

Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**Propuesta de programa de educación para la salud:
El Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad
(TDAH) en niños en edad escolar**



Autora: Estela Hernández Bello

Tutor: Jesús Fleta Zaragozano

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- DESARROLLO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA
- ANEXOS:
 - Tabla 1: Trastornos mentales que pueden simular un trastorno por déficit de atención e hiperactividad o coexistir con él.
 - Tabla 2: Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
 - Tabla 3: Diagnósticos Enfermeros.
 - Documento 1: Encuesta
 - Documento 2: Escala de Conners
 - Documento 3: Cuento de la tortuga

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) hace referencia a patrones específicos de comportamiento que incluyen falta de atención e impulsividad, que pueden o no entrañar hiperactividad^(1,2). La incidencia de este trastorno está entre un 6-8% de la población infantil⁽³⁾, siendo más frecuente en varones que en niñas^(1,4). Este síndrome es conocido desde el siglo XIX, pero su categorización como patología no se produce hasta 1970⁽⁵⁾.

Aunque se desconocen las causas que provocan este síndrome, hay quienes proponen un origen genético o bioquímico debido al déficit o carencia total de dopamina^(1,2). Otros, atribuyen el problema a una alteración en el sistema reticular del mesencéfalo⁽¹⁾, e incluso afectación de la actividad del lóbulo frontal, parietal y temporal del cerebro (regiones que se han asociado con la atención y la memoria de trabajo)⁽⁶⁾. Cualquiera que sea su causa, parece iniciarse muy temprano, a medida que el cerebro se está desarrollando^(7,8).

El diagnóstico de este trastorno es muy difícil de establecer. En ocasiones los síntomas son sutiles⁽¹⁾ y la imprecisión entre los límites del TDAH y otras alteraciones o trastornos llevan al señalamiento indiscriminado y masivo de niños presuntamente afectados⁽⁵⁾.

Hasta hace poco, el diagnóstico clínico del TDAH era formulado por médicos. En la actualidad se realiza de manera multidisciplinar entre padres, profesores, pediatras y psicólogos-psiquiatras infantiles^(2,4,5). Éste debe ser sospechado a partir de una cuidadosa observación y un completo examen físico con especial detenimiento en la exploración neurológica⁽³⁾. También se disponen de cuestionarios dirigidos a padres y profesores, como el de Conners^(4,7), que se basa en que se cumplan los criterios diagnósticos expuestos en los sistemas internacionales de clasificación DSM-IV y CIE-10^(5,9, 10).

Igualmente, el tratamiento del TDAH debe ser una coalición entre diferentes profesionales y los propios padres^(1,2,3,4,5,7,10,11,12,13). Éste, suele ser una combinación entre medicamentos y psicoterapia^(1,3,5,7,11,13), aunque actualmente también se propone la dieta^(4,14).

Los señalamientos pre-diagnósticos pueden proceder de distintas fuentes, desde profesores o padres, hasta conocidos que estén más o menos informados o tengan experiencia respecto al TDAH^(5,13,15).

Es por ello, que a través de una intervención desde Atención Primaria, el personal de Enfermería podría dar a conocer las bases del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad^(2,13) con un programa de educación para la salud, en el cual tras varias sesiones grupales, maestros de un colegio de educación primaria, padres y madres interesados en el tema,

tengan conocimientos suficientes para facilitar el trabajo multidisciplinar con el equipo de Atención Primaria. Así se podría llevar a cabo un diagnóstico precoz y manejo de los niños con TDAH en todos sus aspectos, adquiriendo gran relevancia el apoyo que se puede dar desde la escuela y desde casa.

OBJETIVOS

Objetivo n°1:

Conocer y aumentar los conocimientos de maestros de un colegio de educación primaria respecto al TDAH, y de padres y madres que estén interesados al respecto.

Objetivo n°2:

Potenciar el papel de la enfermería respecto a la educación para la salud y al manejo de pacientes con TDAH.

Objetivo n°3:

Realizar un buen diagnóstico precoz del TDAH para un manejo posterior de esta enfermedad, y evitar confundirla con otras alteraciones de similares características.

