

15. McCloskey Joanne, Balecheck Gloria. Clasificación de resultados de Enfermería (NIC). 4ª edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2004

16. ACINDES. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica [Internet]. Madrid; 2009. [citado 7 abril de 2016]. Disponible en: <http://www.aepap.org/atencion/documentos/tdahconsenso.pdf>

## 10. ANEXOS

Anexo 1. Información sobre el TDAH.....	Pág. 40
1.1. ¿Qué es el TDAH?.....	40
1.2. ¿Cuál es el origen del TDAH?.....	40
1.3. ¿Qué tipos de TDAH hay?.....	41
1.4. ¿Qué síntomas se pueden apreciar?.....	41
1.5. ¿Cómo se diagnostica?.....	44
1.6. ¿Existe comorbilidad en el TDAH?.....	45
Anexo 2: Breves recomendaciones al equipo de pediatría de atención primaria.....	47
Anexo 3: Normas o estrategias para padres.....	49



## **ANEXO 1. Información sobre el TDAH**

### **1.1. ¿Qué es el TDAH?**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico que afecta la capacidad del niño de.

Esta enfermedad provoca dificultades en la vida diaria del niño afectado, como es el bajo rendimiento escolar, dificultad a la hora de hacer amigos, problemas de comportamiento y discusiones familiares.

En el que frecuentemente va asociado a otras patologías como Tics, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de conducta, depresión, riesgo de consumo de drogas....

### **1.2. ¿Cuál es el origen del TDAH?**

Debido a la complejidad del TDAH, no puede identificarse una sola causa. Se considera que es un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos, que es el resultado de la combinación de los diversos factores de riesgo que actúan conjuntamente.

Se ha podido ver que las causas del TDAH se deben a:

- **Factores principalmente genéticos.**
- **Factores ambientales del TDAH:** los traumatismos craneoencefálicos en la infancia, las infecciones del sistema nervioso central, la prematuridad, la encefalopatía hipóxico-isquémica, el bajo peso al nacimiento o el consumo de tóxicos como el alcohol o el tabaco en el embarazo.
- **Herencia del 76%** (es decir, que en una población media, el 76% de los factores vinculados con el TDAH están relacionados con los genes, y el resto a factores no genéticos).

Los estudios han demostrado que los familiares de personas con TDAH tienen un riesgo cinco veces mayor que las personas sin antecedentes familiares de TDAH.

### **1.3. ¿Qué tipos de TDAH hay?**

Se distinguen 3 subtipos:

- Hiperactivo- impulsivo: poco frecuente. 10-15% de los casos.
- Inatento. Corresponde al 20-30% de los casos.
- Combinado: combina los tres síntomas, es el más frecuente. 50-70% de los casos.

Estos subtipos presentan considerables diferencias entre unos y otros por lo que podrían llegar a considerarse distintos trastornos. Para la realización del diagnóstico frecuentemente intervienen los padres o profesores del niño que son los que ven comportamientos en el niño que les hacen preocuparse. Contactan con un profesional sanitario (pediatra, psiquiatra, neurólogo...) que será quien realice el diagnóstico.

### **1.4. ¿Qué síntomas se pueden apreciar?**

#### **Hiperactividad**

Este síntoma probablemente es el más fáciles de reconocer, por ser el más conocido por el público en general. La persona que padece hiperactividad se caracteriza por qué:

- Se mueve en momentos en los que no resulta adecuado.
- Le cuesta permanecer quieto cuando es necesario.
- Habla en exceso.
- Hace ruidos constantemente, incluso en actividades tranquilas.
- Tiene dificultad para relajarse.
- Cambia de actividad sin finalizar ninguna.
- Tiene falta de constancia.

La hiperactividad puede manifestarse de forma distinta en las diferentes etapas de la vida, aunque la descripción de los síntomas sí que permanece igual para niños y adultos.

### **Déficit de atención**

Los síntomas de falta de atención son probablemente los más difíciles de percibir en edades infantiles. La persona que padece déficit de atención se caracteriza por qué:

- tiene dificultad para mantener la atención durante un tiempo prolongado.
- No presta atención a los detalles.
- Presenta dificultades para finalizar tareas.
- Le cuesta escuchar, seguir órdenes e instrucciones.
- Es desorganizado en sus tareas y actividades, suele perder u olvidar objetos.
- Se distrae con facilidad, no concluye lo que empieza.
- Evita las actividades que requieren un nivel de atención sostenido.
- Cambia frecuentemente de conversación.
- Presenta dificultades para seguir las normas o detalles de los juegos.

