



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE ENFERMARÍA E PODOLOXÍA

GRAO EN ENFERMARÍA

TRABALLO DE FIN DE GRAO

Curso académico 2015/2016

**Ayuda a los padres con hijos con hiperactividad
y déficit de atención (TDAH) desde Atención
Primaria**

Carmen M^a Fraile Vázquez

Junio 2016

**Axuda aos pais con fillos con hiperactividade
e déficit de atención (TDAH) desde Atención
Primaria.**

**It helps parents of children with hyperactivity
and attention deficit (ADHD) from Primary Care**

Tutora del trabajo:

María Ángeles Rodeño Abelleira

ÍNDICE:

ÍNDICE DE ACRONIMOS	5
ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	7
1-INTRODUCCIÓN	12
2- FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA	17
3- METODOLOGÍA	18
3.1- Criterios de inclusión	18
3.2- Criterios de exclusión	19
3.3- Estrategia de búsqueda	19
3.3.1- Estrategia de búsqueda en Cochrane Library	20
3.3.2- Estrategia de búsqueda en Pubmed	20
3.3.3- Estrategia de búsqueda en Web Of Science	20
3.3.4- Estrategia de búsqueda en Dialnet	21
3.3.5- Estrategia de búsqueda en Enfispo	21
3.3.6- Estrategia de búsqueda en Reduca	21
3.3.7- Estrategia de búsqueda en Google Academy	21
3.3.8- Estrategia de búsqueda en Cuiden	21
3.4- Gestión de la bibliografía localizada	22
3.5- Evaluación del nivel de evidencia y grado de recomendación de los estudios	22
4- RESULTADOS	23
4.1- Evaluación de los artículos según el nivel de evidencia y grado de recomendación	33
5- DISCUSIÓN	34
6- CONCLUSIÓN	40
BIBLIOGRAFÍA	42

ANEXOS.....	45
<i>ANEXO I: CRITERIOS DEL TDAH.....</i>	46
<i>ANEXO II: ESTRATEGIA DE BUSQUEDA.....</i>	47
<i>ANEXO III: CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACION SEGÚN LA ESCALA USPSTF.....</i>	49
<i>ANEXO IV: GUÍA PARA PADRES CON HIJOS CON TDAH.....</i>	51

ÍNDICE DE ACRONIMOS

TDAH: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

DSM-IV: Manual de Diagnostico Estadístico de Enfermedades Mentales

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS

ANS: programa atencional niño sano

WURS: Wender Utah Rating Scale

CPS: collaborative problem solving

USPSTF: United States Preventive Services Task Force

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I: Evaluación artículos.....	32
TABLA II: Niveles de evidencia según la escala USPSTF	48
TABLA III: Significado de los grados de recomendación USPSTF	49
TABLA IV: Establecimiento de las recomendaciones USPSTF	49

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad afecta a un gran número de niños, ya que es uno de los trastornos psíquicos más prevalentes en la edad infantil. Es un trastorno crónico que acarrea, en la mayoría de los casos, problemas en el ámbito social, escolar y familiar. Estos niños se caracterizan por presentar dificultades a la hora de regular su nivel de actividad, inhibir sus impulsos y mantener la atención. Su rápida detección y tratamiento pueden mejorar en gran medida la sintomatología y las numerosas consecuencias que ocasiona.

Objetivo: el propósito de este trabajo es presentar una revisión sobre el papel importante de enfermería en el seguimiento de estos niños y sus familias, realizando intervenciones hacia el niño y sus padres. La enfermería tiene un rol fundamental para la identificación temprana del trastorno, para mediar con las familias, ofrecer información sobre el trastorno, asesorar y dar pautas sobre cómo actuar.

Metodología: se realizó una revisión sistemática actualizada, mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las distintas bases de datos, con un enfoque selectivo en el área de Enfermería.

Resultados: A pesar de que se encontraron una gran variedad de artículos, libros, trabajos de fin de grado, trabajos de doctorado, revisiones sistemáticas y estudios originales, solo 16 se ajustan a los criterios de inclusión.

Conclusiones: Enfermería puede y debe hacer un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación en la familia y resolviendo dudas que puedan estar creando dificultades en esos padres. Se ha demostrado la eficacia y beneficios de las técnicas conductuales de entrenamiento a padres.

Palabras clave: trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), tratamiento no farmacológico, enfermería, familia, Atención Primaria.

SUMMARY

Attention deficit hyperactivity disorder affects a large number of children, as it is one of the most prevalent psychiatric disorders in childhood. It is a chronic disease that, in the majority of cases, brings about problems at social, school and family levels. These children are characterized by a difficulty to adjust the level of activity, inhibit their impulses and maintain their attention. Early detection and treatment can greatly improve symptoms and lessen the negative effects caused by the illness.

Objective: the purpose of this paper is to review the important role of nursing in the follow up of patients and their families through the use of interventions for both children and parents. Nursing plays a fundamental role in the early detection of the disorder, mediating with families, providing information about the disorder, advising and giving guidance on next steps.

Methodology: a systematic review, updated and summarized, was carried out by performing a thorough search for the relevant literature in different databases, with a focus on the field of nursing.

Outcome: Although a considerable amount of articles, books, final thesis, dissertations, systematic reviews and original studies were found, only 16 of those fit the inclusion criteria.

Conclusions: Nursing can and must play an important role in monitoring and controlling these children, undergoing family psychoeducation and dispelling any doubts that might be troubling parents. The effectiveness and benefits of behavioural techniques for training parents have been demonstrated.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), non-pharmacological treatment, nursing, family, primary care.

RESUMO

O trastorno por déficit de atención con hiperactividade afecta a un gran número de nenos xa que é un dos trastornos psíquicos que máis predomina na idade infantil. É un trastorno crónico que acarrea, na maioría dos casos, problemas no ámbito social, escolar e familiar. Estes nenos caracterízanse por presentar dificultades a hora de regular o seu nivel de actividade, inhibir os seus impulsos e manter a atención. A súa rápida detección e tratamento poden mellorar en gran medida a sintomatoloxía e as numerosas consecuencias que ocasiona.

Obxectivo: o propósito deste traballo, é presentar unha revisión sobre o papel importante da enfermaría no seguimento destes nenos e as súas familias, realizando intervencións cara o neno e seus pais. A enfermaría ten un rol fundamental para a identificación temperá do trastorno, para mediar coas familias, ofrecer información sobre o trastorno, asesorar e dar pautas sobre como actuar.

Metodoloxía: realizouse una revisión sistemática actualizada, mediante unha procura bibliográfica exhaustiva nas distintas bases de datos, cun enfoque selectivo na area de enfermaría.

Resultados: A pesar de que se atoparon unha gran variedade de artigos, libros, traballos fin de grao, traballos de doutorado, revisións sistemáticas e estudos orixinais, so 16 se axustan aos criterios de inclusión.

Conclusiones: Enfermaría pode e debe facer un papel importante mediante o seguimento e control destes nenos, realizando psicoeducación na familia e resolvendo dúbidas que poidan estar creando dificultades neses pais. Demostrouse a eficacia e beneficios das técnicas conductuais de adestramento a pais.