La enfermera pediatra de atención primaria limita su participación respecto al TDAH al control de las constantes cada cierto tiempo en estos niños. Se toma la tensión arterial y se mide y pesa a estos pacientes, ya que algunos de los efectos secundarios de la medicación más habitual que se utiliza como tratamiento, el metilfenidato de acción inmediata, son cardiovasculares y pérdida de apetito, por lo que hay que vigilar su adecuado desarrollo ponderoestatural.

El personal de enfermería está capacitado para llevar a cabo más funciones, y en atención primaria tenemos la oportunidad de trabajar con otros profesionales. A través de un programa de educación para la salud pueden participar maestros y padres que estén interesados en el TDAH para una mejor detección y manejo posterior de estos niños, evitando el actual sobrediagnóstico de esta patología, y con ello, conseguir cumplir los 3 objetivos.

METODOLOGÍA

Este trabajo es una propuesta para realizar un Programa de Educación para la salud a aplicar por enfermeras de un centro de atención primaria y dirigido a maestros, y padres y madres de niños entre 6-12 años de un colegio de educación primaria de la misma zona a la que pertenece el centro de salud.

Consiste en sentar las bases para la identificación y el manejo de niños con TDAH, debido al aumento de este trastorno y así establecer una rápida intervención en su diagnóstico y tratamiento.

El programa se llevará a cabo a través de 4 sesiones:

1º Sesión: reunión para identificar el nivel de conocimientos de padres/profesores respecto al TDAH.

En este primer contacto hablaremos con los profesores y éstos les pasarán una encuesta a los padres para evaluar su nivel de conocimientos respecto al TDAH.

2º Sesión: programa educativo para adquirir conocimientos sobre el TDAH.

Estará dirigida a maestros, y padres y madres interesados.

Se presentará el síndrome del TDAH y daremos consejos para su identificación. Se entregará un documento con la escala de Connors a los presentes.

3º Sesión: manejo del niño con TDAH.

Dirigida y recomendada para todos los profesores del colegio, y para padres/madres que tras la anterior sesión sigan interesados en el tema.

4º Sesión: evaluación de la actividad educativa.

Volvemos a pasar la encuesta del principio, para cuantificar si ha habido un aumento de los conocimientos en las personas que han participado en el Programa.

Cada sesión se dará una tarde a la semana, durante 4 semanas, con una duración de 1-2 horas por sesión, en el colegio de educación primaria en el que queremos llevar a cabo el programa.

Para ello requerimos de:

- Enfermeras del centro de salud.
- Sala con proyector y ordenador para la presentación
- Encuestas, aproximadamente 250.

- Documento: escala de Conners, 150.
- Carteles "publicitarios" de las charlas: 10.
- Folletos: 150.

Para la previa preparación de este programa de educación para la salud sobre el TDAH en niños, hemos tenido que realizar una revisión bibliográfica consultando bases científicas como sCielo⁽⁵⁾, Medline^(6,7,14), páginas web⁽²¹⁾, libros^(1,9,12,13,19,20) y revistas^(2,4,8,10,11,15,18,22,23) que hemos adquirido de la biblioteca y hemeroteca de la Universidad de Zaragoza, y protocolos^(3,16) que utiliza el SALUD en Aragón, y los Equipos de Atención Temprana dependientes de la Consejería de Educación de la Diputación General de Aragón. Así como la información verbal que nos han transmitido profesionales expertos en el tema.

DESARROLLO

En el desarrollo exponemos la información que sería necesaria impartir durante las sesiones que formarían parte del programa.

1º Sesión: reunión para identificar el nivel de conocimientos.

Nos reunimos con los profesores del colegio, les explicamos nuestro proyecto y aceptan participar en él.

Les pasamos una encuesta (ver documento 1) realizada por nosotras para que la rellenen y se la hagan llegar a los padres y madres de los niños del colegio.

2º Sesión: programa educativo para adquirir conocimientos.

Dirigida a maestros y padres y madres interesados. Presentamos la enfermedad y facilitamos la escala de Conners (ver documento 2).

Presentación:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico que hace referencia a patrones específicos de comportamiento^(1,2,16,17).

La autora Nancy Ann Tappe denomina a estos niños "índigo", ya que clasifica el comportamiento humano en colores, siendo el índigo un color nuevo para catalogar este patrón de comportamiento⁽¹²⁾.