El déficit de atención aparece por lo general cuando se inicia la etapa escolar, puesto que se requiere una actividad cognitiva más compleja. Por lo general, persiste de forma significativa durante la adolescencia y la edad adulta.

### **Impulsividad**

Es el síntoma menos frecuente de los tres. La persona que padece impulsividad se caracteriza por qué:

- es impaciente.
- Tiene problemas para esperar su turno.
- No piensa antes de actuar.
- Interrumpe constantemente a los demás.

- Tiene respuestas prepotentes: espontáneas y dominantes.
- Tiende a “toquetearlo” todo.
- Suele tener conflictos con los adultos

La impulsividad se refiere fundamentalmente a la dificultad para pensar las cosas antes de actuar. Esto supone un gran problema, ya que el paciente puede ponerse en peligro y vivir situaciones conflictivas principalmente en la edad adulta. El TDAH “puro” es poco frecuente. Cuando hablamos de TDAH “puro” nos referimos a que el trastorno se presente sin ningún otro trastorno asociado (comorbilidad). De hecho, se estima que el 70% de los pacientes con TDAH presentan alguna comorbilidad o trastorno psiquiátrico asociado.

Es importante tener esto en cuenta, ya que cuando el TDAH está asociado a otros trastornos, el diagnóstico es más complicado, la evolución de los síntomas empeora y la respuesta al tratamiento puede ser menor.

Para el correcto diagnóstico además de recoger información acerca de las dificultades que presenta el niño en su día a día, se recogerá también la historia clínica y se realizará una exploración física. Es importante evaluar la posible asociación de otras patologías ya que el TDAH tiene una alta prevalencia de comorbilidad (un 60%). Los trastornos más frecuentemente asociados son los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, trastornos de conducta, del espectro autista, tics y trastornos del aprendizaje (5). También se debe realizar un abordaje psicoeducativo del niño, su familia y su entorno.

La escuela es uno de los ámbitos donde más problemas tienen estos niños, de ahí la importancia de que se lleven una serie de intervenciones que puedan facilitar al niño la adquisición de conocimientos.

El TDAH es un trastorno no prevenible en la mayoría de casos por lo que lo principal será su detección precoz para así iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible y evitar los problemas asociados (mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sociales, trastornos de conducta). Mediante el acercamiento a la realidad del TDAH, se pretende conocer las repercusiones

de este trastorno en los distintos ámbitos (salud, psicológico, escolar y familiar) (6)(7)(8).

## 1.5. ¿Cómo se diagnostica el TDAH?

Los profesionales médicos deben realizar una historia clínica, compuesta principalmente por: anamnesis (mediante entrevistas) y exploración física.

### 1. La anamnesis

Se trata de una entrevista clínica en la que el paciente (y en el caso de los menores, también los padres) proporcionan información sobre:

- **Historia perinatal:** el embarazo, el parto, los primeros meses de vida... Esta información resulta importante debido a que se han asociado complicaciones como el consumo de alcohol, tabaco o drogas durante el embarazo con el TDAH.
- **Presencia de otros trastornos psiquiátricos:** tanto en el paciente como en sus familiares. Se intenta descartar de esta forma un posible caso de TDAH u otro trastorno en los padres.
- **Síntomas:** cuándo se detectaron por primera vez, cuánto duran, en qué ocasiones se producen, cómo le afectan a nivel funcional. También se evalúa si existe acuerdo sobre los síntomas entre ambos padres, la comunicación entre el niño y los padres, los factores traumáticos...
- **Antecedentes familiares:** se centra en la investigación sobre casos de trastornos psiquiátricos en general en la familia, y más concretamente en casos de TDAH.

### 2. Exploraciones físicas

Estas exploraciones son imprescindibles para descartar la presencia de cualquier enfermedad que pueda explicar los síntomas que presenta el paciente o que pueda contribuir a su presencia.

- Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca.
- Revisión neurológica.

- Visión, audición.
- Lenguaje, memoria, concentración, atención.

### **3. Se realiza un Test de Coeficiente Intelectual al niño.**

Los criterios diagnósticos utilizados en la actualidad son:

- El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Pediatría): exige al menos 6 síntomas de hiperactividad o 6 síntomas de déficit de atención.
- El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS): es necesario que exista falta de atención.