Palabras clave: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tratamiento no farmacológico, enfermedad, familia, atención primaria.

1-INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico crónico que está teniendo gran repercusión en los ámbitos sanitarios, escolar, familiar y social desde hace aproximadamente 10 años. Su diagnóstico y seguimiento médico y psicopedagógico va en aumento progresivo.

Desde la particular descripción de George Still en Lancet, 1902, de casos clínicos en los que parecía que existían problemas del desarrollo moral en el normal desarrollo evolutivo, hasta el conocimiento actual con una explicación neurobiológica muy sólida¹, el TDAH ha recibido múltiples etiquetas como niños con impulsividad orgánica, inestables, disfunción cerebral mínima, siendo la de lesión cerebral mínima con respuesta a la bencedrina, la que ya apuntaba al concepto actual de la enfermedad^{1,2}.

Es un importante problema de salud pública por varias razones: su alta prevalencia, su cronicidad (persiste en el tiempo con diferentes manifestaciones), su repercusión a diversos niveles (familiar, laboral, social), su frecuente comorbilidad con otras patologías y sus repercusiones sobre gasto, entre otras.

Según la clasificación del Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) se define el TDAH como un "determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad e impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad". Los síntomas deben estar presentes durante más de seis meses². (ANEXO I)

Las manifestaciones clínicas son muy diversas y pueden variar mucho en las diferentes personas e incluso en una misma persona a lo largo de su vida. Los

3 síntomas básicos, también llamados síntomas nucleares, son: el déficit de atención o falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad^{2,3}.

Déficit de atención: es la dificultad para centrarse en una sola cosa y perseverar en la tarea. Para las tareas y actividades que le gustan pueden prestar atención de forma automática y sin esfuerzo. Pero la atención consciente y selectiva para completar las tareas habituales o para aprender algo nuevo les es muy difícil.

Hiperactividad: El niño hiperactivo parece estar siempre en movimiento, no puede estarse quieto o habla sin parar. Permanecer sentados y quietos mientras hacen una tarea puede ser una misión imposible, retorciéndose en sus asientos, moviendo continuamente los pies, dando golpes con el lápiz. También puede parecer que mantienen una alta actividad destructiva con los juguetes o cosas, siendo más bien una irritable necesidad de manipulación o desarmar los objetos hasta las últimas consecuencias.

Impulsividad: Los niños parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar. Esto puede hacer que les sea difícil esperar por cosas que quieren o esperar su turno durante los juegos. Es su impulsividad lo que suele facilitar que con frecuencia se metan en problemas en el ámbito escolar^{3,4}.

En la actualidad hay dos sistemas de **clasificación internacional**: El Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la asociación americana de Psiquiatría y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS).

Según el DSM-IV se distinguen 3 subtipos de trastorno:

- **TDAH predominio hiperactivo-impulsivo**, en el que predomina la dificultad de autocontrol. Los niños pueden agitarse y retorcerse en las sillas, hablar sin parar, tocar y jugar con cualquier cosa, presentar problemas para quedarse sentados en un solo lugar, estar en constante movimiento, presentar

dificultades para realizar sus tareas, ser impacientes... 20-30% de los casos. Predominio de los síntomas del grupo B. (ANEXO I)

- **TDAH con predominio déficit de atención**, en el que predomina la dificultad de atención. Los niños con este subtipo son menos propensos a actuar o tienen dificultades para llevarse bien con otros niños. Se pueden sentar en silencio pero no están prestando atención a los que están haciendo. Esto lo que puede ocasionar es que el niño pueda pasar por alto, y los padres y maestros pueden no notar los síntomas del TDAH. 10-15% de los casos. Predominio de los síntomas del grupo A. (ANEXO I)

- **TDAH de tipo combinado**, que presenta síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. La mayoría de los niños con TDAH presentan este subtipo el 50-75%^{2, 5,7}.

La atención de los niños y adolescentes con TDAH debe considerarse de forma integral contemplando sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida (salud, salud mental, familia, educación, red y contexto social) considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales⁶.

Es crucial que estos niños reciban intervenciones tempranas para ayudarles a establecer relaciones positivas con su entorno y mejorar las habilidades sociales para ayudar a prevenir el rechazo de sus compañeros, la soledad y la baja autoestima, que van junto con este rechazo⁷.

Es de vital importancia proporcionar a los padres un marco de referencia en el cuidado de los niños diagnosticados con TDAH, ya que en la mayoría de los casos, se sienten agobiados por múltiples y contradictorios consejos, así como por las frustraciones diarias que conlleva el cuidado de sus hijos⁶.

Las relaciones entre el niño/niña con TDAH y sus padres, suele marcarse por el conflicto, probablemente porque estos son menos dóciles, menos sumisos y solicitan más estimulación y ayuda de sus padres que otros niños.

La crianza de estos niños ofrece numerosos retos y los padres usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar sus conductas. Esto sucede entre otras cosas porque los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños, ya que los niños con TDAH poseen más dificultades para obedecer las órdenes y para inhibir las respuestas impulsivas, y son menos sensibles a las peticiones de los padres.

Esto provoca procedimientos de disciplina más inconscientes y coercitivos en los padres, desencadenando cogniciones negativas sobre sus roles, baja autoestima, aislamiento social y sentimientos de culpa. Esta situación va a repercutir en el propio niño en su desarrollo emocional y en su autoestima, creando un círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso, lo que perpetuara las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDAH⁸.

Los padres son menos afectuosos, más controladores o bien presentan un estilo educativo más negligente, menos democrático y más rígido, utilizado más órdenes y pautas, muestran más desaprobación, más castigos físicos, maneja menos efectivamente el comportamiento de sus hijos y exhiben más comportamientos negativos. Todo esto les ocasiona experimentar un alto nivel de estrés.

La percepción de los padres se caracteriza mayoritariamente por el conflicto, por la falta de apoyo y sostén, así como de una sensación de control inadecuado. Se sienten inseguros y tiene dificultades al enfrentarse a situaciones conflictivas, lo cual influye en su capacidad para regular y expresar sus afectos y emociones que muchas veces los desbordan. También perciben el estilo parental como menos afectuoso, menor aceptación y comunicación^{8,9}.

En el caso de las madres con hijos con TDAH presentan mayor nivel de estrés que los padres, ya que generalmente son ellas quienes se encargan de supervisar las costumbres y actividades de la vida cotidiana del niño.

Las mayores fuentes de estrés que experimentan las madres son la permanencia de la condición, la desaprobación familiar, escolar y social que genera la conducta disfuncional de su hijo y el insuficiente apoyo profesional, social y familiar⁹.

En definitiva estos padres se ven a menudo menos competentes y con una satisfacción parental más baja^{8,9}.