No podemos atribuir un único origen para esta enfermedad, pero hay varias propuestas^(1,2,6,7,8,16):

- Origen bioquímico, por déficit o carencia total de dopamina.
- Origen genético.
- Problemas a nivel de mesencéfalo.
- Etc.

El diagnóstico del TDAH es muy difícil de establecer, ya que los síntomas pueden ser sutiles. Es necesario siempre hacer diagnóstico diferencial con otras patologías en las que los límites no están claros, como son los retrasos generalizados del desarrollo, retrasos mentales leves, dislexias-digrafías, situaciones sociofamiliares difíciles que causan ansiedad en niños... y patología orgánica: tumores cerebrales, epilepsias^(1,4,5,16,17) (ver tabla 1).

El diagnóstico clínico debe hacerse de manera multidisciplinar^(1,2,4,5,16).

Nosotros como profesionales en salud contamos con nuestras propias herramientas diagnósticas. Además de hacer una cuidadosa entrevista y

exploración física y neurológica^(3,17), existen herramientas como los sistemas internacionales de clasificación: DSM-IV y CIE-10^(5,9, 10,17).

Las condiciones básicas que se deben cumplir para el diagnóstico^(3,18) son capacidad mental normal o superior, inicio del trastorno en edades tempranas y sintomatología presente en diferentes situaciones y durante 6 meses^(2,5,10,17) (ver tabla 2).

Para padres y profesores existe la escala de Conners^(4,7,13,16,17) que sigue los criterios diagnósticos de los sistemas internacionales que acabamos de nombrar (adjuntamos).

Como enfermeras, nos interesa cubrir las necesidades básicas, por ello tenemos nuestros propios diagnósticos para trabajar en base a esas necesidades que pueden o podrían estar insatisfechas. En este caso, encontramos que podría existir "Riesgo de Soledad (00054)", y "Riesgo de Baja Autoestima Situacional (00153)"^(19,20) (ver tabla 3).

Los síntomas que permiten diagnosticar el TDAH son muchos, y estos se pueden encajar en tres grupos^(1,2,3,4,7,16,17):

- Falta de atención
- Hiperactividad
- Impulsividad

Los padres y profesores, pueden observar en estos niños que tienen problemas para aprender a leer y escribir por falta de atención. No saben organizarse el tiempo de estudio y al ir aumentando de curso, rinden menos y muchas veces se sienten frustrados al sentirse malos estudiantes.

Por otra parte, el excesivo nivel de actividad e impulsividad hacen que sean agresivos, se mueven todo el tiempo, actúan y hablan sin pensar e interrumpen a otros, teniendo también dificultad para esperar su turno^(5,4,15,20).

El tratamiento del TDAH debe ser multidisciplinar^(1,2,3,4,5,7,10,11,12,13,16,17).

Existen métodos que podríamos denominar "ineficaces": dietas^(4,14), ejercicios para la vista y lateralidad, música. Son técnicas que consiguen que el niño mantenga un cierto grado de atención⁽⁴⁾.

Otros tratamientos sí está comprobada su eficacia: fármacos, técnicas de modificación de la conducta y cognitivas, ayuda psicopedagógica, entrenamiento en habilidades sociales^(1,3,4,5,7,11,13,16,17).

En cuanto a fármacos, el más utilizado es el metilfenidato, un psicoestimulante que incrementa la acción sináptica de los neurotransmisores tipo catecolaminas, dopamina y norepinefrina^(1,2,4,7,13,17,18,22,23).

Los padres deben saber que el metilfenidato⁽¹⁷⁾:

- Puede lograr una mejoría importante tanto en el comportamiento como en la capacidad de atención, pero no cura la enfermedad.
- Puede tener efectos secundarios, en general mínimos. Aparecen alergias, asma, rinitis y con mayor frecuencia aparece pérdida de apetito, cefalea y abdominalgias^(2,4,13,17,18) o puede no haber complicaciones hasta 2 años después del inicio del tratamiento⁽²²⁾.
- Probablemente se necesitará tomar durante muchos años. Pacientes adolescentes con buena evolución únicamente toman metilfenidato cuando estudian para exámenes o en situaciones especiales^(16,17).