### **4. Comorbilidades**

Debido a la alta probabilidad de padecer trastornos comórbidos asociados al TDAH, el especialista deberá evaluar si el paciente presenta síntomas de algún otro trastorno psiquiátrico y realizar las pruebas oportunas en caso de que haya sospecha de alguna comorbilidad (diagnóstico diferencial). Esto también llevará a determinar en el caso de que se presenten varios trastornos, entre los cuales se encuentre el TDAH, cuál de ellos es el trastorno principal y el que será prioritario a la hora de plantear el tratamiento.

### **5. Evaluación psicopedagógica**

Una vez realizada la historia clínica, se investiga si existen trastornos del aprendizaje y se evalúa el rendimiento académico del niño a lo largo del tiempo. Para realizar esta evaluación es fundamental la participación de los profesores o el equipo de orientación escolar.

#### **1.6. ¿Existe comorbilidad en el TDAH?**

El TDAH presenta otras patologías asociadas en más de un 60% de los casos. Los trastornos más frecuentes son:

- Trastornos de ansiedad: están asociados a un 25% de los niños con TDAH. Se manifiestan como un nerviosismo y miedo excesivo en relación con el fracaso y acontecimientos futuros.
- Trastornos afectivos: depresiones e hipomanía.
- Trastornos de conducta.
- Semiología del espectro autista.
- Tics y Síndrome de Gilles de la Tourette: un 50% de niños con TDAH llevan asociados estos procesos.
- Trastornos del aprendizaje escolar: dislexia, trastorno del cálculo, del lenguaje....

Además en el niño con TDAH se debe tener en cuenta la alta prevalencia de accidentes que pueden sucederse debido a sus síntomas.

Actualmente se considera que el TDAH es producido por una alteración neuroquímica de las vías de la dopamina y serotonina en los lóbulos prefrontales y ganglios basales del cerebro, la cual produce alteraciones en el sistema de procesamiento de la información, ausencia de filtro hacia estímulos e incapacidad de distinguir entre qué es importante y qué es irrelevante (9). En un 80-90% de los casos la causa del TDAH es genética, por lo que muchos padres se ven identificados. Además su prevalencia es mayor en varones que en mujeres.

En otros casos la causa puede ser cualquier daño a nivel neurológico producido durante el embarazo, el parto o la primera infancia (niño prematuro, de bajo peso o parto con sufrimiento fetal), también el consumo de tabaco, alcohol o sustancias como cocaína y heroína durante el embarazo. Además hay factores de riesgo psicosociales como los problemas en la relación familiar (1)(4)(10)

## **ANEXO 2: Breves recomendaciones al equipo de pediatría de atención primaria (16).**

(Nota: Recomendaciones elaboradas por el grupo ACINDES, enero 2009)

- El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es la enfermedad neuropsiquiátrica más prevalente en pediatría, interfiere el desarrollo normal del niño en los aspectos médicos, psicológicos y psiquiátricos, y su repercusión trasciende la infancia para estar presente en la adolescencia y en la vida adulta.
- La evidencia científica indica que el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, en el que los factores genéticos pueden jugar un papel importante modulando la expresión de dicho trastorno.
- El abordaje diagnóstico y el tratamiento y control de los pacientes con TDAH debe ser siempre multidisciplinar. La colaboración y coordinación entre el pediatra de atención primaria, enfermería pediátrica, neuropediatras, equipos de psicología y psiquiatría infantil, y los grupos psicopedagógicos de orientación escolar son fundamentales para lograr un tratamiento eficaz de todos los pacientes.
- El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, investigando los síntomas clínicos específicos y, fundamentalmente, con evidencias directas en el entorno familiar y escolar. No hay ningún marcador psicológico, biológico, prueba o test patognomónico.
- Los casos diagnosticados deben cumplir los criterios propuestos por el DSM-IV o la clasificación de la OMS CIE-10. Se consideran tres subtipos: inatento, hiperactivo y combinado.
- La entrevista clínica debe indagar sobre la edad de inicio, duración y contexto en el que aparecen los síntomas, así como su evolución y repercusión en el funcionamiento del paciente.
- El uso de escalas no se recomienda para el diagnóstico de TDAH, si bien pueden ser de utilidad para otros propósitos.
- Es necesaria una exploración física completa (peso, talla, TA, FC) así como neurológica buscando inmadurez en las funciones motoras fina y gruesa.