Teniendo en cuenta todo esto y que un siglo después de su primera descripción, el TDAH sigue siendo un desconocido en la práctica asistencial, se ha realizado esta revisión bibliográfica con la que se quiere poner de manifiesto la importancia de una estrategia de intervención educativa en la salud que promueva el conocimiento del TDAH en padres, así como la educación, el conocimiento del trastorno e intervenciones para lograr una actuación temprana y eficaz por parte de los padres.

2- FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA:

El TDAH es considerado una de las patologías crónicas con más prevalencia en la edad infantil. Este trastorno psiquiátrico afecta a los distintos ámbitos de la vida del niño así como a la familia.

Por lo tanto se realiza una revisión bibliográfica relacionada con los tipos de intervenciones no farmacológicas existentes para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños, destacando el papel importante de enfermería en el seguimiento de estos niños y sus familias, así como el diseño de intervenciones que se llevaran a cabo en la consulta de enfermería.

El propósito de este trabajo es identificar las mejores intervenciones tanto conductuales como cognitivas necesarias para un control de los síntomas que los padres puedan llevar a cabo en sus hogares así como su efectividad.

3- METODOLOGÍA.

El enfoque metodológico que se utiliza en el presente trabajo es la revisión sistemática; esta perspectiva permite analizar y discutir informes generalmente científicos publicados en un área del conocimiento. La metodología seguida para llevar a cabo esta revisión fue la siguiente:

3.1- Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión seleccionados para la elaboración del trabajo fueron los siguientes:

- Población: Niños sin diferencia de sexo diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención en un rango comprendido entre los 4 y 14 años, padres con hijos diagnosticados con TDAH.
- Profesionales: Dado que con este trabajo se quiere proporcionar herramientas para los padres desde la consulta de enfermería de AP, se intentara centrar la búsqueda en técnicas y procedimientos llevados a cabo por el personal de enfermería, sin excluir posibles aportaciones hacia los pediatras de AP.
- Tipos de intervenciones: no farmacológico, técnicas conductuales, técnicas cognitivas, psicoeducación.
- Idiomas: español, inglés.
- Cronología: Artículos publicados en los últimos 10 años (desde el 2006 hasta la actualidad).
- Texto completo disponible.

3.2- Criterios de exclusión:

En cuanto a los criterios de exclusión establecidos para llevar a cabo la realización de nuestro estudio fueron los que se mencionan a continuación:

- Población: Adultos diagnosticados con TDAH.
- Profesionales: profesores, profesionales de salud mental.
- Tipo de intervenciones: Tratamiento farmacológico.
- Idiomas: el resto.
- Cronología: Artículos publicados antes del 2006.
- Texto completo no disponible.

3.3- Estrategia de búsqueda:

Con el objetivo de localizar la literatura existente sobre este tema, se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos electrónicas nacionales e internacionales (revistas, libros, investigaciones, congresos, resúmenes, artículos) entre el 2006 y el 2016.

Las primeras búsquedas fueron en las bases de datos Cochrane Library, en Medline y en RUC repositorio UDC con el objetivo de buscar revisiones sistemáticas. No se obtiene ningún resultado que responda a la pregunta de este trabajo.

También se hizo una búsqueda bibliográfica en la base de datos Web of Science. A continuación se realiza una búsqueda en bases de datos especializadas en enfermería como son Enfispo, Cuiden, Dialnet, Reduca. Además de encontrar una gran variedad de artículos en la bases de datos de Google la Google Academy.

Se realizó la búsqueda en manuales, libros y revistas no incluidos en las bases de datos electrónicas que tuvieron un aporte relevante en el estudio

Se hizo mayor hincapié en artículos escritos en el idioma español e inglés porque gran parte de los textos científicos relacionados con el TDAH están escritos en países donde predominan estos idiomas, sin embargo, el estudio de este tema en la actualidad, despierta el interés de científicos de prácticamente todo el mundo debido a la gran prevalencia en la población infantil y se encuentran textos e investigaciones en una gran variedad de idiomas que se excluyeron en este recorrido bibliográfico.

La estrategia de búsqueda completa en cada base de datos está disponible en el anexo I.

3.3.1- Estrategia de búsqueda en Cochrane Library:

Se han encontrado un total de 13 documentos, de los cuales, ninguno se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.2- Estrategia de búsqueda en Pubmed:

Se han encontrado un total de 8 documentos, de los cuales, ninguno se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.3- Estrategia de búsqueda en Web Of Science:

Se han encontrado un total de 10 documentos, de los cuales, solo 1 se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.4- Estrategia de búsqueda en Dialnet:

Se han encontrado un total de 20 documentos, de los cuales, 1 se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.5- Estrategia de búsqueda en Enfispo:

Se han encontrado un total de 15 documentos, de los cuales, 2 se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.6- Estrategia de búsqueda en Reduca:

Se han encontrado un total de 10 documentos, de los cuales, 2 se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.7- Estrategia de búsqueda en Google Academy:

Se han encontrado un total de 50 documentos, de los cuales, 8 se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.8- Estrategia de búsqueda en Cuiden:

Se han encontrado un total de 7 documentos, de los cuales, 2 se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

3.3.9- Estrategia de búsqueda en Scielo:

Se han encontrado un total de 5 documentos, de los cuales, ninguno se ajustan al tema de revisión de este trabajo. (Anexo II)

En definitiva, se obtuvieron un total de 135 documentos, de los cuales sólo 16 cumplen los criterios de inclusión.

3.4- Gestión de la bibliografía localizada:

De estas referencias, y con el fin de saber si se adaptaban a los criterios establecidos, se analizó el resumen de las mismas. En determinados casos, fue preciso acceder al texto completo.

3.5- Evaluación del nivel de evidencia y grado de recomendación de los estudios

El nivel de evidencia y el grado de recomendación de los artículos utilizados, se han evaluado de acuerdo con la escala Canadian Task Force on the Periodic Health Examination y adaptada por United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Los grados de recomendación se establecen a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto de la medida evaluada. Se puede consultar en el ANEXO III.

4- RESULTADOS:

Tras una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos, se obtuvieron artículos, revisiones, artículos originales, trabajos fin de grado, trabajos de doctorado, libros y congresos de enfermería que cumplen los criterios de inclusión. A continuación se describen los datos brevemente los datos más relevantes de cada uno de ellos.

Ospina Piso y Vivas Riaño⁷ en su trabajo de grado sobre el afrontamiento familiar de niños con TDAH nos indican que el tratamiento de TDAH implica muchos canales y es considerado como una enfermedad crónica que exigen un tratamiento a largo plazo. Los métodos que implican tratamientos de niños con TDAH son principalmente el tratamiento farmacológico, el tratamiento no farmacológico, el tratamiento psicosocial, entrenamiento en habilidades sociales, el tratamiento de integración sensorial y el buen estilo de crianza.

Sin embargo refieren que tras el uso de medicamentos, muchos niños con TDAH continúan teniendo problemas para hacer y mantener amigos, tener pocas habilidades sociales, teniendo persistencia en los problemas de comportamiento y sociales con sus compañeros y la solución no sería cambiar o aumentar la dosis de medicación; si no implementar intervenciones psicosociales y cognitivo-comportamentales con los padres y profesores, método eficaz para dar forma a la conducta del niño.