Las dosis se irán ajustando en base a la madurez fisiológica del niño/a tratado, hasta alcanzar la eficaz, proceso llamado "titulación de la dosis"^(2,4,17,18).

En España existe un preparado de liberación rápida y acción corta que es el Rubifén® (clorhidrato de metilfenidato), y dos con una parte del principio activo de liberación rápida y otra lenta, que son Concerta® y Medikinet® (ambos, hidrocloreuro de metilfenidato)⁽¹⁷⁾.

Antes de comenzar el tratamiento con metilfenidato es preciso tomar el pulso y medir y pesar al niño. Se debe descartar enfermedad cardiaca grave por la historia y exploración. No se considera hacer un electrocardiograma previo salvo en casos de enfermedades arritmogénicas hereditarias o casos de muerte súbita en familiares^(17,24).

En menor medida se encuentran la atomoxetina, la pemolina de magnesio, antidepresivos tricíclicos o neurolépticos como la clonidina, risperidona o paliperidona^(5,13,17,23).

El tratamiento psicopedagógico está dirigido a mejorar las habilidades académicas del niño y el comportamiento mientras estudia y hace los deberes, e instaurar un hábito de estudio. Además puede ayudar tanto al niño como a la familia a entender y controlar las sensaciones estresantes relacionadas con el TDAH^(7,13,16,17).

Un tratamiento combinado y de instauración precoz puede ofrecer nuevas perspectivas a la vida del niño y a su futuro⁽¹⁶⁾.

Podemos encontrarnos niños que presenten déficit de atención/impulsividad/hiperactividad, pero que no representan ningún tipo de dificultad en su vida social, académica, familiar y/o personal. Personas que han aprendido estrategias para manejarse y no requieren tratamiento, pues están perfectamente adaptados a su entorno⁽¹⁶⁾.

No nos olvidemos que siempre ha habido niños "movidos" y hay que evitar el diagnóstico indiscriminado de TDAH.

3º SESIÓN: manejo del niño con TDAH.

Dirigida a todos los profesores del colegio, y a padres/madres que tras la anterior sesión quieran ampliar conocimientos.

Presentación:

La intervención de los profesores es fundamental dentro del plan de tratamiento de los niños con TDAH. En su trabajo diario deben dar respuesta a las diferentes necesidades educativas de sus alumnos, y para ello necesitan una formación básica sobre el trastorno y sobre la forma de manejarlo dentro de la institución escolar^(11,16).

El maestro debe saber que su alumno con TDAH no es más torpe que los demás, se trata de un niño que puede trabajar con buen ritmo si se le sabe estimular⁽³⁾.

A la hora de dar instrucciones^(13,16):

- deben ser breves, claras y concisas.
- mantener siempre un contacto ocular con el alumno, asegurando su atención.
- cuando se cumplan correctamente, elogiarle.
- los deberes deben tener un formato simple y claro.

Las explicaciones sobre los contenidos académicos conviene que sean motivadoras, estructuradas y organizadas, para asegurar la comprensión^(3,13,16).

Debemos procurar que el asiento del niño esté próximo al maestro/a, lejos de muros, ventanas y otros elementos de distracción^(3, 16).

Pueden surgir problemas de comportamiento, si^(12,16):

- la tarea es difícil y aburrida
- se le exige demasiado
- hay poco control
- solo se le recuerdan los errores y se le castiga en exceso

Para mejorar el comportamiento del niño con TDAH, es necesaria una supervisión constante que debe servir para prevenir situaciones que pueden presentar un problema:

- Tener tutorías individualizadas de unos 10 minutos para aclarar al niño qué se espera de él.
- Hacer uso de herramientas básicas para el control del comportamiento, como son:
 - la técnica "tiempo fuera" (aislar al niño a un lugar sin estímulos para reducir una conducta inapropiada),
 - el refuerzo positivo,
 - la extinción(no dar importancia a un comportamiento problemático) o la técnica de la tortuga.

Esta última consiste en contar el cuento de la tortuga (ver documento 3), que adjuntamos, para favorecer el autocontrol y la relajación en situaciones que generan rabia^(13,16).