- No están indicadas la realización de análisis y estudios que no tengan una sospecha clínica razonable para el diagnóstico diferencial.
- La comorbilidad es la norma y no la excepción en el TDAH. Con frecuencia se asocia a trastornos de aprendizaje (TA).
- Las preguntas de la entrevista diagnóstica deben adaptarse a la edad, pues los preescolares y adolescentes presentan peculiaridades específicas.
- No hay tratamiento curativo, por lo que el objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas, y facilitar estrategias para su control.
- Todos los pacientes en tratamiento farmacológico requieren controles periódicos con seguimiento y monitorización, así como evaluación del desarrollo.
- En la mayoría de los pacientes la medicación debe darse diariamente y durante largo tiempo. En caso necesario se continuará hasta la vida adulta.
- Dentro del tratamiento psicoeducativo es fundamental la orientación a la familia, estimular conductas de atención para tareas escolares en el entorno doméstico, intervención escolar así como intervención personalizada con cada paciente.
- Aunque vehiculada por el pediatra de atención primaria, la estrecha colaboración con la enfermería pediátrica y los equipos de apoyo psicopedagógico es el pilar básico para el abordaje y tratamiento del paciente con TDAH.
- Siempre es más efectivo el tratamiento no farmacológico que la opción de no tratar.
- Ante una respuesta terapéutica insuficiente, si se añade comorbilidad, en pacientes que necesitan terapia conductual, o si el pediatra no tiene seguridad en el manejo del caso, procede la derivación al área especializada correspondiente.

### **ANEXO 3: Normas o estrategias para padres**

- Lo prioritario es aceptar que el niño padece un trastorno crónico, que puede mejorar y conseguir llevar una vida cuasinormal pero a costa de esfuerzo y cariño.
- Hay que entender, lo antes posible, como piensa un niño con este trastorno:

Poseen un escaso sentido del pasado y del futuro (por lo que les es difícil aprender de sus errores o anticipar consecuencias futuras ante una acción determinada).

- Demuestran un interés excesivo por el presente, sobre todo si es llamativo, excitante o novedoso. La dificultad para frenar los impulsos les hacen meterse en bastantes líos.
- Confié en los profesionales respecto al tratamiento. Si incluye el farmacológico acéptelo y rechace los falsos efectos secundarios, la experiencia científica demuestra su efectividad.
- Recuerde que están muy necesitados de atención (dedicación), normalmente los niños les ignoran o incluso rechazan. A veces buscan en los mayores (familia, padres de los compañeros o profesores) lo que no obtienen de sus iguales. Pueden llegar a hacerse pesados, dependiendo del tiempo que se comparta.
- Mejore su autoestima: Utilice mensajes positivos, crea en él, ayúdele a descubrir en que es bueno y evite hacer comparaciones con otros niños porque así nunca le motivara a esforzarse, eso solo sirve para frustrarle más.
- Utilice el refuerzo positivo !algo habrá que haga bien!. Céntrese en el esfuerzo que ha realizado y no tanto en la calificación académica.
- Acostúmbrese a poner normas: Claras, concisas y de introducción paulatina. Le ayudan mucho, evitan que se pierdan o dispersen. Utilice listas (puestas en lugares bien visibles) y horarios predefinidos.

- La rutina y el orden familiar actúan de forma similar. Se deben mantener en la medida de lo posible. Los cambios les alteran, les cuesta mucho cambiar de pauta.
- Ayude a su hijo a hacer las cosas paso a paso, marcando retos sencillos (que sepamos que los puede alcanzar) para generarle autoconfianza.
- No haga caso (estrategia de extinción) ante conductas que busquen llamar su atención: Rabietas, interrupciones constantes, desafíos... Es difícil, pero es la mejor forma de anular esa conducta. Manténgase firme, si usted al final cede por agotamiento el niño seguirá utilizando esas conductas.
- En situaciones difíciles utilice el tiempo fuera (antes de seguir discutiendo es mejor zanzar el tema, que vaya a su cuarto y reflexione; quizá eso no le haga cambiar de idea pero al menos evitaremos generar un clima insostenible que suele desembocar en conflicto, muchas veces grave).

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría agradecer a mi tutora Miryam Inmaculada Bueno Arnau por la ayuda ofrecida, su esfuerzo y su dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación; ya que sin ella no habría conseguido realizar este trabajo.