Los datos recopilados apoyan la necesidad de un profesional de enfermería como referencia para los niños con TDAH y sus familias, lo que puede mejorar la comunicación, fomentando un dialogo claro ya que es esencial para garantizar que la prestación de servicio sea aceptable, brindando apoyo clínico y educativo que tiene que ser accesible, lo que puede animar a los padres a buscar ayuda temprana y de buena calidad tanto para sus hijos como para ellos; fomentado medidas de crianza positivas. De esta forma evitamos la

depresión materna producto de la sintomatología del TDAH, que repercute de manera negativa en una crianza y afrontamiento eficaz de dicha situación.

García Vallejo^{10,11} en sus dos trabajos sobre la mejoría de la detección precoz del TDAH y sobre la importancia de la actuación de la enfermera en la detección precoz del TDAH indica que la enfermera de pediatría en AP puede y debe desarrollar un papel fundamental en la detección precoz de niños con TDAH. Estas enfermeras atienden a toda la población infantil desde los 0 a los 14 años. Ven a los niños en todas las visitas concertadas del programa de atenciónal niño sano (ANS) y en todas las consultas a demanda que los padres soliciten, así como las derivaciones que le haga el pediatra.

Después de los 2 años, las siguientes revisiones programadas se realizan a los 4, 6, 8, 11 y 14 años. En cada una de ellas, hacen una valoración integral del individuo, atendiendo a sus diferentes respuestas humanas y en cualquier momento puede detectar alguna/s alteración/es en la población infantil, de manera que pueda definir alguno/s de los diagnósticos enfermeros y que proporcionen la base para iniciar la puesta en marcha del protocolo de actuación. Los objetivos que se llevan a cabo son planificar, distribuir, coordinar, proporcionar y monitorizar los cuidados y actividades de enfermería para satisfacer las necesidades de atención a nuestros usuarios.

Las revisiones clave para el diagnóstico precoz del TDAH son la de los 6 y 8 años. No obstante, a los 4 años puede haber casos de sospecha evidente, aunque no se puede hacer un diagnóstico definitivo. A los 11 y 14 años también, se debe tener especial atención, por si se hubiera pasado algunos posibles casos.

Jimenez Barbero et al¹² en el trabajo realizado para el XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL habla sobre la actuación de enfermería en el abordaje familiar de los trastornos de comportamiento en la infancia. Refiere que existen varios estudios que avalan la eficacia objetiva

de programas psicoeducativos y que demuestran que un tratamiento integral al niño y a la familia ante problemas de conducta, ofrece una respuesta terapéutica.

En España existen unos tipos de intervenciones que se denominan Escuela de Padres Es un programa de intervención psicoterapéutico dirigido a Grupos de Padres que participarán en una serie de sesiones con el fin de mejorar positivamente sus actitudes, conocimientos y habilidades de educación de niños con estas problemáticas. La formación de padres parece ser un medio eficaz y potencialmente rentable como terapia para niños con problemas de conducta. Son estos los casos desde los que Enfermería puede actuar de manera más independiente a través de Planes de Cuidados dirigidos a padres y niños con aparentes problemas de conducta.

García Vallejo¹³ en su tesis doctoral sobre mejora de la detección precoz del TDAH tras la implantación de un documento de consenso sobre actuación asistencial, nos habla sobre las diversos tipos de tratamientos que hay para estos casos ya sean farmacológicos o no farmacológicos, así como de las intervenciones que se llevan a cabo con los padres para ayudar a controlar los síntomas de sus hijos.

El tratamiento no farmacológico sí ha demostrado que mejora los trastornos de ansiedad, de aprendizaje, el negativista desafiante, de conducta, la autoestima, los problemas sociofamiliares y la calidad de vida del niño con TDAH y de su familia. Por lo que es absolutamente recomendable. Además este tipo de tratamiento, con muchas posibles intervenciones, es donde la enfermería encuentra un campo de trabajo más autónomo y enriquecedor.

En cuanto al entrenamiento de los padres se busca principalmente la mejora de la competencia paterna mediante el cambio de conducta de los padres. Hay diferentes programas de terapia en los que se aprende a mejorar la

comunicación, incrementar la relación paterno-filial y facilitar los cambios de conducta del niño. Cabe destacar en la importancia del papel de la enfermería de AP tanto en la detección precoz como en el tratamiento del TDAH, a través de planes de cuidados individualizados dirigidos al niño y a la familia.

Eddy Lives¹⁴ en su artículo sobre intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar explica que las intervenciones no farmacológicas en el hogar son múltiples e importantes de llevar a la práctica para mejorar la conducta del niño y su interrelación con la familia. A lo largo de su trabajo desarrolla de forma detallada las intervenciones que se han de seguir así como consejos importantes que darle a los padres.

Es importante que el personal de enfermería de atención primaria disponga de conocimientos para dar los oportunos consejos, pero teniendo presente que en determinadas ocasiones será necesario remitir a los servicios de salud mental para que el niño y su familia reciban una intervención más especializada.

Loro López et al¹⁵ realizan una revisión bibliográfica en la cual reflejan las actualizaciones en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Hacen una descripción de los tipos de tratamientos para el TDAH hablando de los farmacológicos, no farmacológicos y el tratamiento multimodal (combinación de los anteriores.) Explican que el tratamiento no farmacológico puede recomendarse como tratamiento inicial en solitario, si los síntomas de TDAH son leves o no producen deterioro significativo, si el diagnóstico TDAH es incompleto o el caso es parcial (no cumple todos los criterios), si los padres rechazan el empleo de medicación o si existe una notable discrepancia entre los padres.

Para realizar el abordaje integral del paciente hay diferentes tratamientos psicoterapéuticos útiles para el tratamiento del TDAH, como el tratamiento cognitivo-conductual, las técnicas de relajación, el neurofeedback, la psicoterapia y la estimulación cognitiva. Todo ello sobre una planificación de tratamiento global, en la que no hay que olvidar las intervenciones psicoeducativas familiares para informar, asesorar, enseñar y apoyar.

Hay evidencias sobre la eficacia del tratamiento cognitivo- conductual para reducir los problemas asociados y mejorar las habilidades sociales y la autoestima del paciente.

Amador Campos¹⁶ en su trabajo de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: características, evaluación y tratamiento habla en detalle sobre el TDAH incluyendo lo nombrado en el título. En cuanto al tratamiento e intervenciones las técnicas cognitivas- conductuales mediante la combinación de refuerzo positivo y coste de respuesta aumentan la eficacia de los programas de economía de fichas y es efectiva para aumentar las conductas de atención, el trabajo en tareas escolares o el cumplimiento de normas.

La intervención a través de los padres es eficaz para: a) disminuir las conductas de sobreactividad, impulsividad y falta de atención; b) disminuir la frecuencia de conductas desajustadas y aumentar el cumplimiento de las normas; c) aumentar las conductas de trabajo y atención a las tareas escolares, y d) disminuir las conductas agresivas.