Lo que no debemos hacer es^(3,13):

- Gritar, ya que genera más agresividad
- Reprochar y acusar, pues no va a cambiar la conducta del niño que es lo que queremos.
- Amenazar.
- Victimismo de padres y profesores. En lugar de esto, hay que explicarles que algo de lo que ha hecho nos ha dolido.

Las recomendaciones anteriores también pueden ser aplicadas por padres.

Es esencial que los padres de niños con TDAH reconozcan el problema. Para muchos, es difícil asumirlo y el hecho de no poder controlar el comportamiento de sus hijos, les lleva a tener sentimientos de incapacidad y culpa^(3,5,13,16).

Los padres deben repartirse las tareas y responsabilidades de la crianza y educación. Es importante que participen en una red de apoyo específica formada por asociaciones, grupos de apoyo, relacionados con el TDAH^(3,16).

Los niños deben estar acompañados mientras hacen los deberes, estudian. Hay que estar atentos a sus comportamientos, pero sin descuidar a otros hijos si se tuvieran, ya que muchas veces los hermanos de los niños con TDAH no reciben toda la atención que necesitan⁽¹⁶⁾.

Como recomendación final, decir que hay que dedicar un tiempo y atención a cada uno, a nuestras actividades personales, a la pareja, para que el trastorno no invada otras áreas vitales⁽¹⁶⁾.

4º Sesión: evaluación de la actividad educativa.

En esta sesión pasaremos la encuesta del principio, para evaluar si las sesiones han aumentado los conocimientos de los asistentes. También resolveremos las dudas que les hayan surgido tras las sesiones.

CONCLUSIONES

Una de las premisas básicas de la enfermería es la educación para la salud, ya que como profesionales sanitarios nos concierne implantar actividades dirigidas a la población que les permitan conocer los problemas actuales de salud más relevantes.

En este caso, las actividades educativas van orientadas a la formación de padres y profesores para darles a conocer uno de los problemas actuales más comunes en niños en edad escolar, el TDAH, buscando acciones encaminadas a trabajar en la prevención de complicaciones y, por ende, su manejo específico dentro de la escuela y el hogar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schulte Elizabet B, Price Debra I, Gwin Julie E. Enfermería pediátrica de Thompson. 8 ed. México: Interamericana McGraw Hill; 2002. p. 314-316
2. Lora Espinosa A, Díaz Aguilar MJ. Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2011; (20):115-126.
3. Consenso multidisciplinar en TDAH Infancia y Adolescencia. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): bases para el Consenso Diagnóstico y Terapéutico Multidisciplinar. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo; 2006.
4. Ramos Fernández JM, Hernández Lorca MA, Vázquez Castro J, Aparicio Meix JM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: puesta al día. Rev Pediatr de Aten Primaria. 1999; 1 (4): 591-608
5. Mas Pérez C. El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. Clínica y Salud [revista en Internet]. 2009 [citado 2012 Feb 21] ; 20(3): 249-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300006&lng=es.
6. HealthDay. Unas vías cerebrales parecen afectadas en los niños que tienen TDAH. Medline Plus [enciclopedia en Internet]. 2011 Noviembre 30 [citado 2012 Febrero 20]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_1119189.html
7. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA). Medline Plus [enciclopedia en Internet]. 2011 Nov 4 [citado 2012 Enero 16]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001551.htm>
8. Gogtay N, Giedd J, Rapoport JL. Brain Development in Healthy, Hyperactive, and Psychotic Children. Arch Neurol. 2002; 59 (8): 1244-1248.

9. DSM-IV Asociación Estadounidense de Psiquiatría. DSM-IV breviario. 1 ed. Washington DC: Masson SA; 1995. p 62-69
10. Jara Segura AB. El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.10, D.S.M.IV-R y C.F.T.M.E.A.-R 2000). Norte de Salud Mental. 2009; 35: 30-40
11. Piedrahita S, LE, Henao Cardona A, Burgos PA. Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. Enfermería Global; 2011; 23: 140-146.
12. Carroll L, Tober J. Los niños Índigo. 13 ed.: Obelisco; 2004. Capítulo 1: 19-21, 39-41; Capítulo 2: 59-122; Capítulo 5:226-232
13. Puig C, Balés C. Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H). 1 ed.: Ceac; 2003. Capítulo 2: pag 19-23; capítulo 5: pag 39-46; capítulo 6: pag 109-116.
14. HealthDay. La dieta podría tener cierto efecto sobre el TDAH. Medline Plus [enciclopedia en Internet]. 2011 Enero 11 [citado 2012 Febrero 20]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_120647.html
15. Sayal K, Owen V, White K, Merrell C, Tymms P, Taylor E. Impact of Early School-Based Screening and Intervention Programs for ADHD on Children's Outcomes and Access to Services. Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164 (5): 462-469
16. Mena Pujol B, Nicolau Palou R, Salat Foix L, Tort Almeida P, Romero Roca B. El alumno con TDAH, Guía Práctica para Educadores. 2 ed: Barcelona: ediciones Mayo; 2006
17. Herranz Jordán B. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: de la teoría a la práctica. Form Act Pediatr Aten Prim 2010; 3(2): 75-85.
18. Valdizán JR. Evaluación diagnóstica y bases terapéuticas del metilfenidato de liberación inmediata en el trastorno por déficit de

atención con hiperactividad. Rev Neurol 2004 16-31; 38 (6): 501-505

19. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2008.
20. Johnson M., Bulechek G., Butcher H., Dochterman JM., Maas M., Moorhead S., Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2 ed.: Madrid: Elsevier; 2007.
21. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Datos sobre el ADHD. 2009 Diciembre 28 [citado 2012 Enero 30]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/adhd/facts.html>
22. Wilens T E, McBurnett K, Bukstein O, McGough J, Greenhill L, Lerner M, et al. Multisite Controlled Study of OROS Methylphenidate in the Treatment of Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160 (1): 82-9
23. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Magder LS, Gardner Jf, Zarin DA. Psychotherapeutic Medication Patterns for Youths With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153 (12): 1257-1263.
24. Buñuel Álvarez JC. Trastorno por déficit de atención, síndrome de muerte súbita y pruebas de cribado cardiológicas: situación actual. Form Act Pediatr Aten Prim 2011; 4(4): 267-8.

ANEXOS

Tabla 1: Trastornos mentales que pueden simular un trastorno por déficit de atención e hiperactividad o coexistir con él⁽¹⁷⁾.

TRASTORNO	SIMILITUDES	DIFERENCIAS Y COMENTARIOS
Inteligencia Límite o Retraso mental leve	El comportamiento de estos niños suele ser similar al de un niño de su "edad mental" (más activo, más impulsivo, menos atento y con menor rendimiento escolar de lo esperado a su edad cronológica). A veces son también "disruptivos"	El CI del niño con TDAH en general es normal. Si no se asocia a un síndrome o a algún factor etiológico evidente, una inteligencia límite o retraso mental leve puede pasar desapercibido si no se evalúa el CI
Trastorno negativista desafiante	Falta de atención, hiperactividad, comportamiento disruptivo, inadaptación escolar	El TDAH no se niega a cumplir órdenes como desafío al adulto. No es rencoroso.
Trastorno de la conducta	Comportamiento disruptivo, impulsividad, peleas, inadaptación escolar	El TDAH siente remordimiento por sus actos violentos. No es rencoroso
Trastorno de ansiedad	Hiperactividad, falta de atención, inadaptación o bajo rendimiento escolar	El TDAH no tiene preocupación excesiva o miedos injustificados (por ejemplo, a separarse de los padres)
Trastorno obsesivo compulsivo	Problemas de atención, bajo rendimiento escolar	El TDAH no tiene ideas obsesivas ni compulsiones
Depresión	Impulsividad, irritabilidad, aislamiento, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento escolar	El TDAH no tiene sentimientos persistentes de infelicidad o tristeza sin causa. Si los tiene, no son sin causa, sino por sus continuos fracasos y por el mal concepto que tienen de él los demás.
Trastorno bipolar (episodio maniaco)	Los episodios maniacos tienen síntomas muy similares a un TDAH combinado grave	El TDAH no tiene una autoestima exagerada (aunque a veces no es baja, como cabría suponer por sus continuos fracasos). No hay oscilación periódica (de la depresión a la manía).
Trastornos del lenguaje y del aprendizaje	Inadaptación y bajo rendimiento escolar, falta de atención en clase, dificultades o negativa para hacer los deberes, baja autoestima	Aunque el estudio psicopedagógico muestre un CI normal y no encuentre trastornos específicos de aprendizaje, el rendimiento intelectual (en este caso académico) del TDAH es inferior a lo esperable. Suele tener una letra muy "fea" por poca coordinación motora fina.
Tics	Falta de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar	Los tics suelen ser evidentes, pero a veces pasan desapercibidos por el observador o los padres
Abuso de alcohol, marihuana o anfetaminas	Falta de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar	El TDAH no se esconde, no tiene una doble vida. Reversión de los síntomas al dejar de consumir