Se ha comprobado que, tras la aplicación de este programa, los padres informan de una disminución en la frecuencia e intensidad de los síntomas de TDAH de sus hijos, de una reducción de las interacciones negativas padres-hijos y un aumento de la satisfacción con sus funciones educativas.

Lora Espinosa¹⁷ realiza una revisión bibliográfica sobre el tratamiento del niño y adolescentes con TDAH en AP desde el punto de la evidencia, en el que demuestra que el tratamiento no farmacológico mejora el trastorno de ansiedad, los trastornos de aprendizaje, el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta. La autoestima, los problemas socio-familiares del niño con TDAH y la calidad de vida del niño y la familia. La mayoría de las evidencias están soportadas empíricamente, es decir basándose en la práctica y experiencia.

Los tratamientos para ser efectivos deben tener en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo, las necesidades y los cambios del niño-adolescente, y ponerse en práctica en cada lugar donde la dificultad este presente durante largo tiempo.

También aporta las siguientes evidencias científicas resumidas como que el personal de AP debe establecer un programa de tratamiento que reconozca el TDAH como condición crónica, cuyos pilares son el plan de acción, la educación, el tratamiento farmacológico y el no farmacológico y las revisiones periódicas. Además en colaboración con el niño, los padres y el personal escolar, se deben especificar unos objetivos adecuados para guiar el tratamiento.

Las intervenciones dirigidas a los padres aumentan la aceptación del tratamiento y mejoran su bienestar.

En el trabajo de Miranda Casas et al¹⁸ sobre Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad hacen una revisión sobre estrategias de tratamiento que sean útiles en niños con TDAH. Explican que los tratamientos psicosociales, el entrenamiento a padres y profesores en modificación de conducta y el entrenamiento a los niños en

estrategias de autocontrol, están demostrando que pueden ser una alternativa y /o un complemento valioso de los psicofármacos.

Se ha realizado un gran esfuerzo en los últimos años para desarrollar distintas modalidades de intervención en TDAH e implementarlas en los diferentes contextos de desarrollo de los niños. También se han diseñado programas de formación específicos para padres que combinan distintas estrategias de intervención cuyo objetivo ha sido aumentar el conocimiento sobre la naturaleza del TDAH y sobre las técnicas y recursos efectivos para manejar este problema en casa. Los resultados han sido alentadores pero indican que es necesario seguir avanzando en esta línea.

Alza Millie¹⁹ en su revisión documental sobre intervenciones actuales en el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes refiere la elevada prevalencia del Trastorno y la importancia de continuar investigando sobre el origen y diagnóstico del mismo, para así obtener alternativas de calidad en el tratamiento a futuro.

También indica que los tratamientos Psicológicos Conductuales y Cognitivo Conductuales aplicados al TDAH, siguen siendo los más usados en el tratamiento para el TDAH en niños y adolescentes, con las Terapias conductuales de entrenamiento a padres se pretendió aumentar las conductas positivas entre padres e hijos y por otro lado, reducir las conductas negativas de los mismos, todo ello con técnicas de reforzamiento contingentes.

Young y Myanthy²⁰ realizaron estudios en Reino Unido con los cuales proporcionaron una guía psicológica y conductual para informar y capacitar a padres de niños afectados con TDAH para desarrollar en el entorno familiar y escolar. Este estudio sugirió los tratamientos no farmacológicos como los de

primera elección y muy a tener en cuenta serían la edad y circunstancias de cada individuo para establecer el tratamiento.

Aconsejaron a los padres, dándoles a conocer tratamientos específicos conductuales para los niños más pequeños con consecuencias inmediatas tangibles a sus conductas, para que así pudieran aprender la relación conducta-consecuencia; para los niños mayores, ofrecieron la enseñanza de técnicas y habilidades cognitivas aplicadas a los niños y a sus padres para lograr un proceso de participación y autonomía. Hicieron hincapié en la importancia del factor motivación al aplicar las diferentes técnicas, de ahí la importancia de adaptarlo a cada etapa de la vida del individuo diagnosticado.

Vaughan et al²¹ refieren en su artículo que dentro de la gama de intervenciones que actualmente existen para el TDAH, las intervenciones conductuales y psicosociales no son las más elegidas como forma única de tratamiento, pero sí serán las únicas recomendadas como primera opción en niños de edad preescolar, también para pacientes con síntomas leves y como complemento de la medicación en los pacientes con trastornos asociados o pacientes que no responden al tratamiento farmacológico.

Miranda Casas et al²² realizaron investigaciones que se han focalizado en el análisis del contexto familiar de personas con TDAH han revelado que los padres experimentan niveles más altos de tensión y sentimientos de baja competencia. Además, el estrés en el ejercicio de la paternidad está significativamente relacionado con la aplicación de técnicas de disciplina ineficaces, demasiado permisivas o impositivas. Por este motivo presentan un programa de asesoramiento a padres siguiendo las directrices más actuales, que incluye, además del entrenamiento en modificación de conducta,

procedimientos para el manejo del estrés y de la habilidad de comunicación con el cual se consiguen resultados positivos.

Elizalde Muñoz²³ elabora en su trabajo de fin de grado un diseño de una intervención de enfermería en el programa de atención al niño sano en el que remarca la importancia de que el entorno del niño entienda que le pasa, porque no puede, que dificultades tiene y como poder ayudarlo; para esto se interviene con la familia, la escuela y el niño.

Por lo tanto las intervenciones con la familia van destinadas en primer lugar a que entiendan lo que le sucede al niño, ya que 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.

En cuanto al tratamiento no farmacológico indica la existencia de distintas intervenciones como el tratamiento conductual, el tratamiento cognitivo, técnicas de neurofeedback, estimulación cognitiva, entrenamiento a padres para el manejo de los niños y el apoyo escolar.

Refiere también que le enfermería puede y debe hacer un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación en la familia y resolviendo dudas que puedan estar creando dificultades a esos padres.

Moreno Fontiverosa et al²⁴ en sus artículo especial sobre Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria trata sobre la importancia de un diagnóstico en la consulta de pediatría, sobre los distintos instrumentos de evaluación del TDAH para ayudar en el diagnóstico como entrevistas semiestructuradas, escalas autoadministradas por el observador (familia, conviviente). Dentro de estas se

encuentran Wender Utah Rating Scale (WURS) y el ADHD Symptom Rating Scale, también validadas en castellano.

En cuanto a lo que se refiere al tratamiento refiere que al no existir un tratamiento curativo del TDAH, el objetivo es disminuir la intensidad y la frecuencia de sus síntomas, mejorando con ello la calidad de vida del paciente. El tratamiento del TDAH tiene tres partes principales: la psicoeducación y manejo conductual, el apoyo académico y el tratamiento farmacológico.

La psicoeducación (informar sobre el trastorno y valorar su posible influencia en la adaptación a lo largo de la vida del paciente) es el primer paso del tratamiento, y se dirige al paciente y a su entorno familiar. La información es terapéutica en sí misma y permite al paciente desarrollar formas más efectivas de afrontamiento, detectar dificultades y definir sus propios objetivos terapéuticos. Además, con las técnicas psicoeducativas se enseña al sujeto a afrontar los problemas emocionales, conductuales y cognitivos asociados al trastorno.