Tabla 2: Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad⁽¹⁷⁾.

<p>CRITERIO A</p> <p>(A1) Seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:</p> <p>FALTA DE ATENCIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas o actividades 2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en las tareas o juegos 3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente 4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares o sus obligaciones (sin que se deba a comportamiento oposicionista o a incapacidad para entender las instrucciones) 5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas 6. Con frecuencia evita o le disgustan las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido 7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (lápices, libros, juguetes) 8. Con frecuencia se distrae fácilmente 9. Con frecuencia olvida actividades cotidianas <p>(A2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:</p> <p>HIPERACTIVIDAD:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia mueve las manos o los pies o se remueve en el asiento 2. Con frecuencia abandona su asiento en el aula o en otras situaciones donde se espera que esté sentado 3. Con frecuencia corre o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes se puede limitar a sentimientos subjetivos de agitación) 4. Con frecuencia tiene dificultades para jugar o realizar actividades recreativas de forma tranquila 5. Con frecuencia está "en marcha" o suele actuar como si "tuviera un motor" 6. Con frecuencia habla de forma excesiva <p>IMPULSIVIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Con frecuencia precipita respuestas antes de que hayan finalizado las preguntas 8. Con frecuencia tiene dificultades para esperar el turno 9. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros
<p>CRITERIO B. Algunos síntomas estaban presentes antes de los 7 años.</p>
<p>CRITERIO C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.</p>
<p>CRITERIO D. Existen pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social o académica.</p>
<p>CRITERIO E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otros trastornos mentales (trastorno de ánimo, de ansiedad, disociativo o de la personalidad).</p>
<p>TIPOS: todos han de cumplir los criterios B, C, D y E, pero según el criterio A puede haber 3 tipos: TDAH de tipo combinado: cumple criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses. TDAH con predominio del déficit de atención: sólo cumple criterios A1. TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo: sólo cumple criterios A2.</p>

Tabla 3: Diagnósticos Enfermeros^(19,20).

DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	RELACIONADO CON	OBJETIVOS	INTERVENCIONES
Riesgo de Soledad (00054)	Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.	Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas	Superación de los problemas, Habilidades de interacción social	Apoyo emocional, Estimulación de la integridad familiar, Aumentar los sistemas de apoyo.
Riesgo de Baja Autoestima Situacional (00153)	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (ejemplo: frustración por no ser capaz de llevar al día sus tareas escolares)	Fallo, Rechazo, Expectativas irreales sobre sí mismo.	Superación de los problemas, Autoestima, Toma de decisiones.	Potenciación de la autoestima, Aumentar el afrontamiento.

Documento 1: Encuesta

Anónima

Sexo: M..... F.....

Explica con tus palabras:

1. ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?
2. ¿Cuándo considerarías, según tú criterio, que podemos catalogar a un niño/a de "hiperactivo"?
3. En caso de que, tras estas sesiones, llegaras a la conclusión de que tu hijo/a podría ser hiperactivo/a, ¿a quién recurrirías para solicitar información sobre este síndrome?
4. Por último, ¿crees que te van a ser útiles estas sesiones sobre el TDAH?