El tratamiento conductual, mediante técnicas de modificación del comportamiento, es el tratamiento no farmacológico más eficaz. Los programas de intervención psicosocial incluyen acciones encaminadas a reducir la probabilidad de aparición de trastornos comórbidos o a disminuir la intensidad de los síntomas si ya se han establecido, tales como los trastornos de abuso de sustancias.

Las graves repercusiones que genera la ausencia de diagnóstico y el abandono del seguimiento y tratamiento de estos pacientes cuando llegan a la adolescencia contrasta con la excelente respuesta a los tratamientos existentes, tanto farmacológicos como conductuales. El personal de Enfermería de Atención Primaria es un instrumento imprescindible para mejorar la atención a los pacientes con TDAH.

4.1- Evaluación de los artículos según el nivel de evidencia y grado de recomendación

TABLA I: Evaluación artículos.

Autores	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Ospina Piso y Vivas Riaño	III	B
García Vallejo	III	B
Jiménez Barbero et al	III	B
García Vallejo	III	B
Eddy Lives	III	B
Loro López et al	III	B
Amador Campos	III	B
Lora Espinosa	III	B
Miranda Casas et al	III	B
Alza Millie	III	B
Young y Myanthi	III	B
Vaughan et al	III	B
Miranda Casas et al	III	B
Elizalde Muñoz	III	B
Moreno Fontiverosa et al	III	B

5- DISCUSIÓN:

El propósito de este trabajo es identificar las mejores intervenciones tanto conductuales como cognitivas necesarias para un control de los síntomas que los padres puedan llevar a cabo en sus hogares así como su efectividad.

Tras el análisis de los resultados, observamos que una vez confirmado el diagnóstico de TDAH e independientemente del tratamiento elegido, la enfermera debe conocer una serie de 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 adecuadas¹³.

Los objetivos del tratamiento son principalmente el control de los síntomas del TDAH, la comorbilidad asociada y la repercusión sobre el entorno familiar, escolar y social del paciente. El tratamiento deberá ser individualizado y multidisciplinar e incluirá tanto al niño como a su familia; puede ser farmacológico o no farmacológico¹⁵.

La literatura afirma que el tratamiento farmacológico aplicado a niños y adolescentes con TDAH, es un tipo de tratamiento que aumentó unas 20 veces en los últimos 30 años, con un porcentaje de respuestas positivas que alcanza el 60%-70%. Es una propuesta de tratamiento importante entre los tratamientos existentes porque reduce la sintomatología a corto plazo asociada al TDAH. Los fármacos intensifican la habilidad para concentrarse, pero sin embargo, no mejoran las habilidades de aprendizaje más amplias. De ahí las propuestas de usar el tratamiento farmacológico con otras alternativas

de tratamiento que lo complementen como son los de tipo psicológico y psicoeducativos.

Las investigaciones concluyen que el tratamiento farmacológico en su funcionalidad, no está exento de inconvenientes:

- Su aplicación está autorizada solo a partir de los 5-6 años de edad
- Se manifiestan efectos secundarios directos en un 4% y 10% de la población que lo ingiere, del tipo anorexia, falta de sueño, cefaleas, temblor etc.
- También surgen efectos secundarios indirectos como baja autoestima por la atribución de la mejoría a un agente externo, estigmatización por parte de amigos y compañeros, y exceso de confianza en la medicación por parte de padres y profesores abandonando así otras áreas necesarias de tratar como son las psicológicas, cognitivas y conductuales.
- Se produce tolerancia a la medicación, disminuyendo así su eficacia con el tiempo.

Estos son algunos de los motivos que llevan a los padres a rechazar este tratamiento.

El tratamiento no farmacológico engloba tanto el entrenamiento de los padres en el manejo del niño como la intervención a nivel académico y escolar, así como la terapia cognitiva-conductual dirigida al niño². Debe ser multimodal, en estrecha relación entre profesionales (médicos, psicólogos y profesores) y familiares. Con este enfoque de tratamiento, el resultado es mayor que la suma de las partes. (ANEXO IV)

Se recomienda como tratamiento inicial en solitario, si los síntomas de TDAH son leves o no producen deterioro significativo, si el diagnóstico TDAH es incompleto o el caso es parcial (no cumple todos los criterios), si los padres rechazan el empleo de medicación o si existe una notable discrepancia entre los padres¹⁵.

Como parte de este marco de intervención se encuentran los llamados tratamientos cognitivo-comportamentales. Estos tratamientos reciben este nombre porque utilizan:

- **Técnicas cognitivas:** como las auto-instrucciones, auto-afirmaciones, toma de conciencia de procesos mentales, etc.

- **Técnicas comportamentales:** basadas en el control de los acontecimientos que provocan la aparición o el mantenimiento de las conductas positivas o negativas.

Las **terapias comportamentales** que la enfermería de Atención Primaria debe facilitar a los padres consiste en: normas para la obediencia, refuerzo positivo, técnicas para reducir comportamientos no deseados, tiempo fuera y programa de modificación de conductas negativas. Todas estas técnicas tienen la finalidad de moldear el comportamiento perturbador del niño y conseguir que los padres aprendan a fijarse en las conductas positivas de su hijo, lo que a la larga deberá mejorar la autoestima del niño y la de los padres al comprobar que son capaces de realizar con mayor eficiencia sus funciones de crianza¹⁴.

Técnicas para la adquisición de conductas adecuadas (reforzadores)

– *Alabanza:* Requisitos de aplicación: debe ser descriptiva y específica, debe ser sincera, con un tono de voz agradable, incluir comentarios positivos y evitar reticencias, sarcasmos y comparaciones con situaciones anteriores. Es importante ser oportuno en su aplicación.

– *Atención:* Es un reforzador muy poderoso y no requiere gran esfuerzo, ya que, a veces, es suficiente con mirar al niño a los ojos, sonreírle, hacerle un comentario personal o realizar una actividad con él.

– *Contacto físico:* En especial con los niños pequeños.

– *Recompensas y privilegios*: Esta técnica consiste en entregar al niño un punto cada vez que los padres consideren que ha cumplido con el objetivo planteado.

Tiene mucho más efecto sobre el comportamiento y la autoestima del niño el reconocimiento emocional de satisfacción de los padres que un obsequio material. Por tanto, el refuerzo se hará a base de elogios, muestras de afecto o un privilegio extra.

Técnicas para reducir o eliminar los comportamientos no deseados

Consisten en aplicar consecuencias negativas o desagradables para el niño, ante la presencia de la conducta detectada como disfuncional. La secuencia de aplicación debe ser:

- a) ignorar la mala conducta, cuando sea posible
- b) alejarse del niño para conseguir no hacerle caso
- c) alabar las conductas adecuadas
- d) si la mala conducta continúa, utilizar señales de aviso
- e) castigo

Dentro de este apartado se encuentran las siguientes técnicas:

– *Tiempo de aislamiento o tiempo fuera*: Retirada de todo refuerzo social al niño. Se utiliza cuando la conducta del niño es inadecuada, pero no hemos identificado los refuerzos positivos que mantienen esa conducta, cuando obtiene refuerzos que no podemos controlar. En estos casos se aísla al niño, se trata de llevarlo a un rincón aburrido, sin estimulación. Los tiempos de aislamiento deben ser cortos, de unos pocos minutos y en un sitio apropiado.

– *Extinción*: Consiste en suprimir todos los refuerzos positivos (consecuencias positivas y recompensas) que mantienen una conducta inadecuada, identificados en el análisis funcional.

– *Sobrecorrección*: Implica la corrección de la mala conducta y la realización de otra buena relacionada, en mayor cantidad. Cuando se trata de privilegios u obligaciones, deberá devolverlos añadiendo algo.

Para las **técnicas cognitivas** es de gran utilidad el enfoque cognitivo del colaborative problem solving (CPS) desarrollado por Green para el manejo de niños con conductas disruptiva. El enfoque cognitivo contempla que el problema del comportamiento del niño es consecuencia de un retraso en el desarrollo de sus habilidades cognitivas. Por tanto, se debe ayudar a los padres a entender que el niño que actúa de forma explosiva no lo hace intencionadamente, ni porque sea manipulador, sino por una disfunción cognitiva.

Para la puesta en práctica del CPS es necesario ayudar a los padres a ubicar cada una de las conductas disruptivas del hijo en tres categorías o “cestos”:

- *Cesto A*: conductas con riesgo de que el niño se haga daño, de que haga daño a terceros o de que atente contra la propiedad ajena. En este cesto los padres deberán imponer su autoridad reprimiendo la conducta para evitar un daño mayor. No habrá discusión ni acuerdos, por lo que no servirá para que el niño mejore sus habilidades cognitivas.
- *Cesto B*: conductas sin riesgo propio ni ajeno pero que generan problemas en la dinámica familiar. Son las que más interesa trabajar para conseguir una mejoría en las habilidades cognitivas del niño. Los padres deberán definir el problema, mostrar empatía e invitar al hijo a encontrar una solución aceptable para los dos; lo correcto será que ambas partes tengan que ceder.
- *Cesto C*: conductas inadecuadas que no generan riesgos ni problemas importantes en la dinámica familiar. Suele ser lo más habitual, la táctica será por el momento no intervenir.

A través de la técnica del CPS el profesional ayudará a los padres a reconocer el impacto que tienen las tres categorías sobre sus intervenciones, les

enseñará a dar el justo valor a los diferentes comportamientos inadecuados, a seleccionar las conductas conflictivas más necesarias o útiles que deben ser trabajadas, y a valorar el trabajar un conflicto conjuntamente con el hijo para así favorecer el desarrollo de sus habilidades cognitivas^{14,15}.

En definitiva se han obtenido resultados coherentes con los hallados por otros estudios que han empleado el entrenamiento a padres en técnicas de manejo conductual que muestran una reducción de los síntomas de TDA, problemas de conducta y las dificultades con los deberes tanto en casa como en la escuela. Además, diversos estudios han evidenciado los efectos terapéuticos de las técnicas cognitivo-conductuales sobre los síntomas centrales y asociados al TDAH⁵.

6- CONCLUSIÓN:

Tras la realización de esta revisión sistemática, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Un programa integral de salud pública y la investigación científica en torno la prevención primaria de este trastorno es esencial para aminorar su prevalencia y el impacto negativo que tiene en las personas afectadas, sus familias y la sociedad.
2. Un profesional de enfermería con una buena formación en TDAH y con recursos sabrá hacer una buena identificación temprana de aquellas conductas de riesgo, dará la información adecuada a los padres, podrá acompañarlos por el duro proceso de aceptación del trastorno y obtendrá información de las conductas que preocupan a los padres y que afectan a toda la familia, para orientarlos y aconsejarlos en la adquisición de estrategias para la mejora de las conductas problemáticas y colaborar así para una vida familiar más saludable.
3. Se ha realizado un gran esfuerzo en los últimos años para desarrollar distintas modalidades de intervención en TDAH e implementarlas en los diferentes contextos de desarrollo de los niños.
4. Los padres disponen en la actualidad de todo un conjunto de orientaciones, estrategias y técnicas que pueden dirigir adecuadamente sus interacciones. El objetivo prioritario de estos programas ha sido aumentar el conocimiento sobre la naturaleza del TDAH y sobre las técnicas y recursos efectivos para manejar este problema en casa.
5. Con las Terapias conductuales de entrenamiento a padres se pretende aumentar las conductas positivas entre padres e hijos y por

otro lado, reducir las conductas negativas de los mismos, todo ello con técnicas de reforzamiento contingentes.

6. Los tratamientos Cognitivo-Conductuales aplicados al TDAH, siguen siendo los más usados en el tratamiento para el TDAH en niños y adolescentes. Se ha demostrado la efectividad de este tipo de estrategias sobre los síntomas centrales y asociados al TDAH
7. Los pacientes que reciben este tipo de terapia obtienen los siguientes efectos positivos: Aumento de atención y mejora del rendimiento académico, mejor autocontrol de la actividad motora excesiva, mejora de la interacción social, como consecuencia del control de la impulsividad.
8. Respecto a los padres que han sido entrenados en este tipo de técnicas, se obtienen los siguientes resultados: Mejora de la percepción del comportamiento general del niño, mayor control del comportamiento infantil en el entorno natural, a través de la generalización de los métodos aprendidos en el tratamiento, cambios positivos en la interacción padres-hijos, reducción del estrés familiar y mejoría del ambiente en clase
9. Finalmente enfermería puede y debe hacer un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación en la familia y resolviendo dudas que puedan estar creando dificultades en esos padres.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Fernández M, Eddy LS, Rodríguez L, Txakartegi X. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la Atención Primaria: pasado y perspectivas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007; 9 Supl 2: S101-12
- 2- Eiris del Rio J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). [Trabajo fin de grado]. Universidad de Salamanca; 2014
- 3- Fernández M, López MM. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica. *Revista Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4: S11-24.
- 4- Nieves-Fiel MI. Tratamiento cognitivo- conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2015; 2 (2): 163-168.
- 5- Galvez JJ. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Medicina Naturista*. 2010; 4(1): 9-14.
- 6 – Rubio I, Mena B, Murillo B. El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4: S 199-216.
- 7- Ospina KX, Vivas MA. Afrontamiento familiar de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad rol de enfermería. [Trabajo fin de grado]. Chia, Colombia: Universidad de la Sabana; 2014.
- 8- González R, Bakker L, Rubiales J. Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2014; 12 (1), pp. 141-158.
- 9- González R, Bakker L, Rubiales J. Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pensado Psicología*. 2014; 10 (17): 71-84.