Documento 2: Escala de Conners

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma
abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
 NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada. Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, hurafío.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.
 Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptor	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutiador.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR
(Continuación)
(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón".				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

LA TORTUGA

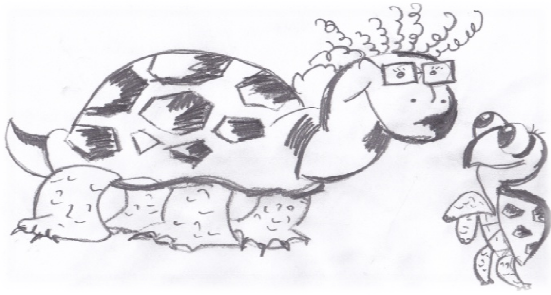
En un lugar y época remotos vivía Tortuguita, una joven tortuga que acababa de empezar ... curso. A Tortuguita no le gustaba ir al colegio ni aprender nada, y prefería quedarse en casa con su mamá y sus hermanas porque allí podía jugar y no tenía que esforzarse por aprender. Tortuguita odiaba estudiar: no sabía leer ni escribir ni hacer cuentas, cosas que detestaba porque no las entendía, y además era muy despistada y siempre olvidaba la mochila y los deberes en casa, con lo que nunca podía hacer nada.

Las pocas veces que iba al cole, Tortuguita no paraba de hacer ruidos con la boca, molestando a toda la clase, y solía interrumpir las explicaciones del profesor con sus gritos y tonterías. A veces, cuando se calmaba e intentaba trabajar un poco, terminaba tan deprisa que todo lo hacía mal, y entonces rompía las hojas y lloraba. Y así iban pasando los días...



Muchas veces, de camino al colegio, se decía que se esforzaría todo lo que pudiera por portarse bien y estudiar, y llegaba a clase con la idea de trabajar y de no molestar a nadie. Pero al final, siempre acababa metiéndose en algún lío o se peleaba con alguien, y nuestra amiga comenzó a pensar que era una tortuga mala. Además, sus amigos se apartaron de ella porque todo lo resolvía peleándose o rompiendo cosas, y aquello la hacía sentirse cada vez peor, más sola y más desanimada.

Un día, andando hacia el colegio, triste y cabizbaja, Tortuguita se encontró con la tortuga más grande y anciana de toda la ciudad. Viéndola tan triste, la gran tortuga le sonrió y le preguntó qué le pasaba: Tortuguita se lo explicó.



Después de haber escuchado en silencio, la gran tortuga le respondió que tenía la solución a sus problemas: Cuando te enfades mucho o te des cuenta de que lo que haces no está bien, -le dijo-, escóndete en tu caparazón, espera allí dentro unos momentos y piensa en una solución para no romper nada, ni gritar ni pegar a nadie. Cuando la tengas, sales otra vez y verás cómo todo está arreglado.

A Tortuguita le gustó la idea y decidió ponerla en práctica. Al día siguiente, mientras dibujaba en clase, ensució sin querer la hoja en la que estaba pintando un avión. Al momento, comenzó a sentirse rabiosa y quiso gritar y romper la hoja enseguida, pero entonces se acordó de lo que le había dicho la vieja tortuga sabia y lo hizo sin pensarlo dos veces: rápida como el rayo, se puso de pie, apretó los puños y estiró los brazos a lo largo del torso, tensó los músculos de las piernas, cerró los ojos y apretó los dientes, y así permaneció inmóvil en su concha durante unos momentos mientras pensaba qué podía hacer para no romper el dibujo.

Tortuguita descubrió que era estupendo estar dentro de la concha, donde nadie la molestaba y trató de pensar con calma qué hacer a continuación. Lo malo era que no se le ocurría nada, así que al cabo de un rato, y un poco temerosa, decidió salir lentamente y enfrentarse como pudiera a la hoja que había ensuciado. Pero entonces, al abrir los ojos, vio que el profesor le estaba sonriendo mientras le decía que estaba muy orgulloso de ella por no haber roto la hoja, luego, el profesor le enseñó que con una goma y un poco de paciencia, la hoja volvía a estar como nueva, y Tortuguita se alegró de descubrir que aquello tenía un arreglo tan fácil.



Animada por aquel éxito, Tortuguita decidió aplicar el consejo de la gran tortuga siempre que se enfadara con alguien o tuviera ganas de hacer ruiditos con la boca. Pronto, todos los niños que la habían dejado de lado por su mal carácter volvieron a jugar con ella y juntos lo pasaron muy bien. Además, Tortuguita mejoró sus notas y aprendió lo divertido que puede ser aprender.