- 10- García R. Mejora de la detección precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población infantil del distrito Latina de Madrid. *Reduca* (serie trabajos de fin de Master). 2011; 3 (2): 738-771.
- 11- García R. Actuación de la enfermera de atención primaria en la detección precoz del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). *Reduca* (serie trabajos adaptación al grado). 2012; 4 (2): 547-565.
- 12- Jiménez JA, Alcaraz MF, Arias B. Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, El Palmar (Murcia). En: "Los espacios pedagógicos del cuidado" VOL.II: XXVI congreso nacional de enfermería de salud mental. Alicante; 2009. p. 201-209
- 13- García Vallejo R. Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) tras la implantación de un documento de consenso sobre actuación asistencial. [Tesis doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2012
- 14- Eddy I., "Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4:S57-67.
- 15- Loro-López M, Quintero J, García-Campos N, Jiménez-Gómez B, Pando F, Varela-Casal P et al. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *REV NEUROL* 2009; 49: 257-64
- 16- Amador Campos JA. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: características, evaluación y tratamiento [trabajo de postgrado en psicología clínica]. Barcelona. Universidad de Barcelona. 2006
- 17- Lora A. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4:S69-114.

- 18- Miranda A, Soriano M. Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Información Psicológica. 2010; 100: 100-114.
- 19- Alza Millie CP. Intervenciones actuales en el trastorno por déficit atencional con/sin hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. [Tesis doctoral]. Santiago de Chile. Universidad de Chile. 2013
- 20- Young S, Myanthi J. Practitioner Review: non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2010; 51(2): 116- 133.
- 21- Vaughan B., March J, Kratochvil J. The evidence-based pharmacological treatment of paediatric ADHD. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2012; 15: 27-39
- 22- Miranda-Casas A, Grau-Sevilla D, Melià de Alba A, Roselló B. Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. REV NEUROL 2008; 46 Supl 1: S43-5
- 23- Elizalde Muñoz A. TDAH: repercusión en la vida del niño, diseño de una intervención de enfermería en el programa de atención al niño sano. [Trabajo de fin de grado]. Universidad pública de Navarra. 2014
- 24- Moreno MA., Martínez MJ, Tejada A, González V, García O y Grupo de Estudio del Adolescente (greAdol) de la SAMFYC. Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. REV CLÍN MED FAM. 2015; 8(3): 231-239.

ANEXOS

ANEXO I: CRITERIOS DEL TDAH.Síntomas del grupo A

- No presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.

Síntomas del grupo B

- Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- “Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.
- Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- Tiene dificultades para guardar turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

ANEXO II: ESTRATEGIA DE BUSQUEDA.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
COCHRANE LIBRARY	Attention deficit disorder with hyperactivity therapy AND Family. Publication year from 2006 to 2016 in other reviews	13
PUBMED	``Attention deficit disorder with hyperactivity/therapy`` [Mesh Terms] AND ``psychotherapy/methods`` [Mesh Terms] Filters activated: published in the last 10 years; English, Spanish.	8
WEB OF SCIENCE	(Attention deficit disorder with hyperactivity therapy. ADHD. Conduct Disorders.) Filters activated: published in the last 10 years; English, Spanish.	10
DIALNET	(``Trastorno por déficit de atención con hiperactividad`` AND ``tratamiento no farmacológico`` AND ``enfermería`` AND ``Atencion Primaria``) Fecha de publicacion: 2006-2016	20

ENFISPO	(`Trastorno por déficit de atención con hiperactividad´) AND (`tratamiento no farmacológico´) Fecha de publicación: 2006-2016	15
REDUCA	(`Trastorno por déficit de atención con hiperactividad´) AND (`tratamiento no farmacológico´) Fecha de publicación: 2006-2016	10
GOOGLE ACADEMY	Tratamiento no farmacológico en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en Atención primaria. Filtros activados: publicaciones de los últimos 10 años	50
CUIDEN	(Déficit de atención con hiperactividad) AND (tratamiento no farmacológico) AND ((enfermera) AND (familia))	7
SCIELO	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad AND tratamiento no farmacológico AND familia.Fecha de publicación desde 2006	5

ANEXO III: CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACION SEGÚN LA ESCALA USPSTF

TABLA II: Niveles de evidencia según la escala USPSTF

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

TABLA III: Significado de los grados de recomendación USPSTF

GRADO DE RECOMENDACION	SIGNIFICADO
A	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
B	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan a los perjuicios).
C	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado

TABLA IV: Establecimiento de las recomendaciones USPSTF

Calidad de la evidencia	Beneficio neto sustancial	Beneficio neto moderado	Beneficio neto pequeño	Beneficio neto nulo o negativo
Buena	A	B	C	D
Moderada	B	B	C	D
Mala	E	E	E	E

ANEXO IV: GUÍA PARA PADRES CON HIJOS CON TDAH.

¿QUE ES EL TDAH?

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas neuropsiquiátricos más prevalentes en la edad infantil.

SINTOMAS

Se caracteriza por tres síntomas nucleares:

- Déficit de atención: dificultad para centrarse en una sola cosa y perseverar en la tarea.
- Hiperactividad: parece estar siempre en movimiento, no puede estarse quieto o hablar sin parar.
- Impulsividad: parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar.

TRATAMIENTO

Debe incluir el abordaje psicoeducativo de los padres, del niño y de su entorno hay dos tipos de tratamiento:

- El farmacológico: metilfenidato y atomoxetina
- No farmacológico: psicoeducación pautas para los padres, terapia cognitiva- conductual, adaptación escolares, terapia psicológica.

PAUTAS PARA LOS PADRES:

Mejorar 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.
- Identificar y valorar sus esfuerzos y elogiarlo cuando haga alguna cosa bien hecha. Hace falta que se le felicite y se le reconozcan sus éxitos, por pequeños que sean. Elogiar al máximo los aspectos positivos de su conducta y sus logros (por pequeño que sean
- Escucharle atentamente (escuchar también sus sentimientos) y mostrar interés por sus preocupaciones o intereses, permitir el diálogo a la vez que se le dedican ayuda, tiempo y afecto.

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
- Mantener el contacto visual en el momento de dar una orden para que preste atención, asegurarse de que está atento en el momento de recibir la orden.
- Elogiar o premiar la obediencia.

Modificación de la conducta:

- Prestar atención al niño cuando tenga conductas deseadas y alabarlas.
- Establecer premiso que refuercen la actitud positiva.
- Contacto físico es muy importante.

Situaciones difíciles:

- 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.
- tiempo fuera (antes de seguir discutiendo es mejor zanjar 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.

Crear rutinas y el orden familiar:

- Se deben mantener en la medida de lo posible. Los cambios les alteran, les cuesta mucho cambiar de pauta.
- Utilizar horarios que el niño pueda ver e ir tachando lo realizado.

Mejorar el rendimiento académico:

- Proporcionarle un ambiente con escasos elementos de distracción, que siempre sea el mismo y con el mismo horario cada día.
- Enseñarle un método de estudio; cómo asimilar los contenidos en pequeñas partes y fraccionando las tareas para lograrlas finalizar con éxito.

Mejorar las relaciones sociales:

- Ayudarle a analizar algunas situaciones donde ha presentado algún problema (como cuando se comporta mal con un hermano).
- Premiar por el buen trato hacia los otros.

